

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

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

**Dr. Anna Levke Brütt und Prof. Dr. Holger Schulz (Projektleitung)
BA Julia Magaard (studentische Projektmitarbeiterin)**

Abschlussbericht

Juli 2014

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

Tel: ++49(0)40/74105-7313

Fax: ++49(0)40/74105-4940

Mail: abruett@uke.de



Inhalt

1	EINLEITUNG	1
1.1	Theoretischer Hintergrund.....	1
1.2	Fragestellung	3
1.3	Studienziele, Hypothesen.....	3
2	HAUPTTEIL.....	4
2.1	Methoden.....	4
2.1.1	Studiendesgin	4
2.1.2	Stichprobenplanung	4
2.1.3	Erhebungs-, Messinstrumente	5
2.2	Durchführung der Studie.....	6
2.2.1	Zeitlicher Ablauf	6
2.2.2	Patientenrekrutierung.....	6
2.2.3	Eingesetzte Erhebungsinstrumente	6
2.2.4	Rücklauf.....	8
2.3	Auswertungen	9
2.3.1	Datenmanagement	9
2.3.2	Auswertungsschritte	10
2.4	Resultate	13
2.4.1	Beschreibung der Stichprobe	13
2.4.2	Non-Responder-Analyse.....	14
2.4.3	Erster Auswertungsschritt.....	14
2.4.4	Zweiter Auswertungsschritt	18
2.4.5	Dritter Auswertungsschritt.....	21
2.4.6	Vierter Auswertungsschritt	24
2.5	Diskussion.....	28
2.5.1	Limitationen der Studie	28
3	SCHLUSSTEIL.....	29
3.1	Zusammenfassung.....	29
3.2	Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse.....	29
3.3	Weitere Analysen nach Studienende	30
3.4	Transfer in die Routine	30
4	Literatur.....	31
5	Erfolge und geplante Veröffentlichungen	33
5.1	Zeitschriftenartikel	33
5.2	Kongressbeiträge.....	33
5.3	Unveröffentlichte Projektberichte	33
5.4	Weitere Aktivitäten	33



Anhang.	34
1: RiRes-P (56 Items)	34
2: RiRes-T.....	34
3: Ergebnisse der Itemanalyse	34
4: Korrelation der RiRes-Items mit ICF-PsychA&P Outcome (Gesamtwert und Subskalen) und Ergebnisse der Tests auf Zwischensubjekteffekte der Varianzanalysen.....	34
5: RiRes-P (20 Items)	34
6: RiRes-T.....	34
7: Abstracts der Kongressbeiträge1: RiRes-P (56 Items).....	34



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte	4
Abbildung 2: Rücklauf der Datenerhebung	9
Abbildung 3: Überblick über die Auswertungsschritte	12
Abbildung 4: Übersicht zum Kategoriensystem der qualitativen Auswertung zu subjektiven Krankheitsursachen	17
Abbildung 5: Häufigkeiten der einfachen Risikoscores	26
Abbildung 6: Häufigkeiten der gewichteten Risikoscores	26
Abbildung 7: ROC-Kurven zu den vier Risikoscores	27



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationspartner	5
Tabelle 2: Erhebungsinstrumente in den Kliniken	7
Tabelle 3: Überblick zum Rekrutierungsprozess	9
Tabelle 4: Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe	13
Tabelle 5: Non-Responder-Analyse	14
Tabelle 6: Deskriptive Statistik (n, MW, SD) für die Differenz prä-Follow-up im ICF-PsychA&P	18
Tabelle 7: Korrelationen zwischen den Items der Risiko- und Ressourcenliste und dem Outcome (ICF-PsychA&P, Differenz Behandlungsbeginn-Follow-up)	19
Tabelle 8: Übersicht zur RiRes-20 und RiRes-T.....	20
Tabelle 9: Modellzusammenfassung der schrittweisen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zum Follow-up (Modell 1 und 2) und der mittelfristigen Veränderung der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Differenz Behandlungsbeginn- Follow-up, Modell 3).....	22
Tabelle 10: Modellzusammenfassung der schrittweisen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zum Follow-up (Modell 1 und 2) und der mittelfristigen Veränderung der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Differenz Behandlungsbeginn- Follow-up, Modell 3), fehlende Werte in der Risiko- und Ressourcenliste wurden durch Mittelwerte ersetzt.....	23
Tabelle 11: Deskriptive Statistiken als Grundlage für die Berechnung der Risikoscores	24

1 EINLEITUNG

1.1 Theoretischer Hintergrund

Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen, dass etwa 25% aller Menschen im Laufe ihres Lebens an mindestens einer psychischen Störung erkranken (WHO, 2004). Zudem weisen Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, vielfältige psychosoziale Beeinträchtigungen auf (Cabello et al., 2012; Ferrari et al., 2013; Moussavi et al., 2007; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004). Somit sollten neben den Symptomen immer auch die Beeinträchtigungen in psychosozialen Bereichen in die Behandlung einbezogen werden. Vorrangige Ziele sollten deswegen neben der Verbesserung der gesundheitlichen Situation die soziale Integration und die Wiedergewinnung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung sein. Mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ (DIMDI, 2005; WHO, 2001) steht seit 2001 ein Klassifikationssystem zur Verfügung, welches auf verschiedenen Ebenen die Funktionsfähigkeit von Menschen beschreibt und dabei auch die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe berücksichtigt.

Obwohl in Deutschland die Rehabilitation von Patienten¹ mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen zunehmend an der ICF ausgerichtet ist, orientierten sich bisherige Wirksamkeitsüberprüfungen vorrangig an symptom-basierten Skalen (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Mittlerweile ist es jedoch durch die Entwicklung spezifischer an der ICF orientierter Instrumente möglich, speziell die Dimensionen Aktivitäten und Partizipation in die Outcomemessung zu integrieren. So identifizierten Buchholz und Brütt (2013) in einem systematischen Review acht Assessmentinstrumente, die seit der Veröffentlichung der ICF im Jahr 2001 in deutscher Sprache vorliegen und zu denen Daten zum Einsatz bei psychischen Störungen verfügbar sind. Dies sind zwei generische und sechs störungsspezifische Instrumente zur Fremd- und Selbstbeurteilung. Von diesen beziehen sich sieben ausschließlich oder überwiegend auf die ICF-Komponente Aktivitäten und Teilhabe (Buchholz & Brütt, 2013).

Ein weiterer Schritt in der systematischen Anwendung der ICF in der Rehabilitation liegt in der Berücksichtigung des Konzepts bei der Behandlungsplanung. In dem Konzept der ICF sind Einschränkungen der Funktionsfähigkeit nicht nur durch das Gesundheitsproblem bedingt, sondern auch mit Kontextfaktoren assoziiert. Die ICF bietet somit die Möglichkeit, diese Umwelt- und personbezogenen Faktoren in die Behandlungsplanung zu integrieren. Zum Beispiel kann eine

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden jeweils die männliche Form gewählt, darin eingeschlossen ist jedoch auch die weibliche Form.

frühzeitige Identifikation von Patienten auf Basis ungünstiger Kontextfaktoren, die im Anschluss an die Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit einen ungünstigen Verlauf in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe aufweisen werden, einen wesentlichen Beitrag zu einer bedarfsangemessenen Behandlungsplanung leisten.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist für einen ähnlichen Zweck der generische Screening-Fragebogen SIBAR (Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation) entwickelt worden. Dieser besteht aus den drei Subskalen sozialmedizinische Risikofaktoren (Frühberentungsrisiko), berufliches Belastungserleben und subjektiver berufsbezogener Behandlungsbedarf. Besonders die erste Skala kann in einem hohen Prozentsatz der Fälle das Frühberentungsverhalten ein Jahr nach der Rehabilitation korrekt vorhersagen. Zudem zeigte sich, dass je höher die Werte auf dieser Skala liegen, desto unwahrscheinlicher wird die Rückkehr in das Erwerbsleben ein Jahr nach der Rehabilitation (Bürger & Deck, 2009).

In dem durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (*vffr*) geförderten Projekt „Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“² wurden 56 Items zusammengestellt (Risiko- und Ressourcenliste, RiRes-56), mit deren Hilfe aus Patienten- und Therapeuteneinschätzungen individuelle Risikowerte bestimmt werden können, die einen ungünstigen poststationären Verlauf hinsichtlich Aktivitäten und Partizipation anzeigen könnten (Brütt & Schulz, 2012).

Im Rahmen dieser Vorstudie wurden vorliegende Forschungsergebnisse durch explorative Ansätze ergänzt um eine Risiko- und Ressourcenliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten mit psychischen Störungen zu entwickeln. Im ersten Schritt wurden in einer systematischen Literaturrecherche Katamnese Studien 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

² Im Folgenden wird dieses Projekt als Vorstudie bezeichnet.

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 den 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 (RiRes-56), die 56 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie allgemeinen Angaben enthält.

Um die Risiko- und Ressourcenliste für die Praxis nutzbar zu machen ist es notwendig, in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die erstellte Risiko- und Ressourcenliste weiter zu kürzen ist, sie psychometrischen Kriterien genügt und zudem den Verlauf der Aktivitäten und der Teilhabe von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen nach der Rehabilitation vorhersagen kann. Nur durch eine solche Analyse können auf der Basis reliabler und valider Scores in der Risiko- und Ressourcenliste Therapieempfehlungen gegeben werden.

1.2 Fragestellung

Um den Einsatz der Risiko- und Ressourcenliste auf eine empirische Basis zu stellen, sollen im Rahmen dieses Projekts folgende Fragen beantwortet werden:

- Kann eine empirisch und inhaltlich begründete Reduktion der Items erfolgen?
- Können die zur verkürzten Risiko- und Ressourcenliste zusammengefassten Items den Verlauf von Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung vorhersagen?

1.3 Studienziele, Hypothesen

Die Studie baut auf unserem bis Juli 2012 vom *vffr* geförderten Projekt (Brütt & Schulz, 2012) auf. Bei den hier berichteten Ergebnissen handelt es sich um eine psychometrische Evaluation, die auf der Grundlage der im Rahmen der Vorstudie erhobenen Daten und einer empirischen Erhebung (prä, post, 6-Monatskatamnese-Erhebung nach stationärer Rehabilitation) durchgeführt wurde. Die zentralen Ziele des Projekts „Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“ sind die Kürzung und Prüfung der prognostischen Validität der entwickelten und verkürzten Risiko- und Ressourcenliste.

2 HAUPTTEIL

2.1 Methoden

2.1.1 Studiendesgin

Zur Überprüfung der psychometrischen Kriterien der Risiko- und Ressourcenliste wurde eine prospektive Längsschnittstudie durchgeführt. Patienten wurden mittels eines Fragebogens zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung befragt. Zusätzlich wurden auch Einschätzungen der behandelnden Therapeuten erhoben. Für das Ausfüllen der Therapeutencheckliste wurden individuelle Absprachen mit den kooperierenden Kliniken getroffen, um die Datenerhebung möglichst gut in den klinischen Alltag zu integrieren. Die Therapeuten füllten die Risiko- und Ressourcenliste für die von ihnen behandelten Patienten einmalig etwa zwei Wochen nach Behandlungsbeginn aus (siehe Abbildung 1).

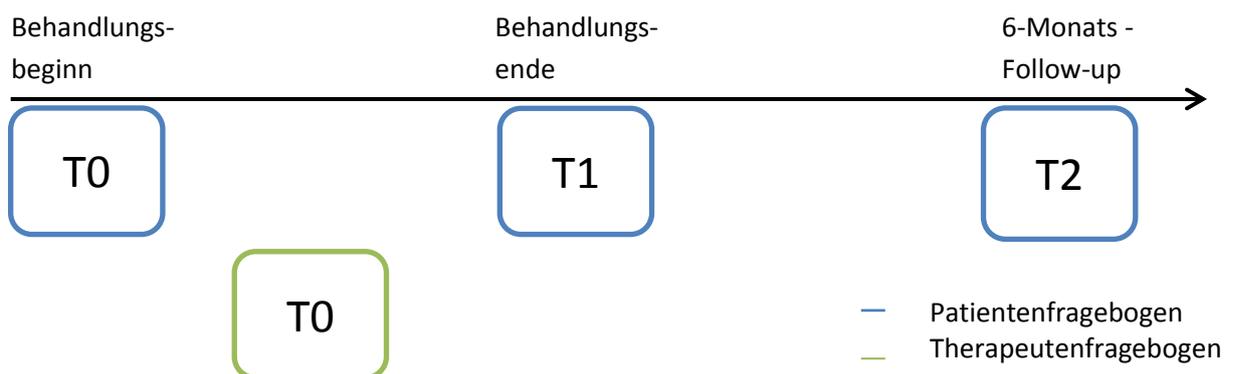


Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte

2.1.2 Stichprobenplanung

Die Stichprobe wurden in den vier kooperierenden Kliniken (Curtius Klinik Malente; Segeberger Kliniken GmbH; Klinik am Homberg, Bad Wildungen; Wicker Klinik, Bad Wildungen) konsekutiv rekrutiert. Es wurden Patienten eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Befragung stationär in einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Klinik behandelt wurden und die unter einer psychischen Störung (Störungsgruppen nach ICD-10-Erstdiagnosen: F3- F9) litten, die kognitiv und sprachlich in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen und die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gaben.

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationspartner

Chefärztin/Chefarzt	Institution
Dr. Silke Kleinschmidt	Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Curtius Klinik Malente
Dr. Heike Schulze	Abteilung für Psychosomatik / Psychotherapie der Klinik am Homberg, Bad Wildungen
PD Dr. Lutz Götzmann	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Segeberger Kliniken GmbH
Dr. Marion Taub	Abteilung für Psychosomatik / Psychotherapie und Traumatherapie der Wicker-Klinik, Bad Wildungen

Bei der Fallzahlplanung wurden verschiedene Aspekte in Betracht gezogen. Als zentrale Analyse wurde die Regressionsanalyse zur Überprüfung der prognostischen Validität identifiziert. Unter Berücksichtigung der zunächst durchzuführenden Arbeitsschritte zur Kürzung der Risiko- und Ressourcenliste (RiRes-56) auf Basis der Itemanalyse und der Prüfung, inwieweit mehrere Items zu Skalen zusammengefasst werden können, wurde erwartet, die Vorhersagevalidität einer Version der Risiko- und Ressourcenliste mit etwa 20 Items zu prüfen. Es liegen Empfehlungen von Barth (1997) vor, wonach pro einzuspeisenden Prädiktor mindestens 15 Fälle vorliegen sollen. Weiterhin war in Betracht zu ziehen, dass für die Analysen nur diejenigen Fälle einbezogen werden konnten, für die Behandlungsbeginn- und Follow-up-Daten vorlagen. Erfahrungen unserer Arbeitsgruppe mit Katamnesestudien lassen einen Rücklauf von 50% erwarten. Da Daten von 300 Patienten zum Follow-up-Zeitpunkt zur Verfügung stehen sollten, mussten entsprechend 600 Patienten zu Behandlungsbeginn rekrutiert werden.

2.1.3 Erhebungs-, Messinstrumente

Zu Behandlungsbeginn und -ende wurden die Patienten mit der neu entwickelten Risiko- und Ressourcenliste (RiRes-56) befragt (siehe Anlage 1). Die Therapeuten erhielten die ergänzende Checkliste etwa zwei Wochen nach Therapiebeginn (siehe Anlage 2). Zur Validierung der Risikocheckliste sollten zu allen drei Messzeitpunkten Daten zu Aktivitäten und Partizipation erhoben werden, als zentrales Outcome-Instrument wurde der ICF-PsychA&P-Fragebogen (Brütt, Schulz & Andreas, 2014; Brütt, Schulz, Koch & Andreas, 2010) herangezogen. Ergänzend sollte der Index zur Messung von Einschränkungen und Teilhabe (IMET; Deck, Mittag, Hüppe, Muche-Borowski & Raspe, 2007) eingesetzt werden. Abhängig von den individuellen Absprachen mit den kooperierenden Kliniken sollte das zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzte Fragebogenset weitere standardisierte Instrumente umfassen, unter anderem zur Symptombelastung mit den Hamburger Modulen zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49; Rabung et al., 2009).

2.2 Durchführung der Studie

2.2.1 Zeitlicher Ablauf

Das Projekt begann im August 2012 und erstreckte sich über den Zeitraum von 18 Monaten. Ursprünglich war eine 14-monatige Projektlaufzeit geplant. Es wurde eine kostenneutrale Verlängerung von vier Monaten beantragt und bewilligt, da der Beginn der Datenerhebung sich durch eine längere Vorbereitungsphase zur Einholung eines Ethikvotums sowie konfligierende Datenerhebungen in zwei der Kooperationskliniken verzögerte. Die Datenerhebung begann nach dem positiven Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg ab Januar 2013. Die Erhebung der prä-Daten war im September 2013 abgeschlossen. Die post-Daten wurden bis Ende Oktober 2013 erhoben. Die Katamnesen wurden im Zeitraum von September 2013 bis Mai 2014 ausgefüllt.

2.2.2 Patientenrekrutierung

Bereits aus der Beschreibung des zeitlichen Ablaufs lässt sich ablesen, dass der Beginn der Datenerhebung in den vier kooperierenden Kliniken divergierte. Erste Treffen fanden im November und Dezember 2012 statt. Hier wurde die Organisation der Datenerhebung in den Kliniken abgestimmt. Der Ablauf der Datenerhebung in den kooperierenden Kliniken gestaltete sich wie folgt: Die potenziellen Teilnehmer wurden in den kooperierenden Kliniken über die Studie informiert. Hierzu wurden Studieninformationsmaterialien bereitgestellt. Die Patienten konnten anschließend schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben.

Zwei der von den Patienten auszufüllenden Fragebögen sollten während des stationären Aufenthalts an die Patienten ausgegeben werden. Die Risiko- und Ressourcenliste wurde in allen Kliniken als Paper-Pencil-Version dargeboten. In Abhängigkeit von der Basisdokumentation wurden die weiteren Fragebögen ebenfalls in einer Paper-Pencil-Version verteilt oder in die elektronische Routineerhebung integriert (siehe Tabelle 2). Der dritte Fragebogen wurde von den kooperierenden Kliniken etwa sechs Monate nach der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung postalisch an die Patienten verschickt. Die Patienten konnten den Paper-Pencil-Fragebogen ausfüllen und entgeltfrei an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurückschicken. Sie hatten außerdem die Möglichkeit eine individuelle Rückmeldung zu den Ergebnissen in dem Fragebogen zu erhalten.

2.2.3 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Zu Behandlungsbeginn und -ende wurden die Patienten mit der neu entwickelten Risikocheckliste befragt (siehe Anlage 1). Die Therapeuten erhielten die ergänzende Checkliste etwa zwei Wochen nach Therapiebeginn (siehe Anlage 2). Zur Validierung der Risikocheckliste sollten zu allen drei

Messzeitpunkten Daten zu Aktivitäten und Partizipation erhoben werden. Als zentrales Outcome-Instrument wurde der ICF-PsychA&P-Fragebogen (Brütt et al., 2014; Brütt et al., 2010) herangezogen. Ergänzend wurde der Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET; Deck et al., 2007) zum Follow-up-Zeitpunkt eingesetzt. Weitere in der Basisdokumentation enthaltene oder für andere Fragestellungen relevante Instrumente sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Da sie nicht in die hier berichteten Auswertungen einbezogen wurden, werden diese Instrumente im Folgenden nicht genauer beschrieben.

Tabelle 2: Erhebungsinstrumente in den Kliniken

Instrumente	Wicker-Klinik	Curtius Klinik	Klinik am Homberg	Klinik Bad Segeberg
RiRes (Patienten- und Therapeutenversion)	T1	T1	T1	T1
ICF-PsychA&P	T1, T2, K	T1, T2, K	T1*, T2*, K	T1, T2, K
HEALTH	T1*, T2*, K	T1, T2, K	T1*, T2*, K	T1*, T2*, K
IMET	K	T1, T2, K	K	T1, T2, K
Weitere Instrumente (z.B. aus Bado)	T1 & T2: IIP-25*, ADS*, SCL-14*, BSL-95*, HSF*, SF-8*, PDS*, SVB* T1: AVEM*	T1: BFKE,RQ-1	T1 & T2: IIP-25* T1: AVEM*	T1: BFKE,RQ-1

* elektronisch erhoben (sonst paper-pencil)

Weitere Instrumente- Abkürzungen:

BFKE: Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung, RQ-1: Relationship Questionnaire, IIP-25: Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme (Kurzversion), ADS: Allgemeine Depressionsskala, SCL-14: Symptom-Checklist (Kurzversion), BSL-95: Borderline Symptom Liste 95, HSF: Hamburger Selbstfürsorgefragebogen, SF-8 Gesundheitsfragebogen (Short Form), PDS: Posttraumatische Diagnoseskala, AVEM: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, SVB: Selbstverletzungsfragebogen

2.2.3.1 ICF-PsychA&P-Fragebogen

Die Ergebnisse der ersten psychometrischen Überprüfung (Brütt et al., 2014) mit 31 Items aus der 52-Item-Pilotversion weisen auf eine gut replizierbare Faktorenstruktur hin, die sich auch in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse bestätigte. Die internen Konsistenzen der Subskalen sind mit Cronbach's Alpha zwischen 0,78 und 0,90 für die Skalen bzw. 0,95 für den Gesamtwert als zufriedenstellend bis sehr gut zu beurteilen. Der Gesamtwert korreliert erwartungsgemäß mit symptombezogenen Skalen. Hinsichtlich der Änderungssensitivität können über den Zeitraum einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung kleine bis mittlere Effektstärken (Cohens $d = 0,22-0,48$) erreicht werden, die sich auch 6 Monate nach Behandlungsende bestätigen (Cohens $d = 0,18-0,46$) (Brütt et al., 2014). In einer Replikation konnten vergleichbare Ergebnisse für die psychometrischen Kriterien gezeigt werden (Brütt, Schulz & Andreas, in press).

2.2.3.2 Hamburger Module zur Erfassung der allgemeinen psychosozialen Gesundheit für die therapeutische Praxis- HEALTH-49

Die Hamburger Module zur Erfassung der allgemeinen psychosozialen Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) umfassen 49 Items, die sechs eigenständigen Modulen mit insgesamt neun Skalen zugeordnet sind (Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Beeinträchtigung). Die dimensionale Struktur und die relative Eigenständigkeit der entwickelten Module lassen sich faktorenanalytisch gut bestätigen. Die einzelnen Skalen zeichnen sich durch hohe Zuverlässigkeit, zufriedenstellende Validität und sehr gute Veränderungssensitivität aus (Rabung et al., 2009).

2.2.3.3 Index zur Messung der Einschränkung der Teilhabe- IMET

Der Index zur Messung der Einschränkung der Teilhabe (IMET) beschreibt mit neun Items (z.B. „Übliche Aktivitäten des täglichen Lebens (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)“) Beeinträchtigung im Alltag in Anlehnung an die Komponente Aktivitäten und Teilhabe der ICF. Ein Wert von 0 bedeutet überhaupt keine Beeinträchtigung, mit 10 wird kodiert, dass keine Aktivität mehr möglich ist. Lediglich das Item „Stress und außergewöhnliche Belastungen (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz“ setzt andere Anker (0= kann Belastung ertragen und 10= kann Belastung nicht mehr ertragen“. Es ist möglich einen Summenwert zu berechnen und auch jedes Item einzeln auszuwerten. Psychometrische Kennwerte stehen zur Verfügung (Deck et al., 2007).

2.2.4 Rücklauf

Nach Ablauf der Rekrutierungsphase standen Daten von n=712 Patienten zu Behandlungsbeginn zur Verfügung. Die meisten dieser Patienten (n=593, 83,3%) füllten auch einen Fragebogen zu Behandlungsende aus. Durch vorzeitige Entlassungen oder organisatorische Probleme sowie die Entscheidung, nicht mehr an der Studie teilzunehmen, entstand dieser Drop-out. Entsprechend unserer Erwartungen entsprach der Rücklauf zum Follow-up 47,1% (n=335). Komplette prä-post-Katamnese-Datensätze lagen von 308 Patienten vor. Für n=642 (90,2%) Patienten liegt zudem eine Einschätzung der Risiken- und Ressourcen durch den behandelnden Therapeuten vor. Einen Überblick über den Rücklauf der Datenerhebung gibt Abbildung 2.

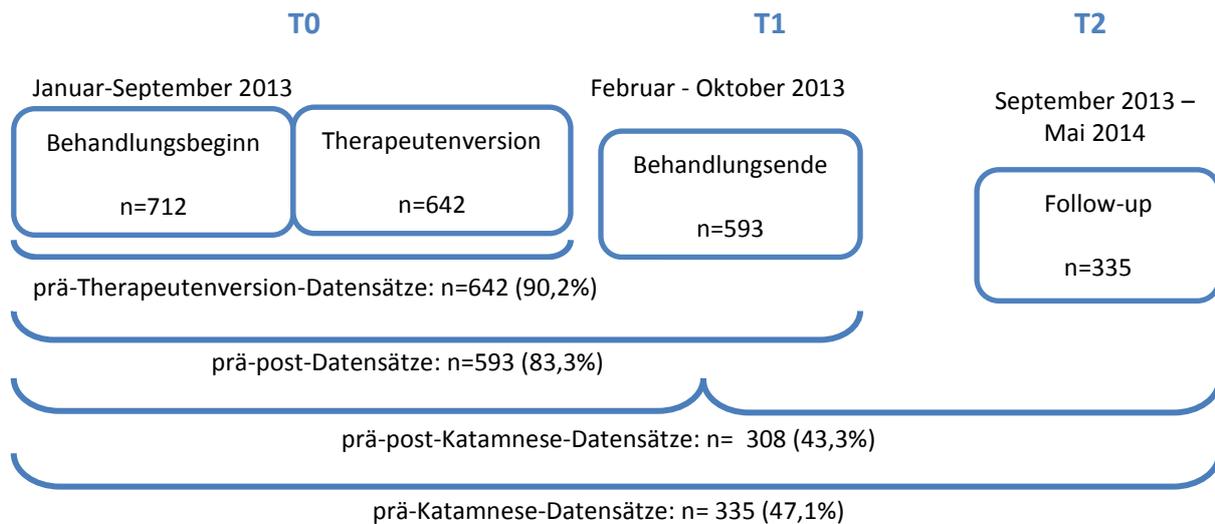


Abbildung 2: Rücklauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung war in allen vier kooperierenden Kliniken erfolgreich. Besonders erfreulich ist, dass auch die Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste 80 bis 99 Prozent zusätzlich zur Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste vorlag. In Tabelle 3 wird dargestellt, wie die Stichprobe in den vier Kooperationskliniken rekrutiert wurde (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Überblick zum Rekrutierungsprozess

Klinik-Code	Fragebögen zu Behandlungsbeginn	Therapeuten-Fragebögen	Fragebögen zu Behandlungsende	Fragebögen zum Follow-up
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
1	182	146	135	75
2	203	191	156	79
3	192	190	184	105
4	135	115	118	76
Gesamt	712	642	593	335

2.3 Auswertungen

Die in der Risiko- und Ressourcenliste erfassten Items sind die zentralen Prädiktoren. Ergänzt wurden diese Angaben durch eine Therapeutencheckliste, die unter anderem die Diagnose und die Einschätzung der therapeutischen Beziehung beinhaltet.

2.3.1 Datenmanagement

Alle Paper-Pencil-Fragebögen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende wurden von den kooperierenden Kliniken pseudonymisiert an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weitergeleitet. Hier wurden die Daten mit Angabe der Kodenummern in PASW-Statistics 18 eingegeben. Die Antworten auf die offenen Fragen in der Risiko- und Ressourcenliste wurden zunächst ebenfalls als String-Variablen in PASW-Statistics 18 integriert. Die Auswertung erfolgte

anschließend mithilfe von Excel-Tabellen, in denen die Zuordnung zu Kategorien dokumentiert wurde.

Die relevanten Daten aus der elektronischen Basisdokumentation wurden ebenfalls pseudonymisiert zur Verfügung gestellt und in die PASW-Statistics 18-Datei eingefügt.

Es erfolgten Plausibilitätsprüfungen. Die Fragebögen zum Follow-up gingen direkt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein und wurden ebenfalls in PASW-Statistics 18 eingegeben.

2.3.2 Auswertungsschritte

Der **erste Auswertungsschritt** der psychometrischen Evaluation bestand in der Ermittlung von Verteilungseigenschaften der Items der Risikocheckliste. Diese wurden bereits in der Vorstudie an einer Stichprobe von N=217 Patienten in psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung untersucht und stellten Grundlage der ersten Itemselektion und Revision der Risiko- und Ressourcenliste dar. Nach der Revision und Reduktion der Items entstand eine Version mit 56 Items. Diese sollte an der in dieser Studie neu erhobenen Stichprobe in Bezug auf Verteilungseigenschaften der Items analysiert werden. Im Rahmen einer deskriptiven Itemanalyse wurden erneut Verteilungseigenschaften (Anzahl fehlender Werte, Mittelwert, Standardabweichung, Schiefe, Kurtosis, Boden- und Deckeneffekte) analysiert (siehe Anhang 3).

Zudem erfolgte eine qualitative Analyse der in der Risiko- und Ressourcenliste enthaltenen offenen Frage. Die Pilotversion der Risiko- und Ressourcenliste enthielt die Frage „Welches sind die drei wichtigsten Ursachen für Ihre Erkrankung“. Diese offene Frage entspricht der Frage nach den Krankheitsursachen aus dem Illness Perception Questionnaire-R (Glattacker, Bengel & Jäckel, 2009). Entsprechend der Empfehlungen erfolgte eine qualitative Auswertung (Moss-Morris et al., 2002). Hierzu erstellten zwei unabhängige Rater (JM und ALB) zunächst induktiv Kategoriensysteme, welche in wiederholten Diskussionen verglichen und harmonisiert wurden. Für die anschließende unabhängige Kategorisierung aller in den Fragebögen benannten Ursachen durch beide Rater wurde eine Interrater-Reliabilität berechnet. Als Maß der Übereinstimmung wurde Cohen's Kappa herangezogen. Entsprechend der Empfehlungen von Wirtz und Caspar (2002) werden Kappa-Werte, die größer als 0,75 sind als hohe Übereinstimmung eingestuft, bei Werten zwischen 0,40 und 0,75 ist die Übereinstimmung als mäßig bis gut und bei Werten unter 0,40 als schlecht bzw. gering zu bewerten. Anschließend wurde über nicht übereinstimmende Zuordnungen diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde.

Im Anschluss an diese quantitativen und qualitativen Analysen wurde in einem **zweiten Auswertungsschritt** eine erneute Itemselektion durchgeführt. Die Selektion erfolgte auf empirischer Basis. Zunächst wurden biseriale Korrelationen zwischen den 56 Items der Risiko- und Ressourcenliste und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation im Anschluss an die stationäre Behandlung, operationalisiert durch die Differenz der Werte auf den Skalen des ICF-PsychA&P zwischen Behandlungsbeginn und Follow-up, berechnet. Zudem wurde für jedes Item der Risiko- und Ressourcenliste eine Kovarianzanalyse gerechnet. Die Items waren in der Analyse die Faktoren, der ICF-PsychA&P-Gesamtwert zum Follow-up die abhängige Variable. Der Gesamtwert im ICF-PsychA&P zu Behandlungsbeginn wurde als Kovariate eingefügt. Von Bedeutung waren hier die Tests auf Zwischensubjekteffekte mit der abhängigen Variable (Gesamtwert des ICF-PsychA&P) zum Follow-up und dem jeweiligen Item als Faktor unter Berücksichtigung der Kovariate. So kann beurteilt werden, ob die Beantwortung eines Items zu signifikant unterschiedlichem Follow-up-Wert führt. Das partielle η^2 weist auf die erzielte Varianzaufklärung des ICF-Werts zum Follow-up durch das Item hin. Auf Grundlage der prädiktiven Werte einzelner Items und inhaltlicher Überlegungen wurden Items und mögliche inhaltlich bestimmte Skalen der Risiko- und Ressourcenliste innerhalb der Arbeitsgruppe (ALB, HS, JM) diskutiert. Die Arbeitsgruppe wählte zunächst unabhängig voneinander Items aus der Risiko- und Ressourcenliste aus und führte sie zu Skalen zusammen. Die verschiedenen Versionen wurden erneut diskutiert. Daraus entstand ein erster gemeinsamer Entwurf für die gekürzten Patienten- und Therapeutenversionen der Risiko- und Ressourcenliste. Schließlich wurde die Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste weiter gekürzt. Hierzu wählten die Mitglieder der Arbeitsgruppe maximal 20 Items aus der vorläufigen Patientenversion aus. Entscheidende Kriterien für die Auswahl waren Augenscheinvalidität, Passung zur Skala, Passung zur Therapeutenversion, Redundanz und ein praktikables Antwortformat.

In einem **dritten Auswertungsschritt** wurde die prognostische Validität der 20 Items der Risiko- und Ressourcenlisten bestimmt. Dies erfolgte durch drei Berechnungen. Zunächst wurde eine multiple lineare Regression berechnet und die Varianzaufklärung durch die für die Risiko- und Ressourcenliste ausgewählten Items bestimmt. Als Outcome wurde der nicht adjustierte ICF-Psych-A&P-Gesamtwert zum Follow-up herangezogen. Eine weitere schrittweise Analyse kontrollierte für die Anfangsbelastung mit dem ICF-Psych-A&P-Gesamtwert zu Behandlungsbeginn. Im dritten Modell wurde die Differenz des ICF-Psych-A&P-Gesamtwerts zwischen Behandlungsbeginn und Follow-up als abhängige Variable festgelegt.

In einem **vierten Auswertungsschritt** wurde ein Scoring für die Risiko- und Ressourcenliste entwickelt. Anschließend wurden cut-off-Werte über das Verfahren der *receiver operating*

characteristic-Analyse (ROC-Analyse) bestimmt. Dazu wurde zunächst mithilfe der Vorarbeiten der Arbeitsgruppe ein dichotomes Kriterium zur Definition von Risikopatienten anhand des ICF-PsychA&P bestimmt. Es wurde auf Referenzwerte von n=554 Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung zurückgegriffen (siehe Brütt et al., in press). Über den Mittelwert im ICF-PsychA&P-Fragebogen (Mittelwert= 1,51, Standardabweichung= 0,83) wurde der Cut-off-Wert von 2,34 bestimmt. Patienten, die zum Follow-up über diesem Wert lagen, wurden als Patienten mit ungünstigen Verläufen definiert.

Es wurden drei verschiedene Risikoscores für die Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste berechnet: Zunächst wurde der Risikoscore über den Summenscore aller Items der Risiko- und Ressourcenliste berechnet. In einer vereinfachten Version des Risikoscores wurde lediglich die höchste Antwortkategorie als Risiko gewertet. Bei der gewichteten Berechnung des Risikoscores wurden die beiden höchsten Antwortkategorien mit Risikowerten belegt. Zusätzlich wurde ein Risikoscore für die Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste berechnet

Durch die Gegenüberstellung der Wahrscheinlichkeiten richtig identifizierter Fälle (Sensitivität) und der falsch positiv identifizierten Fälle (1-Spezifität) ergaben sich insgesamt vier ROC-Kurven. Als Empfehlung gilt, dass der Wert aus einer Analyse gewählt werden soll, an dem die Sensitivität und Spezifität am höchsten ist, dieses entspricht dem Youden-Index (Perkins & Schisterman, 2006). Der Youden-Index wurde mit der Formel:

$$\text{Youden-Index} = \text{Sensitivität} + \text{Spezifität} - 1$$

berechnet. Der höchste Wert identifiziert den am besten geeigneten Cut-off. Diese Cut-offs wurden für die vier Risikoscores berechnet.

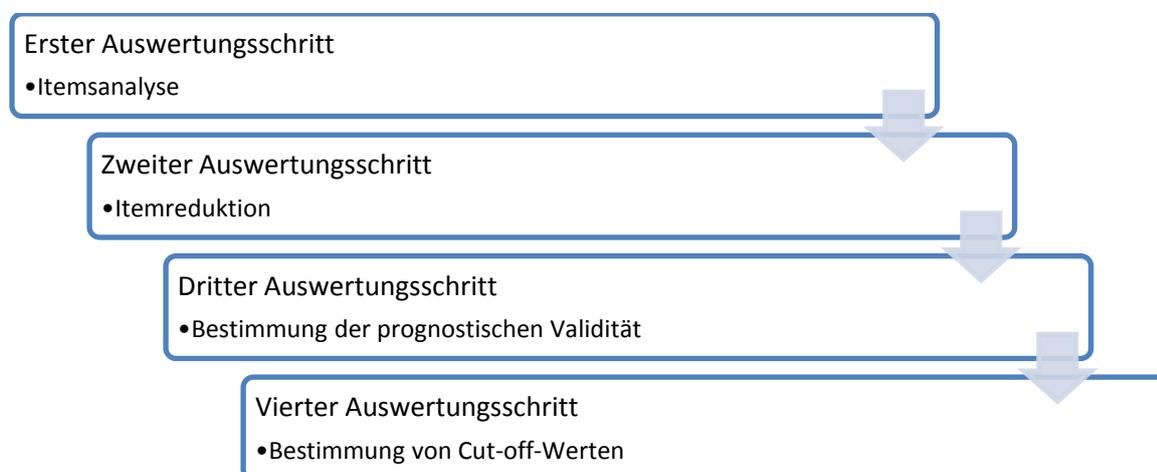


Abbildung 3: Überblick über die Auswertungsschritte

2.4 Resultate

2.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe der psychometrischen Überprüfung zeigt Tabelle 4. Es nahmen insgesamt 712 Patienten an der Befragung zu Beginn der Behandlung teil, von denen 26 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung der Wicker-Klinik in Bad Wildungen, 29 Prozent in Behandlung der Curtius Klinik in Bad Malente, 27 Prozent in Behandlung in der Klinik am Homberg und 19 Prozent in Behandlung in der Klinik in Bad Segeberg waren. Die Patienten waren durchschnittlich 47 Jahre ($SD=12$) alt. Die meisten von ihnen waren weiblich ($n=509$, 73%) und gaben an in einer festen Partnerschaft zu sein ($n=396$, 66%). Bezüglich des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses zeigte sich in der Stichprobe ein hoher Anteil an Berufstätigen ($n=431$, 63%), von denen die Mehrheit einer Vollzeitbeschäftigung nachging. 14 Prozent waren arbeitslos gemeldet und 9 Prozent Rentner. Fast alle Patienten waren Deutsche ($n=668$, 96%) und die meisten wurden in Deutschland geboren ($n=625$, 91%).

Tabelle 4: Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe

Alter (n=690)	MW (SD) Jahre	46,6 (11.9)
Geschlecht (n=694)	% weiblich	73,3
Partnersituation (n=601)	% fester Partner	65,9
	% keinen Partner	33,6
Berufstätigkeit (n=679)	% berufstätig, Vollzeit	41,2
	% berufstätig, Teilzeit	22,2
	% arbeitslos gemeldet	13,5
	% Frührente/Alterspension/Pension/ Erwerbsunfähigkeitsrente	8,6
	% Studium, Ausbildung	1,5
	% Anderes	12,8
Staatsangehörigkeit (n=694)	% deutsch	96,3
Geburtsland (n=686)	% Deutschland (inkl. DDR)	91,1

2.4.2 Non-Responder-Analyse

Die Follow-up-Responder waren im Schnitt 4 Jahre älter und häufiger in Teilzeit beschäftigt als die Non-Responder. Zudem zeigten sie zu Beginn der Behandlung eine schwächere Beeinträchtigung im Gesamtwert der Aktivitäten und Teilhabe und auf der Skala Funktionsfähigkeit (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Non-Responder-Analyse

<i>Soziodemographische Variablen zum Zeitpunkt der Aufnahme</i>		Follow-up-Responder (N=335)	Follow-up-Non-Responder (N=377)	p*
Alter	MW (SD) Jahre	48,92 (10,67)	44,59 (12,50)	,000
Geschlecht	% weiblich	74,77	72,09	,425
Partnersituation	% fester Partner	63,47	67,88	,256
Berufstätigkeit	% berufstätig, Vollzeit	40,75	41,67	,809
	% berufstätig, Teilzeit	26,02	18,89	,026
	% arbeitslos gemeldet	12,85	14,17	,618
	% Frührente/ Alterspension/Pension/ Erwerbsunfähigkeitsrente	8,78	8,61	,939
Staatsangehörigkeit	% deutsch	96,63	95,92	,627
Geburtsland	% Deutschland (inkl. DDR)	91,16	91,06	,964
<i>Klinische Merkmale zum Zeitpunkt der Aufnahme</i>				
Erstdiagnose	% affektive Störungen (exkl. Bipolar)	57,28	58,18	,822
	% Anpassungsstörungen	14,90	10,06	,068
	% Belastungsstörungen	8,61	10,38	,453
	% Angststörungen	6,95	6,60	,862
	% somatoforme Störung	5,63	5,03	,740
Beeinträchtigung in Aktivitäten und Partizipation	ICF-PsychA&P MW (SD)	1,84 (0,74)	1,96 (0,75)	,044
	Funktionsfähigkeit MW (SD)	2,10 (0,91)	2,33 (0,86)	,001
	Kommunikation MW (SD)	1,58 (0,89)	1,67 (0,94)	,186
	Mobilität MW (SD)	1,29 (1,02)	1,34 (1,03)	,501
	Beziehungen MW (SD)	1,79 (0,97)	1,85 (1,05)	,437
	Freizeit MW (SD)	2,01 (0,95)	2,10 (0,97)	,228
	Interaktion MW (SD)	2,28 (0,88)	2,40 (0,92)	,103

* bei Mittelwerten zweiseitiger t-test für unabhängige Stichproben und bei Prozentangaben Chi-Quadrat-Test auf Unabhängigkeit; ein signifikantes Ergebnis (fett gedruckt: $p < ,05$) bedeutet, dass die Responder sich von den Non-Respondern unterscheiden.

2.4.3 Erster Auswertungsschritt

Alle Auswertungsschritte werden auf Basis der Daten der in den vier kooperierenden Kliniken durchgeführten Erhebung durchgeführt. Zu Beginn der Behandlung füllten 712 Patienten die Risiko- und Ressourcenliste aus, für die Auswertungen zur prognostischen Validität standen 335 Datensätze zur Verfügung.

2.4.3.1 Ergebnisse der Itemanalyse

Die Itemcharakteristika wurden für jedes Item dargestellt (siehe Anhang 3). Diese wurden anhand des Prä-Datensatzes (N=712) ermittelt. Zur Untersuchung der Zusammenhänge wurden die Items so gepolt, dass höhere Werte - auf theoretischen Überlegungen basierend - auf eine stärkere Ausprägung des Risikofaktors hinwiesen. Folgende Items wurden umkodiert (1, 2, 4, 11, 12, 19, 20, 21, 22, 31, 35, 36, 48) und folgende dummy-kodiert (32, 44, 45).

Die höchsten Anteile fehlender Werte waren bei den Items „Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.“ (13,5%), „Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...“ (9,7%), „Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. __ __ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.“ (9,7%) sowie „Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...“ (9,0%) zu beobachten. Die Fragen zur Arbeit wurden in Anhängigkeit von der beruflichen Situation beantwortet, so dass für bei Fragen, die eine Erwerbstätigkeit ebenfalls höhere Anteile fehlender Werte auftragen, vor allem bei den Items „Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?“ (14,1%) und „Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?“ (24,1%).

Hohe Boden- oder Deckeneffekte (bei Items mit mindestens 4 Antwortmöglichkeiten) waren bei den Items „Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.“ (78,7%; stimmt), „Es belastet mich, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte.“ (73,4%; stimmt), „Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.“ (70,4%), „Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.“ (52,5%, stimmt), „Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.“ (50,4%, stimmt) und „Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ... professionelle Hilfe annehmen.“ (50,2%; stimmt) festzustellen.

2.4.3.2 Ergebnisse der qualitativen Aussagen zu den subjektiven Krankheitsursachen

Hierzu erstellten zwei unabhängige Rater (JM und ALB) zunächst induktiv Kategoriensysteme, welche in wiederholten Diskussionen verglichen und harmonisiert wurden. Bei der anschließenden unabhängigen Kategorisierung aller 1862 in den Fragebögen benannten Ursachen wurde eine Interrater-Reliabilität von Kappa = ,82 erreicht. Nicht übereinstimmende Zuordnungen wurden diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde.

Die Ursachen konnten neun inhaltlichen Bereichen zugeordnet werden und teilweise noch in genauere Kategorien differenziert werden (siehe Abbildung 4). 44 Prozent der Befragten gaben mindestens eine Ursache aus dem Bereich „Probleme im Beruf“ und 43 Prozent gaben mindestens eine Ursache aus dem Bereich „Probleme im sozialen Umfeld“ an. Ein Drittel der Befragten gab mindestens eine Ursache im Bereich „Selbst/interne Zustände“ an. Der Bereich „bedrohliche Ereignisse“, in der Missbrauchserfahrungen, Unfälle/Krieg und der Tod naher Angehöriger zusammengefasst wurden, nannten 27 Prozent der Befragten. Mindestens eine Ursache im Bereich „unspezifischer Stress und Überforderung“ gaben 21 Prozent an. Je 16 Prozent gaben Ursachen aus den Bereichen „körperliche Beschwerden und Erkrankungen“ und „Kindheit, Jugend, Elternhaus“ an. Von 9 Prozent der Befragten ließ sich mindestens eine subjektive Krankheitsursache nicht kodieren. Lediglich 2 Prozent der Befragten gaben „Disposition bzw. Genetik“ und 1 Prozent die „gesellschaftliche Situation“ als ursächlich an.

Knapp die Hälfte der Befragten (45%) gaben Ursachen aus zwei Bereichen an, knapp ein Drittel (32%) aus drei Bereichen und knapp ein Fünftel (18%) aus einem Bereich. Befragte, die Ursachen aus einem Bereich nannten, gaben am häufigsten bedrohliche Ereignisse (24%) als ursächlich an.

Mit Hilfe von Chi-Quadrats-Tests wurden Geschlechts- und Altersunterschiede zwischen den genannten Bereichen untersucht. Hierzu wurden die Altersgruppen 25 bis 39 Jahre, 40 bis 59 Jahre und ab 60 Jahre verglichen. Lediglich im Bereich Probleme im Beruf ließ sich ein Geschlechterunterschied feststellen: Über die Hälfte der Männer (53,5%) und nur 41 Prozent der Frauen gaben Ursachen in diesem Bereich an ($\chi^2(1,694)=8,8$, $p<.01$). Die Anteile zu denen junge Erwachsene, mittlere Erwachsene und Ältere Ursachen aus dem Bereich Probleme im Beruf angaben, unterscheiden sich ebenfalls signifikant ($\chi^2(1,637)=6,6$, $p<.05$): Ein Drittel der jungen Erwachsenen (34,3%) gab Ursachen aus diesem Bereich an, während knapp die Hälfte der Patienten im mittleren Erwachsenenalter (47,1%) und gut die Hälfte der Patienten ab 60 Jahren (51,4%) Ursachen aus dem Bereich nannten. Die Altersgruppen unterschieden sich nicht signifikant darin, wie häufig sie die anderen Bereiche als ursächlich angaben.

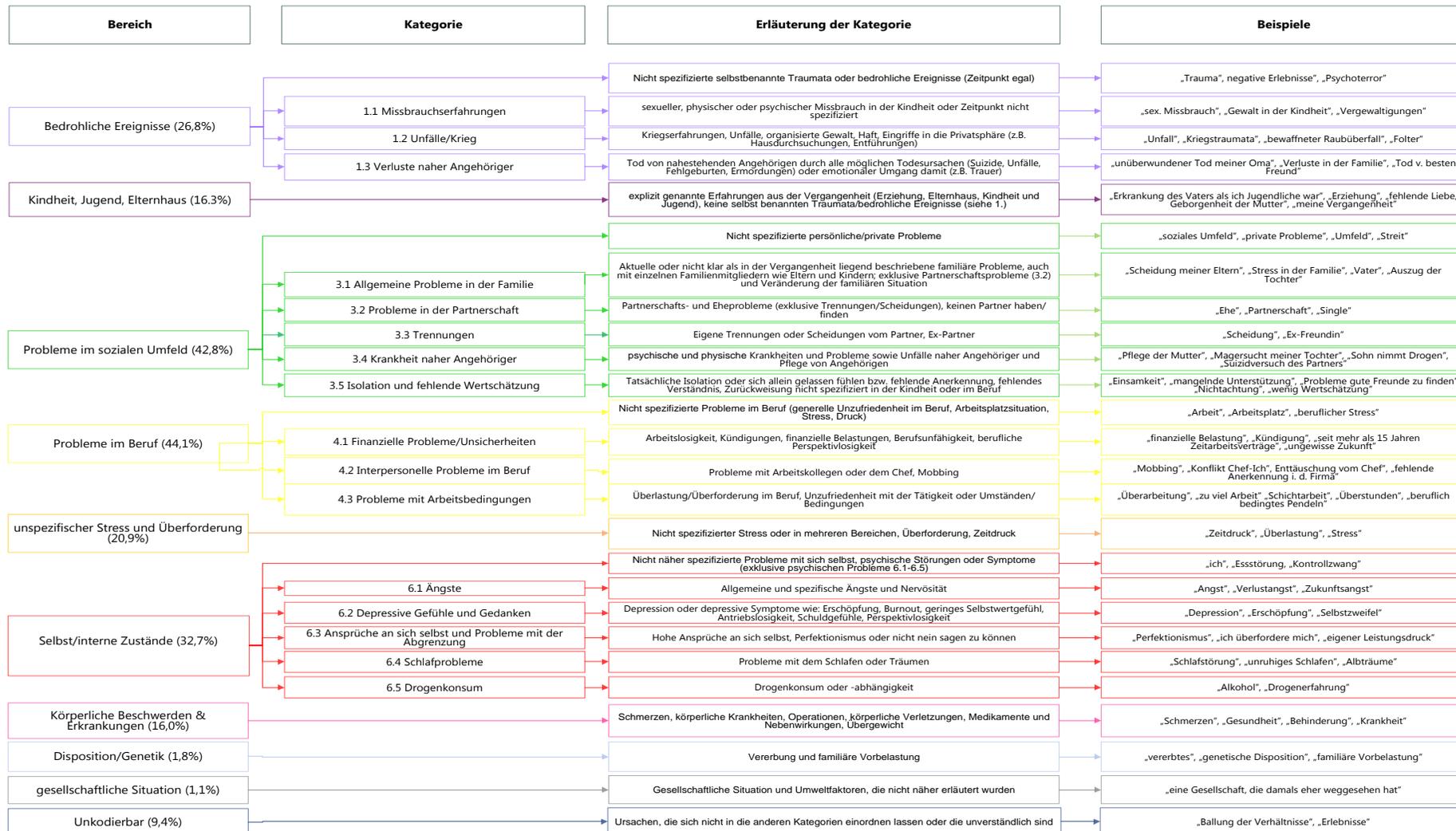


Abbildung 4: Übersicht zum Kategoriensystem der qualitativen Auswertung zu subjektiven Krankheitsursachen

2.4.4 Zweiter Auswertungsschritt

Im zweiten Auswertungsschritt wurden die Korrelationen mit dem Behandlungsergebnis in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe (ICF-PsychA&P) betrachtet, um eine Reduktion der Items empirisch begründet vorzunehmen. Das Outcome wurde berechnet, indem die Belastung zu Behandlungsbeginn (ICF-PsychA&P) von der Belastung zum Follow-up (ICF-PsychA&P) subtrahiert wurde. Da im ICF-PsychA&P höhere Werte eine stärkere Beeinträchtigung indizieren, entspricht eine positive Differenz somit einer Verbesserung von Behandlungsbeginn zum Follow-up und eine negative Differenz eine Verschlechterung (stärkere Beeinträchtigungen im Follow-up zu Behandlungsbeginn). Diese Berechnungen wurden für den Gesamtwert und auf Skalenebene durchgeführt. Die Verteilung der ICF-Outcome-Werte wird in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik (n, MW, SD) für die Differenz prä-Follow-up im ICF-PsychA&P

Outcome der ICF-PsychA&P Skala (Prä-Kat)	N	MW	SD
Gesamt Outcome	319	0,17	0,66
Outcome Funktionsniveau	330	0,31	0,83
Outcome Kommunikation	329	0,02	0,80
Outcome Mobilität	328	0,22	0,70
Outcome Beziehung	323	0,03	0,85
Outcome Freizeit	326	0,21	0,90
Outcome Interaktion	330	0,20	0,83

Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen den Items der Risiko- und Ressourcenliste sowie der Differenz der prä-Follow-up-Werte berechnet. In Tabelle 7 sind die Items aufgelistet, die signifikant mit dem Outcome korrelieren. Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen des ICF-PsychA&P und den Items der Risiko- und Ressourcenliste (Selbstbericht und Therapeutenversion) finden sich im Anhang. Zudem wurden die Kovarianzanalysen berechnet. Einen Überblick über alle für die empirisch begründete Auswahl von Items für die Risiko- und Ressourcenliste berechneten prognostischen Werte findet sich im Anhang (siehe Anhang 5).

Tabelle 7: Korrelationen zwischen den Items der Risiko- und Ressourcenliste und dem Outcome (ICF-PsychA&P, Differenz Behandlungsbeginn-Follow-up)

	<i>Item</i>	Korrelation mit ICF-Outcome	Signifikanz (2-seitig)	N
8	Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,174**	0,06	252
14	Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,160*	0,012	247
30	Meine Arbeitsstelle ist mir sicher. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,153*	0,050	164
35	Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet? (0=nein, 1=ja)	-,164*	0,015	218
39	Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,154*	0,017	242
41	Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,232**	>0,001	244
43	Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird. (0=stimmt bis 3=stimmt nicht)	-,151*	0,019	244
45	Ich nehme bereits Psychopharmaka und möchte die Einnahme fortsetzen. (0=ja , 1=nein (andere Option angekreuzt))	,185**	0,004	239
	<i>Therapeutenversion Items</i>	Korrelation mit ICF-Outcome	Signifikanz (2-seitig)	N
2	Umgang mit Belastungsgrenzen (0=starke Ressource bis 4 = starker Risikofaktor)	.134*	0,039	237
5	Chancen auf dem Arbeitsmarkt (0=starke Ressource – 4 = starker Risikofaktor)	-,147*	0,027	226
8	Beziehungsfähigkeit (0=starke Ressource – 4 = starker Risikofaktor)	-,171**	0,008	235

* die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

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

Entsprechend des beschriebenen Vorgehens konnten so die Kurzformen der Risiko- und Ressourcenliste für Patienten (RiRes-P, siehe Tabelle 8) sowie die Kurzform der Risiko- und Ressourcenliste für Therapeuten (RiRes-T, siehe Tabelle 8) abgestimmt werden. Die kompletten

Risiko- und Ressourcenlisten mit entsprechendem Antwortformat sind im Anhang enthalten (Anhang 5 und Anhang 6).

Tabelle 8: Übersicht zur RiRes-20 und RiRes-T

	Items der RiRes-20 Patientenversion	Items der RiRes-T Therapeutenversion
A: Soziales Umfeld	1. Meine familiären Verhältnisse sind für mich... 2. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich... 3. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	Familie Partnersituation Freunde
B: Umgang mit psychischer Erkrankung	4. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich. 5. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen. 6. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	Umgang mit Belastungsgrenzen
C: Erwartungen an die Behandlung	7. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten. 8. Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde. 9. Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	Behandlungsmotivation
D: Arbeitssituation	10. Ich gehe gerne zur Arbeit. 11. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher. 12. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	Arbeitsumfeld
E: Arbeit	13. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt. 14. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet? 15. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken herum, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen?	Chancen auf dem Arbeitsmarkt
F:Allgemeine Angaben zur Person	16. Wie alt sind Sie? 17. In welchem Land sind Sie geboren? 18. Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte. 19. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet. 20. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	Beziehungsfähigkeit Sekundärer Krankheitsgewinn

2.4.5 Dritter Auswertungsschritt

Zur Überprüfung der prognostischen Validität der 20 Items der Risiko- und Ressourcenliste (Patientenversion) wurden zunächst lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Berechnet wurden drei Modelle, in denen die Items der Risiko- und Ressourcenliste schrittweise eingingen. Im ersten Modell ist die abhängige Variable der ICF-PsychA&P-Gesamtwert zum Follow-up. Das zweite Modell kontrolliert im ersten Schritt für die Beeinträchtigung in Aktivitäten und Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zu Behandlungsbeginn. Im dritten Modell wurde die Differenz des ICF-PsychA&P-Gesamtwerts zwischen Behandlungsbeginn und Follow-up als abhängige Variable eingesetzt.

Zunächst wurden alle Berechnungen mit den Fällen durchgeführt, die vollständige Angaben in der Risiko- und Ressourcenliste sowie dem Outcome aufwiesen.

Die 20 Items der Risiko- und Ressourcenliste konnten im ersten Modell einen Anteil von 36 Prozent der Varianz der katamnestischen Beeinträchtigung in Aktivitäten und Teilhabe vorhersagen. Den Items „Ich sehe meiner Zukunft mit Optimismus entgegen.“ und „Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?“ konnten in dem Gesamtmodell signifikante Beta-Gewichte zugeordnet werden.

Wird die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe zu Behandlungsbeginn mit einbezogen, so können im Modell 53 Prozent der Varianz vorhergesagt werden, die Items der Risiko- und Ressourcenliste tragen mit weiteren 11 Prozent bei. Die Items „Ich gehe gerne zur Arbeit“ und „Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?“ erreichten signifikante Beta-Gewichte.

In dem dritten Modell können die Items der Risiko- und Ressourcenliste 16 Prozent der Varianz in dem Outcome ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Differenz Behandlungsbeginn- Follow-up erklären. Die Items „Meine familiären Verhältnisse sind für mich...“, „Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.“ und „Ich gehe gerne zur Arbeit.“ trugen mit signifikanten Beta-Gewichten dazu bei.

In der Tabelle 9 sind die untersuchten Modelle und die entsprechenden Parameter zu sehen.

Tabelle 9: Modellzusammenfassung der schrittweisen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zum Follow-up (Modell 1 und 2) und der mittelfristigen Veränderung der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Differenz Behandlungsbeginn- Follow-up, Modell 3)

	AV	Modell	Vollständige Fälle					
			N	R ²	korr. R ²	Zuwachs R ²	Sig. Änderungen in F	sig.
Risiko- und Ressourcenliste-Patientenversion	Modell 1: ICF- Gesamt, Follow-up	schrittweiser Einschluss der Skalen	11 7	,470	,363	-	-	>,001
		Soziales Umfeld				,047	,133	,133
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,222	>,001	>,001
		+ Erwartungen an die Behandlung				,032	,177	>,001
		+ Arbeitsplatz				,025	,279	>,001
		+ Arbeit				,083	,003	>,001
		+ Allgemeine Angaben zur Person				,062	,049	>,001
	Modell 2: ICF- Gesamt, Follow-up	schrittweiser Einschluss des ICF-prä Outcomes und der Skalen	11 7	,611	,526	-	-	>,001
		ICF-Gesamt, prä				,417	>,001	>,001
		+ Soziales Umfeld				,025	,168	>,001
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,037	,055	>,001
		+ Erwartungen an die Behandlung				,043	,026	>,001
		+ Arbeitsplatz				,012	,448	>,001
		+ Arbeit				,039	,030	>,001
	+ Allgemeine Angaben zur Person				,037	,112	>,001	
	Modell 3: Outcome ICF (Differenz prä- follow- up)	schrittweiser Einschluss der Skalen	11 7	,306	,163	-	-	,007
		Soziales Umfeld				,051	,122	,112
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,008	,824	,337
		+ Erwartungen an die Behandlung				,101	,006	,022
		+ Arbeitsplatz				,050	,090	,011
		+ Arbeit				,044	,119	,007
+ Allgemeine Angaben zur Person					,053	,205	,007	
+ Allgemeine Angaben zur Person				,120	,147	,356		

Anschließend erfolgten die gleichen Berechnungen, es wurden jedoch fehlende Werte in der Risiko- und Ressourcenliste durch die Mittelwerte ersetzt. So erhöhte sich die Fallzahl von N=117 auf N=321. Durch die Ersetzung der fehlenden Werte ergab die lineare Regressionsanalyse nach dem ersten Modell eine Varianzaufklärung von 39 Prozent. Das zweite Modell konnte mit 55 Prozent ebenfalls einen etwas höheren Varianzteil erklären. Das Modell 3 trug in auf Basis dieser Berechnungen lediglich zu einem erklärten Varianzanteil von 7 Prozent bei.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Modellzusammenfassung der schrittweisen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zum Follow-up (Modell 1 und 2) und der mittelfristigen Veränderung der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Differenz Behandlungsbeginn- Follow-up, Modell 3), fehlende Werte in der Risiko- und Ressourcenliste wurden durch Mittelwerte ersetzt

	AV	Modell	fehlende Werte in der RiREs durch MW ersetzt					
			N	R ²	korr. R ²	Zuwachs R ²	Sig. Änderungen in F	sig.
Risiko- und Ressourcenlist-Patientenversion	ICF-Gesamt, Follow-up	schrittweiser Einschluss der Skalen	321	,431	,393	-	-	>,001
		Soziales Umfeld				,123	>,001	>,001
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,157	>,001	>,001
		+ Erwartungen an die Behandlung				,012	,154	>,001
		+ Arbeitsplatz				,028	,006	>,001
		+ Arbeit				,056	>,001	>,001
		+ Allgemeine Angaben zur Person				,056	>,001	>,001
	ICF-Gesamt, Follow-up	schrittweiser Einschluss des ICF-prä Outcomes und der Skalen	321	,575	,545	-	-	>,001
		ICF-Gesamt, prä				,478	>,001	>,001
		+ Soziales Umfeld				,023	,003	>,001
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,017	,011	>,001
		+ Erwartungen an die Behandlung				,019	,005	>,001
		+ Arbeitsplatz				,004	,432	>,001
		+ Arbeit				,018	,007	>,001
	+ Allgemeine Angaben zur Person				,015	,056	>,001	
	Outcome ICF (Differenz prä-follow-up)	schrittweiser Einschluss der Skalen	321	,124	,066	-	-	,004
		Soziales Umfeld				,029	,025	,025
		+ Umgang mi psych. Erkrankung				,008	,443	,062
		+ Erwartungen an die Behandlung				,043	,003	,002
		+ Arbeitsplatz				,009	,409	,004
		+ Arbeit				,020	,046	,002
+ Allgemeine Angaben zur Person				,016	,377	,004		

Für die Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste wurde ebenfalls eine lineare Regressionsanalyse gerechnet. Der Anteil erklärter Varianz (korr. R²) liegt hier bei 13 Prozent. Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich die Items „Freunde“ und „Arbeitsumfeld“. Im zweiten Modell liegt die Varianzaufklärung bei insgesamt 52 Prozent (korr. R²), jedoch erhöht sich der Anteil aufgeklärter Varianz durch die Items der Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste nur um 2 Prozent. Im dritten Modell tragen die Items der Risiko- und Ressourcenliste für Therapeuten nicht signifikant zur Vorhersage des Outcomes (Differenz prä-Follow-up) bei.

2.4.6 Vierter Auswertungsschritt

Zunächst wurde der **Risikoscore über den Summenscore** aller Items der Risiko- und Ressourcenliste berechnet. Lediglich für die numerischen Antworten (Alter und AU-Wochen) wurden in kategoriale Antworten transformiert. Der Summenscore konnte so Werte zwischen 0 und 60 erreichen.

Die **einfache Berechnung des Risikoscores** folgte der Regel: Die höchste Antwortkategorie wird als Risiko gewertet, wenn weniger oder gleich 1 Prozent der Patienten diese Kategorie ankreuzten, wurde auch die zweithöchste Antwortkategorie als Risiko gewertet. So konnte pro Item ein Risikowert (1) erreicht werden, der Range des Risikoscores lag auf Grundlage dieser Berechnungen zwischen 0 und 20. Die rot markierten Felder kennzeichnen die Antwortkategorien, denen in der einfachen Berechnung einen Risikowert von 1 zugeordnet wurde.

Die **gewichtete Berechnung des Risikoscores** folgte der Regel: Bei Items mit mindestens 4 Antwortkategorien wurde die beiden höchsten mit Risikowerten belegt. Der höchsten Ausprägung wurde der Wert 1 und der zweithöchsten der Wert 0,5 zugeordnet. Auch aus dieser Berechnung ergab sich ein Range 0 bis 20. Tabelle 11 zeigt die entsprechenden deskriptiven Statistiken der Items der Risiko- und Ressourcenliste. Die rot markierten Felder kennzeichnen die Antwortkategorien, denen in der gewichteten Berechnung einen Risikowert von 1 zugeordnet wurde. Die orangen Felder markieren die Antwortkategorien, die einem Risikowert von 0,5 entsprechen.

Für den Risikoscore der Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste wurde jeweils die höchste Antwortkategorie mit einem Risikowert belegt. Die Erstdiagnose wurde nicht gewertet. So konnte der Risikoscore der Therapeutenversion Werte zwischen 0 und 10 erreichen.

Tabelle 11: Deskriptive Statistiken als Grundlage für die Berechnung der Risikoscores

RiRes-20-P	Fehlende Werte (N=712)	Risikoscore: höchste Kategorie	% Satz Risikoscore (N=712)	Risikoscore: zweithöchste Kategorie	% Satz Risikoscore (N=712)
A: Soziales Umfeld (3 Fragen)					
Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	5,6	sehr belastend	16,9	etwas belastend	46,1
Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	9,0	sehr belastend	11,2	etwas belastend	34,9
Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	0,7	stimmt nicht	7,3	stimmt eher nicht	26,1
B: Umgang mit psychischer Erkrankung (3 Fragen)					
Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	2,5	stimmt nicht	8,1	stimmt eher nicht	23,1

RiRes-20-P	Fehlende Werte (N=712)	Risikoscore: höchste Kategorie	% Satz Risikoscore (N=712)	Risikoscore: zweithöchste Kategorie	% Satz Risikoscore (N=712)
Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	1,8	stimmt nicht	24,4	stimmt eher nicht	58,8
Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	2,1	nie	3,7	manchmal	58,5
C: Erwartungen an die Behandlung (3 Fragen)					
Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	4,5	stimmt nicht	19,9		28,7
Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	3,8	stimmt nicht	1,0	stimmt eher nicht	4,7
Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	4,5	stimmt nicht	,4	stimmt eher nicht	4,5
D: Arbeitsplatz (für Erwerbstätige) (3 Fragen) N=519 (27,1% fehlen)					
Ich gehe gerne zur Arbeit.	5,9	stimmt nicht	12,4	stimmt eher nicht	30,2
Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	7,4	stimmt nicht	9,7	stimmt eher nicht	17,3
Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	5,6	stimmt	34,1		
E: Arbeit (3 Fragen)					
Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	7,6	stimmt nicht	21,8	stimmt eher nicht	49,0
Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?	13,3	stimmt	51,3		
Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken herum, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen?	26,4	stimmt	12,5		
E: Allgemeine Angaben zur Person (5 Fragen)					
Wie alt sind Sie?	3,1	>/=60	9,8	>/=50	44,4
In welchem Land sind Sie geboren?	3,7	else	8,6		
Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.	9,7	=ganzes Jahr	13,9	>/= 26	34,3
Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	3,4	stimmt	29,6	stimmt eher	50,8
Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	13,5	ja	29,9		

Über den Summenscore wurden in der Stichprobe Risikoscores zwischen 5 und 47 errechnet (MW=21,44; SD=7,06). Der einfache Risikoscore lag zwischen 0 und 15 (MW=3,38; SD=2,37). Die

Berechnung des adjustierten Risikoscores führte zu Werten zwischen 0,5 und 14,5 (MW=5,03; SD=2,43).

Die Häufigkeiten der einfachen Risikoscores verteilen sich wie in Abbildung zu den beiden Risikoscores wird in den Abbildungen 5 und 6 dargestellt.

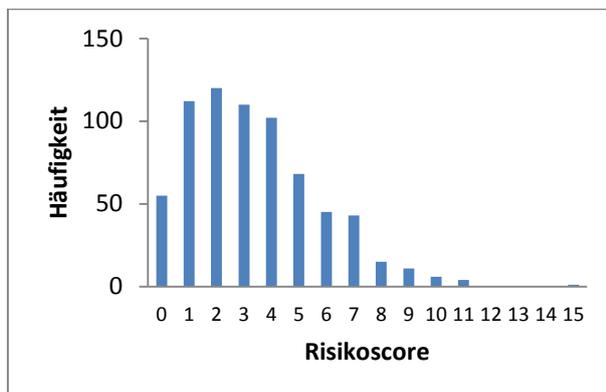


Abbildung 5: Häufigkeiten der einfachen Risikoscores

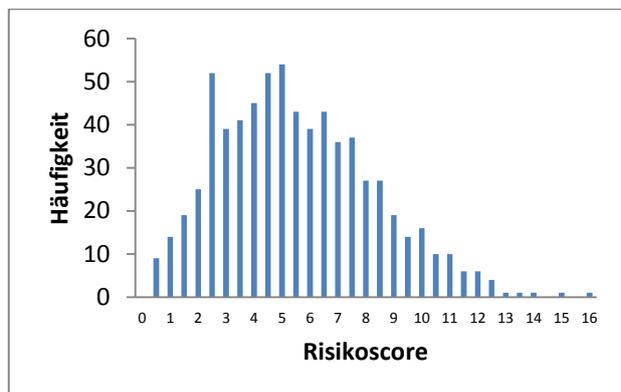
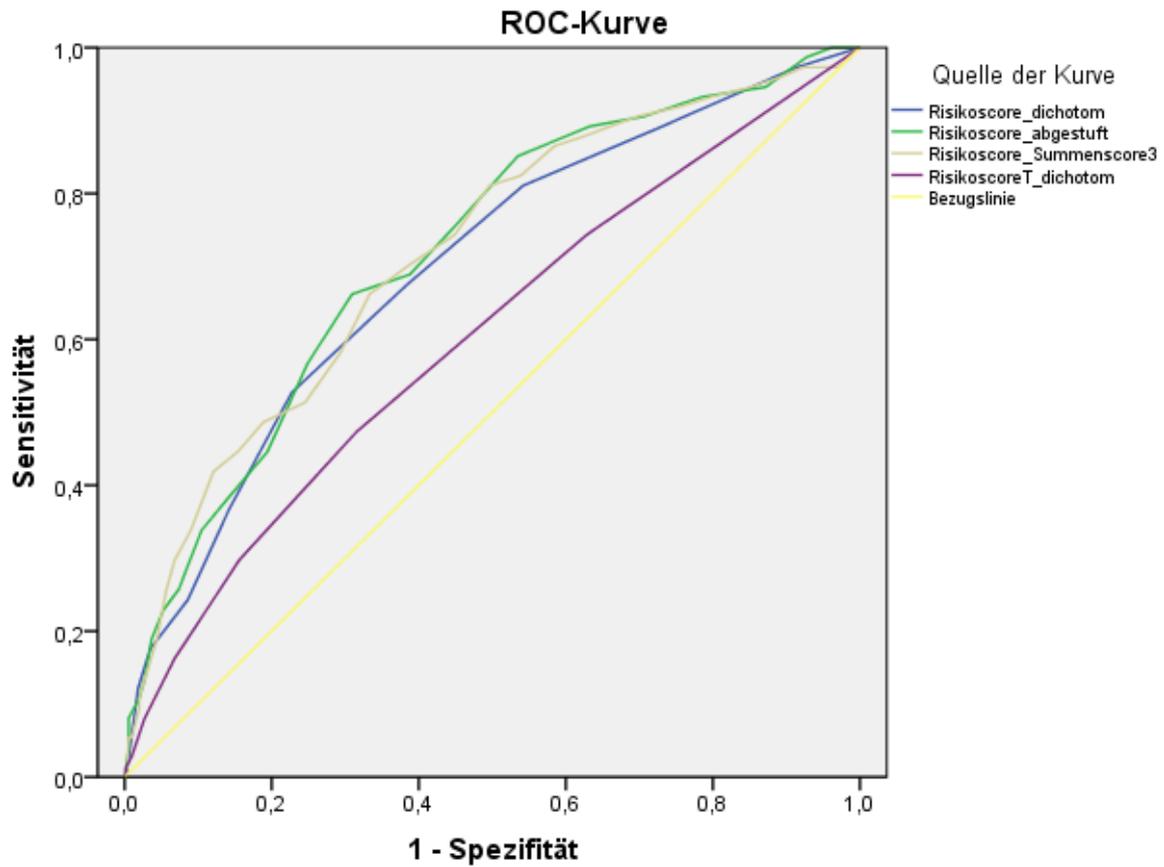


Abbildung 6: Häufigkeiten der gewichteten Risikoscores

Mit dem **Summenscore** der Risiko- und Ressourcenliste können 66 Prozent der Patienten mit einem ungünstigen ICF-Follow-up-Wert bei einem Cut-Off-Wert von 24 identifiziert werden (Sensitivität). Bei diesem Cut-Off-Wert werden auch 33 Prozent der Patienten mit einem im als normal definierten ICF-Follow-up-Wert nicht richtig identifiziert. Der Youden-Index liegt hier bei 0,33. Für den **einfachen Risikoscore** können mit einem Cut-Off-Wert von 5 53 Prozent aller Patienten mit eher ungünstigem ungünstigen ICF-Follow-up-Wert identifiziert werden (Sensitivität), gleichzeitig werden 23 Prozent der Patienten mit „normalem“ ICF-Follow-up-Wert nicht richtig identifiziert (1-Spezifität). Der Youden-Index lag für diesen Cut-Off-Wert des einfachen Risikoscores bei 0,30. Mit dem **gewichteten Risikoscore** können 66 Prozent der Patienten mit einem ungünstigen ICF-Follow-up-Wert bei einem Cut-off-Wert von 6 identifiziert werden (Sensitivität). Bei diesem Cut-Off-Wert werden auch 31 Prozent der Patienten mit einem im als normal definierten ICF-Follow-up-Wert nicht richtig identifiziert. Der Youden-Index liegt hier bei 0,35.

Mit dem Risikoscore der Therapeutenversion konnten 47 Prozent der Patienten mit einem ungünstigen ICF-Follow-up-Wert bei einem Cut-off-Wert 2 richtig identifiziert werden. Jedoch zeigt die Spezifität, dass 32 Prozent nicht richtig eingeordnet werden. Der höchste Youden-Index war 0,16. Die entsprechenden ROC-Kurven für die vier Risikoscores werden in Abbildung 7 dargestellt.



Diagonale Segmente ergeben sich aus Bindungen.

Abbildung 7: ROC-Kurven zu den vier Risikoscores

2.5 Diskussion

Die nun vorliegende Risiko- und Ressourcenliste ist als Screening-Instrument zur Identifikation von Patienten, die bisher wenig von der psychosomatischen Rehabilitation profitieren, gedacht. Ein solches Screening-Instrument sollte praktikabel sein. Dabei sind möglichst wenig Items auszuwählen, die zum einen Patienten nicht mit vielen Fragen zu belasten und zum anderen eine einfache Auswertung ermöglichen. Zudem sollte das Screening-Instrument prognostisch valide sein und eine hohe Sensitivität und Spezifität aufweisen. Diese Komponenten wurden bei der Entwicklung und psychometrischen Evaluation berücksichtigt. So wurde die Auswahl der Items durch inhaltliche, aber auch empirisch belegbare Kriterien geleitet. Es wurden so 20 Items für die Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste ausgewählt und hinsichtlich ihrer prognostischen Validität geprüft.

2.5.1 Limitationen der Studie

Bei der vorliegenden Studie ist zu berücksichtigen, dass alle Patienten stationär behandelt wurden und damit die Risiko- und Ressourcenliste bisher für den Bereich der stationärer psychosomatischen Rehabilitation einzusetzen sind. Kritisch anzumerken ist ebenfalls, dass das Outcome bisher lediglich hinsichtlich der Aktivitäten und der Teilhabe erfasst wurde. Zudem konnte in dieser Stichprobe nur ein Rücklauf von 47 Prozent zum Follow-up-Zeitpunkt erreicht werden. Wenn Patienten, die nicht von der Behandlung profitierten besonders häufig nicht die Follow-up-Fragebogen zurücksendeten, so konnten diese in der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Zudem wurde nicht für Ereignisse, die in den sechs Monaten nach Behandlungsende auftraten, kontrolliert.

Als Ergänzung zu den bisherigen Auswertungen sollte zudem ein weiteres Instrument für die Aktivitäten und die Teilhabe herangezogen werden. Mit dem zum Follow-up eingesetzten IMET liegen dazu bereits Daten vor. Möglicherweise ist die Symptombelastung, wie sie mit dem HEALTH-49 gemessen wurde, ebenfalls wichtig. In weiteren Analysen sollte der Zusammenhang mit der Teilhabe und der Symptombelastung dargestellt werden.

Schließlich mussten im Verlauf der Auswertungen verschiedene Entscheidungen getroffen werden. Die Auswahl der Items erfolgte aufgrund inhaltlicher Überlegungen und empirischer Ergebnisse und wurde innerhalb der Projektgruppe abgestimmt. Für die Berechnung der Risikoscores wurden verschiedene Möglichkeiten vorgeschlagen und geprüft. Allerdings sind hier weitere Optionen denkbar, besonders sollte über die Relevanz der Ressourcen diskutiert werden. Möglicherweise könnten sie die Vorhersage weiter verbessern. Berechnungen dazu werden folgen.

3 SCHLUSSTEIL

3.1 Zusammenfassung

Kenntnisse über die Prädiktoren, besonders für Behandlungsmisserfolg, bieten die Möglichkeit, die Rehabilitation an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen. In diesem Projekt entstand die Risiko- und Ressourcenliste (RiRes-20), die 20 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie allgemeinen Angaben enthält. Die Therapeutenversion umfasst 10 Items.

Die ausgewählten 20 Items der Patientenversion und die 10 Items der Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcenliste wurden hinsichtlich ihrer prognostischen Validität geprüft.

Die Ergebnisse der linearen Regression zeigen eine gute Varianzaufklärung. Mit den 20 Items der Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste können 36 bzw. 39 Prozent der Varianz im ICF-PsychA&P-Gesamtwert zum Follow-up vorhergesagt werden. Mit der Therapeutenversion könnten 13 Prozent der Varianz erklärt werden.

Schließlich wurden drei Möglichkeiten zur Auswertung der Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste sowie zur Definition von Cut-off-Werten als Grundlage für therapeutische Empfehlungen abgeleitet. Durch ROC-Kurven wird deutlich, dass mithilfe der 20 Items der Risiko- und Ressourcenliste 53 bis 66 Prozent der Risikopatienten korrekt identifiziert werden können. Jedoch sind auch hohe „falsch Positive“ (1-Spezifität) zu erwarten. Dies spiegelt sich auch in dem berechneten Youden-Index wieder.

Mit Hilfe der entwickelten Risiko- und Ressourcenliste sollen nun Patienten mit ungünstigen Erfolgsaussichten frühzeitig identifiziert werden, um ihre Therapie anpassen und möglicherweise effizienter gestalten zu können.

3.2 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Nach Abschluss dieses Projekts steht nun eine psychometrisch überprüfte Risiko- und Ressourcenliste zur Verfügung, die Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Patienten nach psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung vorhersagen kann. Anhand der identifizierten Cut-off-Werte kann somit das Risiko für einen Patienten mit späterem ungünstigerem Verlauf gezielter eingeordnet werden. Auf dieser Basis könnten Behandlungsempfehlungen ausgesprochen und Interventionen zugewiesen oder gegebenenfalls speziell für diese Gruppen entwickelt werden, um auch denjenigen Patienten, die bisher nicht nachhaltig von der Behandlung profitierten, eine effektivere Behandlung zu offerieren. Gleichzeitig können diese Ergebnisse auch wertvolle Hinweise

für die Gestaltung der Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Behandlung bereitstellen. Neue an individuellen Risiken orientierte und unter Beteiligung von Patienten und medizinischen Experten entwickelte Behandlungskonzepte bilden den Knotenpunkt zwischen den wissenschaftlichen Ergebnissen den Studien zur Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste ihrer Nutzung in der Praxis. In einem nun folgenden durch den vffr geförderten Projekt werden risikoorientierte Behandlungskonzepte entwickelt. Ihre Implementierung sollte anschließend evaluiert werden.

3.3 Weitere Analysen nach Studienende

Durch die umfangreichen Datensätze sind weitere Auswertungen nach Studienende möglich.

Es ist geplant, die Ergebnisse der qualitativen Auswertung genauer zu analysieren. Hier sind möglicherweise diagnosespezifische Unterschiede in den Krankheitsursachen zu erwarten.

Weiterhin ist auch geplant, den IMET und die Symptombelastung (HEALTH-49) in die Auswertungen einzubeziehen. Der HEALTH-49 wurde in allen vier Kooperationskliniken eingesetzt. Hier sind weitere Auswertungen in Bezug auf die Vorhersage der Symptombelastung geplant.

Hinsichtlich der Cut-off-Werte sollen in weiteren Berechnungen auch die möglichen Ressourcen einbezogen werden. Während die Auswertungen bisher auf einem Risikoscore basieren, können mit einem Risiko- und Ressourcenscore auch positive Faktoren einbezogen werden. Es kann dann ebenfalls mit ROC-Kurven geprüft werden, inwieweit dieser Score den weiteren Verlauf nach der Rehabilitationsbehandlung vorhersagt.

3.4 Transfer in die Routine

Durch die Förderung des vffr ist es in dem Folgeprojekt „Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung“ möglich, gemeinsam mit kooperierenden Kliniken ein Behandlungskonzept zu entwickeln, das die durch die Checkliste identifizierten Risiken und Ressourcen aufgreift. So können die vor allem methodisch orientierten Erkenntnisse der beiden Projekte zur Entwicklung und psychometrischen Überprüfung der Risiko- und Ressourcenliste nun in einem Projekt mit mehr Praxisbezug in die Routineversorgung berücksichtigt werden. Schließlich könnte auch die Wirksamkeit der risikoorientierten Behandlungskonzepte mit einem kontrollierten Design getestet werden. Sollte sich das an individuellen Risiken orientierte Behandlungskonzept als wirksam erweisen, könnte es auf Basis dieser fundierten Evidenz auf andere Rehabilitationskliniken übertragen werden und die Durchführung der Schulungsmodule könnten durch *Train the Trainer*-Seminare weitervermittelt werden.

4 Literatur

- Barth, M. (1997). Konzeption und Evaluation multipler Regressionsanalysen in der anwendungsorientierten klinisch-psychologischen Forschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie* (Bd. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 14, S. 146-160). Göttingen: Hogrefe.
- Brütt, A. L. & Schulz, H. (2012). *Entwicklung einer Risikocheckliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation [Abschlussbericht]*. [pdf-Dokument], Verfügbar unter: [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf) [07.05.2014].
- Brütt, A. L., Schulz, H. & Andreas, S. (2014). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disabil Rehabil*, doi: 10.3109/09638288.09632014.09918189.
- Brütt, A. L., Schulz, H. & Andreas, S. (in press). Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation*.
- 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.
- Buchholz, A. & Brütt, A. L. (2013). Assessments zur Operationalisierung der ICF im Kontext von psychischen Störungen - Ein systematisches Review. *DRV-Schriften, Band 101*, 96-97.
- 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.
- Cabello, M., Mellor-Marsa, B., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J. & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Psychosocial features of depression: a systematic literature review. *J Affect Disord*, 141(1), 22-33.
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DIMDI. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit-ICF. www.dimdi.de, *Buchveröffentlichung in Vorbereitung*.
- 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.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10(11), e1001547.
- Glattacker, M., Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2009). Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(4), 158-169.
- 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.
- Lange, M., Franke, W. & Petermann, F. (2012). Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*, 51(6), 392-397.
- 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.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Üstün, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Perkins, N. J. & Schisterman, E. F. (2006). The inconsistency of "optimal" cutpoints obtained using two criteria based on the receiver operating characteristic curve. *Am J Epidemiol*, 163(7), 670-675.
- 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.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- WHO. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004). *Global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organisation.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.

5 Erfolge und geplante Veröffentlichungen

5.1 Zeitschriftenartikel

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (in Vorbereitung). RiRes.

5.2 Kongressbeiträge

Brütt, A. L., Magaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe- die Perspektive der Patientinnen und Patienten. *DRV-Schriften, Band 101*, 42-44.

Brütt, A. L., Magaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). *Who benefits and why? Barriers and facilitators of treatment success and psychosocial health*. Poster auf der 26th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux.

Brütt, A. L., Magaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin.

Brütt, A. L. & Schulz, H. (2013). Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe- die Perspektive der Patientinnen und Patienten. 8. Reha-Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung in Bayern e.V.: Rehabilitation und Teilhabe- Partizipative Ansätze in Forschung und Praxis, Augsburg.

Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A. L. (2014). *Qualitative und quantitative Analyse der subjektiven Krankheitsursachen von Patienten der psychosomatischen Rehabilitation*. Poster auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin.

5.3 Unveröffentlichte Projektberichte

Niedrich, J., Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A.L. (2014). *Ergebnisbericht für die Wicker-Klinik, Bad Wildungen*. Projektbericht (16 Seiten): UKE.

Niedrich, J., Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A.L. (2014). *Ergebnisbericht für die Klinik am Homberg, Bad Wildungen*. Projektbericht (16 Seiten): UKE.

Niedrich, J., Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A.L. (2014). *Ergebnisbericht für die Curtius Klinik, Bad Malente*. Projektbericht (16 Seiten): UKE.

Niedrich, J., Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A.L. (2014). *Ergebnisbericht für die Segeberger Kliniken*. Projektbericht (16 Seiten): UKE.

5.4 Weitere Aktivitäten

Brütt, A. L. (2013). Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Ermittlung von Risiken und Ressourcen. Weiterbildung Partizipative Sozialforschung, Berlin.



Anhang

Übersicht

- 1: RiRes-P (56 Items)
- 2: RiRes-T
- 3: Ergebnisse der Itemanalyse
- 4: Korrelation der RiRes-Items mit ICF-PsychA&P Outcome (Gesamtwert und Subskalen) und Ergebnisse der Tests auf Zwischensubjekteffekte der Varianzanalysen
- 5: RiRes-P (20 Items)
- 6: RiRes-T
- 7: Abstracts der Kongressbeiträge

1: RiRes-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"/>	niemandem			
	<input type="checkbox"/>	nur einigen ausgewählten Personen			
	<input type="checkbox"/>	vielen Bekannten			
	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ...					
... professionelle Hilfe annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Wenn Probleme auftauchen, fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Ich kann meine eigenen Fehler akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	nie	manchmal	oft	immer	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich habe kein berufliches Umfeld.				
	<input type="checkbox"/>				
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?	<input type="checkbox"/>	Berufstätig, Vollzeit → Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.
	<input type="checkbox"/>	Berufstätig, Teilzeit → Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.
	<input type="checkbox"/>	arbeitslos gemeldet → Bitte fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen Block C-2 fort.
	<input type="checkbox"/>	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.
	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich gehe gerne zur Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch meine Kollegen.... ... meine Vorgesetzten... ...bei der Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Mit meinen Aufgaben bei der Arbeit bin ich...	überfordert <input type="checkbox"/>	in gutem Maße gefordert <input type="checkbox"/>	unterfordert <input type="checkbox"/>	

C-2: berufliche Perspektive

33. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt eher <input type="checkbox"/>	stimmt eher nicht <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	---	---	--



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	nein					
				<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁					
51. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.				ja	nein					
				<input type="checkbox"/> ₀	<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!



2: RiRes-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	manchmal <input type="checkbox"/> ₂	oft <input type="checkbox"/> ₃	immer <input type="checkbox"/> ₄
Diagnosen (nach ICD-10)	_____				
Dauer der Erkrankung	Bis 6 Monate <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.

3: Ergebnisse der Itemanalyse

Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
1. Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...	0=sehr hinderlich 3=sehr förderlich	643	9,7	1,51	0,73	,007	-,275	6,7	7,2
2. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	0=sehr belastend 3=sehr unterstützend	672	5,6	1,54	1,01	-,027	-1,093	17,9	20,8
3. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	0=ja, 1=nein	704	1,1	0,35	0,62	7,525	122,926	66,6	33,3
4. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	0=sehr belastend 3=sehr unterstützend	648	9,0	1,80	1,01	-,311	-1,051	12,3	31,0
5. Haben Sie einen festen Freundeskreis?	0=ja, 1=nein	694	2,5	0,20	0,40	1,501	,254	80,0	20,0
6. Ich unternehme häufig etwas mit anderen Menschen in meiner Freizeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	705	1,0	1,68	0,97	-,270	-,889	14,3	21,7
7. Ich halte auch über das Internet Kontakt zu meinen Freunden.	0=stimmt 3=stimmt nicht	700	1,7	1,83	1,15	-,406	-1,306	18,4	40,3
8. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	0=stimmt 3=stimmt nicht	707	0,7	1,02	0,89	,578	-,416	31,5	7,4
9. Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	0=stimmt 3=stimmt nicht	707	0,7	0,92	1,01	,755	-,616	44,7	10,0
10. Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) beeinträchtigt?	0= nicht beeinträchtigt 3=beeinträchtigt	700	1,7	1,81	0,91	-,353	-,692	9,3	24,9



Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
11. Folgenden Personen habe ich von meiner psychischen Erkrankung erzählt:	0=nie- manden 3=meinem gesamten soz. Umfeld	703	1,3	1,50	0,89	,821	-,742	3,8	23,2
12. Es fällt mir schwer, andere über meine psychische Erkrankung zu informieren.	0=stimmt 3=stimmt nicht	700	1,7	1,28	1,03	,220	-1,125	28,6	14,4
13. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ... professionelle Hilfe annehmen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	701	1,5	0,64	0,73	,881	,077	50,2	1,3
... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	690	3,1	1,32	0,91	,157	-,785	20,0	10,3
14. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	0=stimmt 3=stimmt nicht	694	2,5	0,96	0,92	,720	-,300	35,9	8,4
15. 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	701	1,5	1,79	0,88	-,407	-,471	9,5	20,7
16. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	699	1,8	1,74	0,96	-,220	-,924	11,2	24,9
17. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	699	1,8	1,21	0,82	,236	-,497	19,5	6,0
18. Ich kann meine eigenen Fehler akzeptieren.	0=stimmt 3=stimmt nicht	694	2,5	1,39	0,97	,098	-,976	20,7	14,4
19. Erkennen Sie, wenn sich überfordert sind?	0=nie 3=immer	697	2,1	1,44	0,69	,572	-,040	3,7	7,7
20. 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	703	1,3	0,33	0,62	1,961	3,785	73,4	1,1
21. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein	0=stimmt 3=stimmt	693	2,7	1,35	0,94	,219	-,823	19,5	13,1

Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	nicht								
22. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	0=stimmt 3=stimmt nicht	696 (491)	2,2	2,70	1,13	-,543	-,618	4,9	45,4
23. Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind	kategorial			-	-	-	-	-	-
24. Wie ist Ihre momentane Arbeitssituation?	kategorial	691	2,9	-	-	-	-	-	-
25. Ich bin mit meinen Arbeitsbedingungen zufrieden.	0=stimmt 3=stimmt nicht	469	7,3	1,71	1,03	-,237	-1,089	15,1	27,1
26. Ich gehe gerne zur Arbeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	471	6,9	1,38	1,06	,134	-1,203	25,7	18,5
27. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	473	6,5	1,49	1,01	-,017	-1,100	20,3	18,6
28. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch ... meine Kollegen bei der Arbeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	432	14,6	1,31	1,01	,255	-1,022	25,0	15,3
... meine Vorgesetzten bei der Arbeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	444	12,3	0,92	1,02	,814	-,524	44,6	11,5
29. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	0=stimmt 3=stimmt nicht	459	9,3	1,23	1,25	,340	-1,539	43,8	24,8
30. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	0=stimmt 3=stimmt nicht	459	9,3	0,87	1,09	,909	-,599	52,5	13,9
31. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	0=stimmt 3=stimmt nicht	472	6,7	0,74	0,90	1,049	,194	50,4	6,4
32. Bei der Arbeit bin ich...	0=überford ert, 1=in gutem Maße gefordert, 2=unterfor dert	462	8,7	0,70	0,61	,264	-,625	38,1	7,8
33. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	601	7,8	1,65	1,03	-,185	,100	17,1	24,8
34. Wenn Sie an Ihren	0=sicher 4=auf	490	24,8	2,98	1,38	,986	,110	11,6	10,2

Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	keinen Fall								
35. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?	0=ja, 1=nein	606	14,1	-	-	-	-	58,6	41,4
36. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	0=nein, 1=ja	440	24,1	-	-	-	-	83,2	16,8
37. Was war für Sie wichtig bei der Auswahl der Klinik?	kategorial	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Ich habe mich über die Therapieverfahren der psychosomatischen/ psychotherapeutischen Behandlung informiert.	0=stimmt 3=stimmt nicht	680	4,5	1,19	1,09	,454	-1,100	33,8	17,9
39. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	0=stimmt 3=stimmt nicht	680	4,5	1,03	1,19	,693	-1,097	47,9	20,9
40. 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	685	3,8	0,25	0,51	2,264	5,762	78,7	0,6
41. Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	0=stimmt 3=stimmt nicht	685	3,8	0,35	0,61	1,780	3,244	70,4	1,0
42. Ich werde mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren	0=stimmt 3=stimmt nicht	685	3,8	0,94	0,83	,505	-,473	33,7	3,8



Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
vorgeht.									
43. Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	0=stimmt 3=stimmt nicht	680	4,5	0,56	0,60	,659	,157	48,7	0,4
44. Wissen Sie, wie Ihre Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussehen wird? Wenn ja, wie?	0=ja 1=nein 2=nicht notwendig Offenes Antwortfor- mat	682	4,2	0,67	0,51	-,238	-,896	35,20	62,8 (nein)
45. Wie stehen Sie zur Einnahme von Psychopharmaka als Teil der Behandlung von psychischen Störungen?	kategorial	676	5,1	2,04	1,61	,006	-1,654	-	-
46. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in den letzten vier Wochen beschreiben?	0=ausgezei- chnet 4=schlecht	679	4,6	3,23	0,71	-,567	-,023	0,1	38,6
47. Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.	Wochen	643	9,7	21,5 2	18,4 6	,521	-1,190	6,7 (0)	15,4 (52)
48. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	0=stimmt 3=stimmt nicht	688	3,4	1,38	1,12	,104	-1,378	30,7	20,8
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.	0=gar nicht belastet 10=extrem belastet	683	4,1	7,22	2,22	-,957	,525	0,6	13,8
50. Ich war schon einmal in ambulanter psychologischer/psychot herapeutischer Behandlung.	0=ja 1=nein	650	8,7	-	-	-	-	68,0	32,0
51. Ich war schon einmal in stationärer	0=ja 1=nein	616	13,5	-	-	-	-	34,6	65,4



Item	Skala	N	% fehlen- der Werte*	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Boden- effekte **	Decken- effekte ***
psychologischer/psychot herapeutischer Behandlung.									
52. Wie alt sind sie?	Jahre	690	3,1	46,6 2	11,8 7	-,630	,192	0,3 (16)	0,1 (85)
53. Geschlecht	0=männ- lich 1=weiblich	694	2,5	-	-	-	-	26,7	73,3
54. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	kategorial 0=else, 1=D	694	2,5	-	-	-	-	3,0	97,0
55. In welchem Land sind Sie geboren?	kategorial 0=else, 1=D/DDR	686	3,7	-	-	-	-	8,9	91,1
56. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? -Mutter	kategorial 0=else, 1=D/DDR	691	2,9	-	-	-	-	13,6	86,4
-Vater	kategorial 0=else, 1=D/DDR	681	4,4	-	-	-	-	15,6	84,4

Anmerkungen: *Prozentsatz fehlender Werte relativiert an der Gesamtstichprobe von N=682. Bei Item 22 konnte angegeben werden, dass kein berufliches Umfeld vorhanden war, dementsprechend war die Substichprobe für dieses Item N=486. Bei den Items 25 bis 32 wurden arbeitslos gemeldete und pensionierte Patienten ausgeschlossen, dementsprechend bestand die Substichprobe hier aus N=485. Bei den Items 33 bis 35 wurden pensionierte Patienten ausgeschlossen, dementsprechend bestand die Stichprobe hier aus N=623. Bei Item 36 wurden pensionierte Patienten und Patienten, die bereits einen Rentenantrag gestellt haben ausgeschlossen, dementsprechend bestand die Substichprobe hier aus N=559.

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

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



4: Korrelation der RiRes-Items mit ICF-PsychA&P Outcome (Gesamtwert und Subskalen) und Ergebnisse der Tests auf Zwischensubjekteffekte der Varianzanalysen

Erläuterung: Der Prä-Belastung (ICF-PsychA&P) wurde von der Belastung zum Katamnesezeitraum (ICF-PsychA&P) abgezogen um einen Wert für das Outcome zu bilden. Ein positiver Outcome-Wert repräsentiert somit einer Verbesserung von Prä zu Katamnese und ein negativer Outcome-Wert eine Verschlechterung (stärkere Beeinträchtigungen in der Katamnese als in der prä-Befragung). Die Items wurden so herum gepolt, dass eine hohe Ausprägung ein höheres vermutetes Risiko darstellt. Items die dafür umgepolt werden mussten sind mit einem * markiert.

Bei Risiko- und Ressourcenfaktoren erwarten wir demnach einen negativen Zusammenhang zwischen Item und Outcome (Je stärker das Risikoitem ausgeprägt (also auch je schwächer die Ressource), desto schlechter das Outcome).

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung; Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervaria- nzgleichheit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
1. Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...*	0= sehr förderlich 3 =sehr hinderlich	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,026 ,655 292	-,013 ,825 300	-,028 ,626 300	-,007 ,907 300	-,052 ,375 296	-,016 ,790 298	-,046 ,431 300	0,134	0,019	0,454
2. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...*	0=sehr unterstützend (1,32) 3=sehr belastend (1,73)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,069 ,224 308	,046 ,411 317	,013 ,817 316	-,062 ,273 316	,157** ,006 312	,073 ,199 314	,067 ,235 317	0,098	0,020	0,881
3. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	0=ja, 1=nein	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,037 ,508	-,008 ,892	-,050 ,367	-,084 ,128	,011 ,847	-,051 ,359	-,048 ,385	0,329	0,003	0,232



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichheit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
weiß ich, zu wem ich gehen kann.	3=stimmt nicht	Signifikanz (2-seitig)	,375	,298	,201	,536	,407	,925	,739			
		N	317	328	327	326	321	324	328			
10. Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) beeinträchtigt?	0= nicht beeinträchtigt	Korrelation nach Pearson	,102	,090	,028	-,016	,186**	,111*	,070	0,395	0,009	0,839
	3=beeinträchtigt	Signifikanz (2-seitig)	,070	,105	,620	,776	,001	,047	,207			
		N	315	326	325	324	319	322	326			
11. Folgenden Personen habe ich von meiner psychischen Erkrankung erzählt:*	0=meinem gesamten soz. Umfeld	Korrelation nach Pearson	-,019	-,004	-,017	-,054	,009	,029	-,039	0,549	0,007	0,063
	3=niemanden	Signifikanz (2-seitig)	,739	,943	,759	,333	,870	,611	,479			
		N	313	324	323	322	317	320	324			
12. es fällt mir Schwer, andere über psychische Erkrankung zu informieren	0=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson	-,050	-,044	-,054	-,060	-,069	-,006	-,054	0,117	0,019	0,003
	3=stimmt	Signifikanz (2-seitig)	,377	,431	,331	,284	,217	,919	,327			
		N	315	326	325	324	319	322	326			
13.1. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ...professionelle Hilfe annehmen.	0=stimmt	Korrelation nach Pearson	-,049	-,054	-,050	,029	-,083	-,046	-,038	0,510	0,007	0,398
	3=stimmt nicht	Signifikanz (2-seitig)	,383	,331	,367	,599	,140	,414	,500			
		N	315	326	325	324	320	322	326			
13.2 Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ...Hilfe von anderen Personen aus meinem	0=stimmt	Korrelation nach Pearson	-,007	,000	-,047	,007	-,025	,029	,035	0,341	0,011	0,085
	3=stimmt nicht	Signifikanz (2-seitig)	,897	,998	,399	,895	,652	,602	,531			
		N										



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen							Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion				
sozialen Umfeld annehmen. N	313	322	321	320	315	318	322				
14. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich. 0=stimmt (1,45) 3=stimmt nicht (2,29) N	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,141 ,013 312	-,123 ,027 323	-,140 ,012 322	-,125 ,025 321	-,089 ,115 316	-,097 ,084 319	-,118 ,033 323	0,013	0,034	0,011
15. Wenn Probleme auftauchen, fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann. 0=stimmt (,97) 3=stimmt nicht (2,34) N	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,001 ,984 313	,087 ,119 324	-,062 ,267 323	-,032 ,566 322	-,020 ,717 317	-,013 ,819 320	-,002 ,973 324	0,055	0,024	0,582
16. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen. 0=stimmt (1,05) 3=stimmt nicht (2,19) N	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,034 ,548 313	,066 ,235 324	-,098 ,078 323	-,020 ,716 322	-,024 ,666 317	-,046 ,412 320	-,063 ,261 324	0,009	0,036	0,620
17. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen. 0=stimmt 3=stimmt nicht N	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,057 ,317 315	,058 ,298 326	-,047 ,393 325	-,123 ,027 324	-,087 ,123 319	-,056 ,316 322	-,065 ,243 326	0,119	0,018	0,660
18. Ich kann meine eigenen Fehler akzeptieren. 0=stimmt 3=stimmt nicht N	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,042 ,464 311	,101 ,072 321	,016 ,769 320	,045 ,420 320	-,058 ,308 315	,057 ,308 318	,089 ,113 321	0,900	0,002	0,764
19. Erkennen Sie, wenn sich überfordert sind?*	Korrelation nach Pearson	-,043	-,086	-,021	,041	-,124	-,085	,088	0,065	0,023	0,014



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)									Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen							Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)	
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
	3=nie (2,23)	Signifikanz (2- seitig) N	,450 311	,125 322	,713 321	,461 320	,028 315	,130 318	,116 322			
20. Es belastet mich, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte.*	0=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,018	,030	-,127	,082	-,090	,009	-,010	0,438	0,009	0,045
	3=stimmt		,749 315	,584 326	,022 325	,141 324	,109 319	,869 322	,856 326			
21. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst. (Krankheitsgewinn im privaten Umfeld)*	0=stimmt nicht (2,25)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	,046	,000	,041	,175**	-,043	,021	-,024	0,058	0,024	0,692
	3=stimmt (1,37)		,419 311	,999 322	,461 321	,002 320	,445 315	,715 318	,670 322			
22. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst. (Krankheitsgewinn im Beruf)*	0=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	,051	-,041	,128	,085	,092	,031	,029	0,410	0,013	0,735
	3=stimmt		,442 226	,531 231	,052 231	,198 230	,166 228	,636 230	,656 231			
b_rr23_Vergangenheit_dic hotom	0=nicht als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	,040	,104	,068	-,014	,027	,014	,015	0,821	0,000	0,135
	1=als ursächlich angenommen		,479	,058	,216	,798	,633	,803	,791			
			319	330	329	328	323	326	330			



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)									Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen							Signifikanz des Faktors	partielles Eta-Quadrat	Levene-Test (Fehlervarianzgleichheit)	
		Funktionsniveau	Kommunikation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
b_rr23_bedrohliches_Ereignis_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,043 ,449 319	-,017 ,759 330	-,067 ,226 329	-,026 ,642 328	,004 ,937 323	-,037 ,506 326	,005 ,933 330	0,221	0,005	0,602
b_rr23_Familie_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,024 ,673 319	,017 ,765 330	,073 ,184 329	-,096 ,082 328	,125 ,025 323	,002 ,973 326	-,024 ,658 330	0,666	0,001	0,908
b_rr23_Arbeit_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,028 ,614 319	,059 ,287 330	-,018 ,743 329	,073 ,187 328	-,060 ,281 323	,055 ,322 326	-,046 ,405 330	0,435	0,002	0,537
b_rr23_Stress_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen (1,72) 1=als ursächlich (1,44)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,106 ,058 319	,054 ,329 330	,029 ,595 329	,072 ,193 328	,107 ,054 323	,081 ,147 326	,133 ,016 330	0,039	0,013	0,161
b_rr23_Selbst_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,054 ,340 319	-,008 ,883 330	-,001 ,992 329	,042 ,447 328	,028 ,618 323	,099 ,074 326	,087 ,116 330	0,245	0,004	0,420
b_rr23_Körper_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,065 ,250	-,028 ,617	-,018 ,744	-,017 ,757	-,030 ,589	-,081 ,142	-,121 ,029	0,249	0,004	0,998



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
	N	319	330	329	328	323	326	330				
b_rr23_Genetik_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,028 ,613 319	-,017 ,758 330	-,090 ,102 329	,054 ,331 328	-,033 ,552 323	-,024 ,664 326	-,015 ,787 330	0,414	0,002	0,755
b_rr23_Gesellschaft_dichotom	0=nicht als ursächlich angenommen 1=als ursächlich angenommen	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,028 ,620 319	-,032 ,557 330	-,017 ,760 329	-,035 ,531 328	,003 ,955 323	-,002 ,975 326	-,057 ,300 330	0,529	0,001	0,113
24. Wie ist Ihre momentane Arbeitssituation? (dummy)	0=berufstätig 1=nicht berufstätig oder anderes	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,051 ,372 311	-,013 ,817 321	,036 ,521 320	-,040 ,481 319	-,019 ,736 315	-,023 ,684 318	-,113 ,044 321	0,144	0,007	0,450
25. Ich bin mit meinen Arbeitsbedingungen zufrieden.	0=stimmt 3=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,041 ,549 215	,025 ,712 220	-,092 ,174 220	,004 ,954 219	-,056 ,411 217	-,002 ,977 219	-,066 ,327 220	0,455	0,012	0,434
26. Ich gehe gerne zur Arbeit.	0=stimmt (1,09) 3=stimmt nicht (1,85)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,072 ,288 217	,038 ,574 222	-,054 ,420 222	-,040 ,552 221	-,096 ,159 219	-,099 ,141 221	-,077 ,256 222	0,013	0,049	0,626
27. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig)	-,053 ,433	,068 ,311	-,071 ,293	-,056 ,406	-,095 ,162	-,016 ,816	-,070 ,300	0,332	0,016	0,114



Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
N	218	223	223	222	220	222	223					
28.1 Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch ... meine Kollegen bei der Arbeit.*	0= stimmt nicht 0=stimmt	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,066 ,356 200	,020 ,778 205	,025 ,720 205	,121 ,084 204	-,016 ,821 202	,052 ,463 204	,075 ,284 205	0,783	0,005	0,157
28.2... meine Vorgesetzten bei der Arbeit.*	0= stimmt nicht 0=stimmt	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,075 ,282 206	,075 ,277 211	,002 ,978 211	,176 ,011 210	-,020 ,774 208	,036 ,602 210	,046 ,509 211	0,169	0,024	0,013
29. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	0=stimmt 3=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,063 ,357 216	,046 ,491 222	-,068 ,310 222	,001 ,982 221	-,082 ,229 218	-,114 ,092 221	-,061 ,365 222	0,194	0,022	0,315
30. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	0=stimmt (1,38) 3=stimmt nicht (1,92)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,134 ,052 211	-,059 ,392 216	-,140 ,040 216	-,044 ,523 215	-,071 ,302 212	-,124 ,069 215	-,122 ,074 216	0,085	0,031	0,688
31. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.*	0= stimmt nicht (1,43) 0=stimmt (1,80)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,044 ,517 219	,045 ,506 224	-,068 ,308 224	,094 ,160 223	-,030 ,652 221	,039 ,566 223	,108 ,106 224	0,067	0,032	0,092
32. Bei der Arbeit bin ich unterfordert (Dummy)	0= else (1,59)	Korrelation nach Pearson	,084	,158	,099	-,041	,148	,031	,101	0,090	0,014	0,242



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
	1=angegeben (1,30)	Signifikanz (2-seitig) N	,223 211	,020 217	,146 217	,553 216	,031 214	,648 216	,138 217			
Bei der Arbeit bin ich überfordert (Dummy)	0= else	Korrelation nach Pearson	-,019	,026	-,119	,063	-,082	-,043	-,055	0,123	0,011	0,898
	1=angegeben	Signifikanz (2-seitig) N	,785 211	,708 217	,080 217	,360 216	,235 214	,527 216	,422 217			
33. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	0=stimmt (1,42)	Korrelation nach Pearson	-,012	,062	-,011	,060	-,029	-,020	-,023	0,018	0,036	0,001
	3=stimmt nicht (2,00)	Signifikanz (2-seitig) N	,840 276	,298 284	,848 283	,312 284	,623 282	,739 283	,695 284			
34 .Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	0=sicher (1,07)	Korrelation nach Pearson	-,134*	,013	-,197**	-,084	-,153*	-,104	-,116	0,000	0,100	0,227
	4= auf keinen Fall (2,03)	Signifikanz (2-seitig) N	,044 227	,837 237	,002 237	,198 236	,019 233	,113 235	,075 237			
35. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?*	0=nein (1,17)	Korrelation nach Pearson	-,130*	-,014	-,164**	-,015	-,147*	-,148*	-,132*	0,000	0,067	0,254
	1=ja (2,04)	Signifikanz (2-seitig) N	,029 280	,807 288	,005 287	,798 288	,013 285	,012 287	,025 288			



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)	
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion				
36. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen? 0=nein (1,39) 1=ja (2,18)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,012 ,854 243	-,013 ,834 250	,054 ,395 250	-,047 ,456 249	,071 ,267 245	,035 ,585 248	-,028 ,664 250	0,000	0,062	0,117
38. Ich habe mich über die Therapieverfahren der psychosomatischen/ psychotherapeutischen Behandlung informiert. 0=stimmt 3=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,069 ,224 308	-,001 ,982 318	-,076 ,176 318	-,111* ,048 316	-,039 ,494 311	-,053 ,349 314	-,064 ,258 318	0,210	0,015	0,279
39. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten. 0=stimmt (1,59) 3=stimmt nicht (1,88)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,162** ,005 304	-,089 ,114 314	-,157** ,005 314	-,055 ,329 312	-,163** ,004 307	-,158** ,005 310	-,104 ,065 314	0,027	0,030	0,703
40. Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht. 0=stimmt (1,65) 3=stimmt nicht (1,49)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,144* ,011 310	-,136* ,015 320	-,093 ,097 319	-,128* ,023 318	-,097 ,086 313	-,095 ,090 316	-,160** ,004 320	0,066	0,023	0,291
41. Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde. 0=stimmt (1,57) 3=stimmt nicht (2,42)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,187** ,001 308	-,112* ,046 318	-,105 ,062 318	-,108 ,056 316	-,156** ,006 311	-,187** ,001 314	-,113 ,044 318	0,001	0,055	0,226
42. Ich werde mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin leicht über all das sprechen können, was 0=stimmt 3=stimmt nicht	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,027 ,634	,013 ,818	-,017 ,765	,038 ,503	-,045 ,428	,013 ,820	-,019 ,731	0,312	0,012	0,463



Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
in meinem Inneren vorgeht.	N											
43. Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	0=stimmt (1,49)	Korrelation nach Pearson	-,151	-,080	-,138	-,085	-,098	-,085	-,214	0,002	0,041	0,168
	3=stimmt nicht (2,26)	Signifikanz (2-seitig)	,008	,156	,014	,134	,084	,133	,000			
	N		307	317	316	315	310	313	317			
44. Wissen Sie, wie Ihre Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussehen wird?	0=ja/nicht notwendig	Korrelation nach Pearson	-,024	-,028	-,030	,007	-,010	,061	-,062	0,508	0,001	0,350
	1=nein	Signifikanz (2-seitig)	,673	,614	,599	,896	,866	,283	,271			
	N		309	319	318	317	313	316	319			
45. Ich nehme bereits Psychopharmaka und möchte die Einnahme fortsetzen. (Dummy)	0=ja (2,32)	Korrelation nach Pearson	,127	,091	,135	,069	,046	,140	,085	0,000	0,044	0,151
	1=else (1,49)	Signifikanz (2-seitig)	,027	,109	,017	,227	,427	,014	,133			
	N		302	312	312	310	305	308	312			
Ich nehme bereits Psychopharmaka, möchte sie aber wieder absetzen.(Dummy)	0=ja	Korrelation nach Pearson	-,033	-,019	,041	,008	-,089	-,044	-,033	0,557	0,001	0,926
	1=else	Signifikanz (2-seitig)	,566	,732	,471	,883	,123	,439	,567			
	N		302	312	312	310	305	308	312			
Vorstellbar Psychopharmaka zu nehmen.(Dummy)	0=vorstellbar,	Korrelation nach Pearson	,066	,016	,107	,130	-,073	,072	,086	0,157	0,023	0,585
	1= unter bestimmten Voraussetzungen	Signifikanz (2-seitig)	,411	,844	,174	,101	,357	,367	,274			
	2=nicht vorstellbar	N	159	162	162	160	159	160	162			
46. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in den letzten	0=ausgezeichnet	Korrelation nach Pearson	,008	,064	-,109	,013	,008	,025	-,018	0,050	0,030	0,409
	4=schlecht	Signifikanz (2-	,884	,253	,050	,815	,886	,660	,745			



Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)							Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)	
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion				
vier Wochen beschreiben? seitig) N	310	321	320	319	314	317	321				
47. Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,086 ,148 287	,010 ,862 295	-,071 ,226 295	,077 ,190 294	-,133 ,023 291	-,133 ,022 293	-,118 ,043 295	0,194	0,197	0,250
48. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.*	0=stimmt nicht (1,47) 3=stimmt (2,12) N	-,041 ,470 310	,035 ,532 321	-,055 ,331 320	,026 ,644 319	-,085 ,134 315	-,018 ,751 317	-,065 ,244 321	0,005	0,040	0,386
49. Bitte kreisen Sie rechts die Zahl (0-10) ein, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühl haben.	0=gar nicht belastet 10=extrem belastet N	,011 ,851 310	,036 ,516 321	-,112 ,045 320	,009 ,874 319	,034 ,554 314	,060 ,285 317	,007 ,898 321	0,920	0,024	0,115
50. Ich war schon einmal in ambulanter psychologischer/psychoth erapeutischer Behandlung.	0=ja 1=nein N	-,060 ,302 294	-,083 ,148 304	-,061 ,290 304	-,093 ,106 303	-,005 ,932 297	-,039 ,497 301	-,020 ,723 304	0,940	0,000	0,922



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)									Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen							Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)	
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
51. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	0=ja (1,94) 1=nein (1,46)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,101 ,092 280	,073 ,218 290	,075 ,203 290	,149 ,011 289	-,002 ,976 284	,133 ,024 287	,039 ,509 290	0,013	0,022	0,943
Alter		Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,015 ,787 308	-,087 ,121 319	-,066 ,239 319	-,015 ,791 317	-,009 ,869 312	,046 ,419 315	,004 ,940 319	0,744	0,145	0,390
Geschlecht	0=männlich 1=weiblich	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,061 ,288 309	-,081 ,147 320	-,019 ,734 320	-,140 ,012 318	,049 ,391 313	-,055 ,332 316	-,079 ,157 320	0,638	0,001	0,592
Nationalität_binär	0=D (1,64) 1=else (1,82)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,109 ,055 310	-,110 ,048 321	-,093 ,095 321	-,048 ,395 319	-,076 ,177 314	-,081 ,150 317	-,073 ,193 321	0,073	0,010	0,044
Geburtsland	0=D (1,63) 1=else (2,00)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,130 ,021 314	-,102 ,066 323	-,107 ,056 322	-,121 ,030 321	-,116 ,040 316	-,116 ,039 319	-,111 ,047 323	0,019	0,017	0,191
Geburtsland Mutter	0=D 1=else	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,054 ,344	-,025 ,648	-,041 ,465	-,022 ,694	-,069 ,222	-,091 ,104	-,053 ,340	0,345	0,003	0,245



Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)			Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)						Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
			ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)
				Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion			
	N		314	324	323	322	317	320	324			
Geburtsland Vater	0=D	Korrelation nach Pearson	-,058	-,043	-,026	,009	-,057	-,101	-,080	0,386	0,002	0,523
	1=else	Signifikanz (2- seitig)	,309	,438	,644	,874	,317	,073	,151			
		N	310	320	319	318	313	316	320			
Therapeutenversion: Umgang mit psychischer Erkrankung	0=starke Ressource (1,13)	Korrelation nach Pearson	-,058	-,067	-,065	-,058	-,016	-,064	-,016	0,081	0,027	0,733
	4=starker Risikofaktor (1,62)	Signifikanz (2- seitig)	,318	,244	,257	,314	,784	,265	,783			
		N	303	306	305	306	300	304	306			
Therapeutenversion: Umgang mit Belastungsgrenzen	0=starke Ressource (0,35)	Korrelation nach Pearson	,101	,096	,024	,119	,052	,078	,113	0,040	0,033	0,581
	4=starker Risikofaktor (1,55)	Signifikanz (2- seitig)	,081	,095	,671	,038	,370	,173	,049			
		N	303	306	305	306	300	304	306			
Therapeutenversion: Soziales Umfeld	0=starke Ressource	Korrelation nach Pearson	,062	,105	-,023	-,032	,076	,075	,025	0,281	0,018	0,804
	4=starker Risikofaktor	Signifikanz (2- seitig)	,304	,079	,701	,590	,211	,213	,683			
		N	276	279	278	279	273	277	279			
Therapeutenversion: Familie	0=starke Ressource	Korrelation nach Pearson	,038	,045	,032	-,023	,075	,011	,013	0,606	0,009	0,628
	4=starker Risikofaktor	Signifikanz (2- seitig)	,514	,440	,581	,688	,199	,851	,819			
		N	300	303	302	303	297	301	303			
Therapeutenversion: Freunde	0=starke Ressource (1,07)	Korrelation nach Pearson	-,026	-,044	-,030	-,019	,035	-,011	-,051	0,039	0,033	0,285



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partiell Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
	4=starker Risikofaktor (2,40)	Signifikanz (2- seitig) N	,648 302	,443 305	,606 304	,744 305	,547 299	,855 303	,374 305			
Therapeutenversion: Partnersituation	0=starke Ressource	Korrelation nach Pearson	,001	,030	-,027	-,123	,080	-,004	,013	0,220	0,019	0,471
	4=starker Risikofaktor	Signifikanz (2- seitig) N	,990 295	,609 297	,643 296	,034 297	,174 293	,949 295	,821 297			
Therapeutenversion: Arbeitsumfeld	0=starke Ressource (1,30)	Korrelation nach Pearson	,021	,093	-,043	-,002	-,001	,002	-,014	0,025	0,039	0,378
	4=starker Risikofaktor (1,76)	Signifikanz (2- seitig) N	,723 282	,116 285	,471 284	,977 285	,990 279	,970 283	,810 285			
Therapeutenversion: Chancen auf dem Arbeitsmarkt	0=starke Ressource (1,21)	Korrelation nach Pearson	-,129	-,125	-,129	-,043	-,102	-,121	-,095	0,003	0,053	0,787
	4=starker Risikofaktor (2,10)	Signifikanz (2- seitig) N	,028 292	,032 295	,027 294	,460 295	,083 289	,039 293	,104 295			
Therapeutenversion: Erwartungen an die Behandlung	0=starke Ressource	Korrelation nach Pearson	-,061	-,028	-,007	-,062	-,059	-,050	-,100	0,521	0,011	0,211
	4=starker Risikofaktor	Signifikanz (2- seitig) N	,286 303	,631 306	,899 305	,278 306	,308 300	,389 304	,081 306			
Therapeutenversion: Behandlungsmotivation	0=starke Ressource	Korrelation nach Pearson	-,126	-,124	-,082	-,068	-,133	-,036	-,169	0,197	0,020	0,447
	4=starker Risikofaktor	Signifikanz (2- seitig) N	,029 302	,030 305	,154 304	,240 305	,021 299	,529 303	,003 305			
Therapeutenversion: Beziehungsfähigkeit	0=starke Ressource (1,34)	Korrelation nach Pearson	-,131	-,171	-,072	-,123	-,019	-,081	-,170	0,092	0,027	0,002



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)								Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)			
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichh eit)		
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion					
4=starker Risikofaktor (3,19)	Signifikanz (2- seitig) N	,023 299	,003 302	,210 301	,032 302	,747 296	,162 300	,003 302				
Therapeutenversion: Sekundärer Krankheitsgewinn	0=nie (1,29) 4=immer (1,49)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,113 ,053 295	-,085 ,145 298	-,151** ,009 297	-,121* ,037 298	-,048 ,413 292	-,036 ,539 296	-,136* ,019 298	0,031	0,036	0,254
Therapeutenversion: Dauer der Erkrankung	0=starke Ressource 4=starker Risikofaktor	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	,033 ,572 289	,064 ,274 291	-,049 ,402 290	,027 ,643 291	,073 ,217 285	,020 ,735 289	-,005 ,928 291	0,303	0,017	0,153
Erstdiagnose somatoform_binär	0=nicht angegeben 1= angegeben	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,006 ,918 295	-,020 ,731 298	,004 ,940 297	,000 ,994 298	,022 ,704 292	,022 ,707 296	-,036 ,537 298	0,715	0,000	0,470
Erstdiagnose affektiv_binär	0=nicht angegeben 1= angegeben	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	,052 ,371 295	,072 ,213 298	,013 ,821 297	-,006 ,918 298	,047 ,427 292	,028 ,628 296	,065 ,265 298	0,780	0,000	0,817
Erstdiagnose Anpassungsstörung_binär	0=nicht angegeben 1= angegeben	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2- seitig) N	-,056 ,337 295	-,056 ,333 298	-,052 ,376 297	-,005 ,936 298	-,146* ,013 292	-,009 ,880 296	-,002 ,968 298	0,959	0,000	0,422
Erstdiagnose	0=nicht angegeben	Korrelation	-,121*	-,119*	-,094	-,084	-,058	-,115*	-,071	0,006	0,026	0,791



Abschlussbericht:

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Item (an den Antwortkategorien stehen die Mittelwerte der Extremkategorien des Gesamt-ICF Outcomes zum Katamnesezeitpunkt, wenn diese sich unterscheiden)	Korrelation der RiRes-Items mit dem Outcome (prä-katamnestic Belastung)							Test auf Zwischensubjekteffekte zwischen den Itemabstufungen (AV: ICF Gesamt Outcome; Kovariate: prä-ICF-gesamt Belastung, Faktoren: einzelne Risikoitems)		
	ICF Gesamt Outcome	ICF-Outcome der Subskalen						Signifikanz des Faktors	partielles Eta- Quadrat	Levene- Test (Fehlervari- anzgleichheit)
		Funktions- niveau	Kommunik- ation	Mobilität	Beziehung	Freizeit	Interaktion			
Belastungsstörung_binär (1,58) nach Pearson 1= angegeben (2,29) Signifikanz (2-seitig) N	,038 295	,040 298	,107 297	,147 298	,322 292	,048 296	,222 298			
Erstdiagnose Angststörung_binär 0=nicht angegeben (1,67) 1= angegeben (1,21) Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,147 0,012 295	,118 ,041 298	,117 ,044 297	,167* ,004 298	,125 ,032 292	,132 ,023 296	,040 ,488 298	0,008	0,023	0,322
Diagnosen Anzahl Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,077 ,186 295	,075 ,196 298	-,026 ,657 297	,165** ,004 298	,068 ,247 292	,075 ,197 296	,015 ,791 298	0,446	0,034	0,033

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

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Grau unterlegte Items wurden in die verkürzte Risikocheckliste aufgenommen.

5: RiRes-P (20 Items)

RiRes-P-20				
Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu ihrer Person sowie zu den Themen „soziales Umfeld“, „Umgang mit psychischer Erkrankung“, „Arbeitsituation“ und „Erwartungen an die Behandlung“. Bitte beantworten sie jede Frage.				
A: Soziales Umfeld				
	sehr belastend	eher belastend	eher unterstützend	sehr unterstützend
1. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
3. 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
B: Umgang mit psychischer Erkrankung				
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
4. 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
5. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	immer	oft	manchmal	nie
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
C: Erwartungen an die Behandlung				
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
7. 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
8. 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
9. 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
D1: Arbeitsumfeld				
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
10. Ich gehe gerne zur Arbeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. 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



D2: Berufliche Perspektive				
13. 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
14. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?			nein	ja
			<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
15. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken herum, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen?	nein	ja	Habe bereits einen Antrag gestellt	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
E: Allgemeine Angaben zur Person				
16. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre			
17. In welchem Land sind Sie geboren?	_____			
18. Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!				
19. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.			nein	ja
			<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

6: RiRes-T

Risiko- und Ressourcenlisteliste

	starke Ressource			starker Risikofaktor	
Umgang mit Belastungsgrenzen	++	+	+/-	-	--
Soziales Umfeld	++	+	+/-	-	--
Familie	++	+	+/-	-	--
Freunde	++	+	+/-	-	--
Partnersituation	++	+	+/-	-	--
Arbeitsumfeld	++	+	+/-	-	--
Chancen auf dem Arbeitsmarkt	++	+	+/-	-	--
Behandlungsmotivation	++	+	+/-	-	--
Beziehungsfähigkeit	++	+	+/-	-	--
Sekundärer Krankheitsgewinn	nie <input type="checkbox"/> ₀	selten <input type="checkbox"/> ₁	manchmal <input type="checkbox"/> ₂	oft <input type="checkbox"/> ₃	immer <input type="checkbox"/> ₄
<u>Erstdiagnose</u> (nach ICD-10)	<input type="checkbox"/> ₀ Angststörung <input type="checkbox"/> ₂ Belastungsstörung <input type="checkbox"/> ₁ Andere Störung				

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.
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.

7: Abstracts der Kongressbeiträge

Abstract (Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2013)

Brütt, A. L., Magaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe- die Perspektive der Patientinnen und Patienten. *DRV-Schriften, Band 101*, 42-44.

Prädiktoren für den poststationären Verlauf- die Perspektive der Patienten

Brütt, Anna Levke¹; Magaard, Julia¹; Andreas, Sylke^{1,2}; Schulz, Holger¹

1: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

2: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie

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). Dennoch beschränkt sich die Forschung zu Risikofaktoren zumeist auf etablierte soziodemographische und klinische Charakteristika sowie die Therapiemotivation, weitere Faktoren werden, da sie nicht in Aufnahmefragebögen enthalten sind, nicht in Betracht gezogen. In unserem vom Verein zur Förderung der rehawissenschaftlichen Forschung und Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Schleswig-Holstein (vffr) geförderten Projekt zur Entwicklung einer Risikocheckliste haben wir diese Forschungslücke aufgegriffen und explorativ mögliche Risikofaktoren aus der Sicht von Patienten erhoben.

Methodik: Um die Liste möglicher Risikofaktoren zu erweitern, wurden themenzentrierte Fokusgruppen durchgeführt. Die angeschriebenen Personen waren ein bis zwei Jahre zuvor in stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Von 365 angeschriebenen nahmen 22 Patienten an den Gruppendiskussionen teil. Die Fokusgruppengespräche wurden digital aufgenommen und anschließend wortwörtlich transkribiert. Die Beiträge der Teilnehmer wurden induktiv und in Anlehnung an Mayrings (2008) strukturierende Inhaltsanalyse ausgewertet, zusammengefasst und einem Kategoriensystem zugeordnet.

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 beschreiben. Abbildung 1 gibt einen Überblick mit weiteren Differenzierungen.

Diskussion: Die Exploration der Risikofaktoren zeigt, dass Betroffene verschiedene Faktoren mit dem Erfolg einer Behandlung assoziieren, die bisher nicht in Studien zur Vorhersage des Behandlungserfolgs einbezogen wurden. Gleichzeitig sind etablierte Risikofaktoren, wie Geschlecht und Diagnose in der Wahrnehmung der Betroffenen nicht relevant. Gerade deshalb ist es von Bedeutung, Risikofaktoren multiperspektivisch zu explorieren.

Umsetzung und Ausblick: In dem Projekt wurden ergänzend eine systematische Literaturanalyse mit dem Fokus auf Prädiktoren für den Behandlungsverlauf sowie die Analyse bereits vorliegender Daten (prä-post-6-Monatskatamnese) durchgeführt. Im Anschluss an diese Projektschritte wurde in einem Expertenworkshop über die Relevanz der zuvor identifizierten Prädiktoren und Risikofaktoren diskutiert. Als Resultat entstand eine Risiko- und Ressourcencheckliste (RiRes). Dieses Instrument wird zurzeit in vier Kliniken eingesetzt, um die Vorhersagefähigkeit für den Behandlungsverlauf zu überprüfen. Mit ihrer Hilfe sollen Patienten mit ungünstigen Erfolgsaussichten frühzeitig identifiziert und schließlich ihre Therapie angepasst und möglicherweise effizienter gestaltet werden.

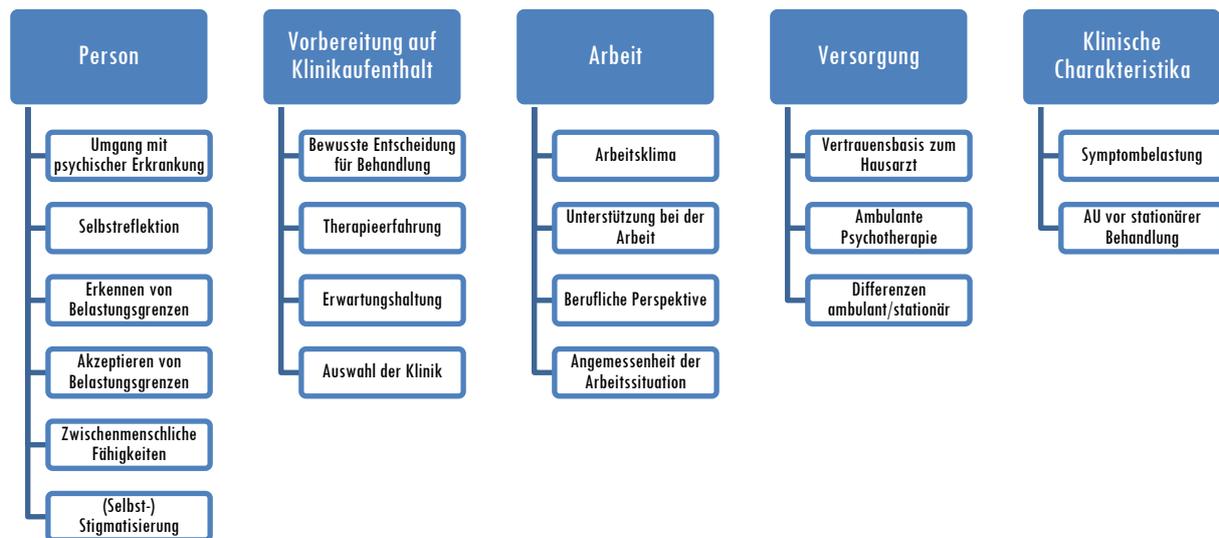


Abbildung: Übersicht zu Risikofaktoren aus Patientensicht

Literatur:

- Barth, M. (1997). Konzeption und Evaluation multipler Regressionsanalysen in der anwendungsorientierten klinisch-psychologischen Forschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie* (Bd. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 14, S. 146-160). Göttingen: Hogrefe.
- Brütt, A. L. & Schulz, H. (2012). *Entwicklung einer Risikocheckliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation [Abschlussbericht]*. [pdf-Dokument], Verfügbar unter: [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf) [07.05.2014].
- Brütt, A. L., Schulz, H. & Andreas, S. (2014). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disabil Rehabil*, doi: 10.3109/09638288.09632014.09918189.
- Brütt, A. L., Schulz, H. & Andreas, S. (in press). Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation*.
- 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.
- Buchholz, A. & Brütt, A. L. (2013). Assessments zur Operationalisierung der ICF im Kontext von psychischen Störungen - Ein systematisches Review. *DRV-Schriften, Band 101*, 96-97.
- 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.
- Cabello, M., Mellor-Marsa, B., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J. & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Psychosocial features of depression: a systematic literature review. *J Affect Disord*, 141(1), 22-33.
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.



- DIMDI. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit-ICF. www.dimdi.de, *Buchveröffentlichung in Vorbereitung*.
- 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.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10(11), e1001547.
- Glattacker, M., Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2009). Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(4), 158-169.
- Lange, M., Franke, W. & Petermann, F. (2012). Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*, 51(6), 392-397.
- 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.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Üstün, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Perkins, N. J. & Schisterman, E. F. (2006). The inconsistency of "optimal" cutpoints obtained using two criteria based on the receiver operating characteristic curve. *Am J Epidemiol*, 163(7), 670-675.
- 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.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- WHO. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004). *Global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organisation.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.

Schlüsselwörter: Risikoscreening, Patientenperspektive, Vorhersage des Behandlungserfolgs



Abstract (EHPS 2013)

Brütt, A. L., Magaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). *Who benefits and why? Barriers and facilitators of treatment success and psychosocial health*. Poster auf der 26th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux.

Who benefits and why? Barriers and facilitators of treatment success and psychosocial health

Brütt, Anna Levke (University Medical Center Hamburg-Eppendorf); Magaard, Julia (University Medical Center Hamburg-Eppendorf); Andreas, Sylke (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, University of Klagenfurt), Schulz, Holger (University Medical Center Hamburg-Eppendorf)

Background: In-patient psychotherapy aims at promoting activities and participation in patients with mental disorders. Although generally effective, some patients do not benefit. Based on the bio-psycho-social concept of health and illness, this study analyses resources and barriers affecting the patients' functioning after in-patient psychotherapy.

Methods: A sample of 23 patients was interviewed in 5 focus group discussions 18 to 24 months after their in-patient stay. The discussions focused on experienced resources and barriers before, during and after the inpatient treatment. Interviews were digitally recorded, transcribed and analysed inductively according to qualitative content analysis.

Results: Analyses show that individual factors and the social environment are regarded as influencing the course after discharge. These themes were complemented by aspects of employment, health care, preparation of the inpatient stay, and clinical characteristics.

Discussion: This study provides information on subjective conditions which facilitate or hinder transfer of skills acquired in-patient therapy to everyday life.

Abstract (DGPPN 2013)

Brütt, A. L., Maggaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin.

Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Brütt, Anna Levke¹; Maggaard, Julia¹; Andreas, Sylke^{1,2}; Schulz, Holger¹

1: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

2: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie

Hintergrund: Das Interesse an einer möglichst genauen Vorhersage des Behandlungsverlaufs der psychosomatischen Rehabilitation hinsichtlich der ICF-basierten Zielkriterien Aktivitäten und Teilhabe ist groß. Kenntnisse über die Prädiktoren, besonders für ungünstige Verläufe, bieten die Möglichkeit, die Behandlung noch gezielter an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen.

Methodik: Zur multiperspektivischen Bestimmung möglicher Risiken und Ressourcen für den Behandlungsverlauf wurden eine Literaturanalyse durchgeführt, Prädiktoren aus vorhandenen Datensätzen ermittelt und in Fokusgruppen mit Patienten und Therapeuten über Barrieren und Förderfaktoren diskutiert. Anschließend wurden die Ergebnisse der drei Arbeitsschritte in einem Expertenworkshop erörtert und zu einer Risiko- und Ressourcenliste zusammengefasst.

Ergebnisse: Die entwickelte Risiko- und Ressourcenliste umfasst die Facetten „soziales Umfeld“, „Eigenschaften der Person“, „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“, „Arbeitsumfeld“, „Vernetzung im Versorgungssystem“ sowie „soziodemographische Charakteristika“ und „klinische Charakteristika“.

Diskussion: Während sich die Forschung zu Risikofaktoren für einen ungünstigen Behandlungsverlauf bisher zumeist an etablierten soziodemographischen und klinischen Charakteristika sowie der Therapiemotivation orientierte, kann mit der Risiko- und Ressourcenliste ein breiteres Spektrum möglicher Barrieren und Förderfaktoren erfasst werden. Zur Überprüfung der Vorhersagefähigkeit werden zurzeit Patienten in vier kooperierenden Rehabilitationskliniken zu Beginn und am Ende der stationären psychosomatischen Behandlung mit der neu entwickelten Risiko- und Ressourcenliste sowie hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe (ICF-PsychA&P) befragt.



Abstract (Reha-Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung in Bayern e.V., 2013)

Brütt, A. L. & Schulz, H. (2013). Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe- die Perspektive der Patientinnen und Patienten. 8. Reha-Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung in Bayern e.V.: Rehabilitation und Teilhabe- Partizipative Ansätze in Forschung und Praxis, Augsburg.

Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen.

Anna Levke Brütt und Holger Schulz

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung: Patienten gelten nicht mehr lediglich als Rezipienten von Versorgungsleistungen sondern als Experten im subjektiven Erleben von und im Umgang mit Krankheit. Immer mehr wird deshalb auch ihre Beteiligung an Forschungsprojekten, zum Beispiel in beratender Funktion durch die Einbringung ihrer Erfahrungen, gefordert. Eine besondere Expertise können Patienten beisteuern, wenn sie ihre funktionale Gesundheit vor dem individuellen Lebenshintergrund beurteilen.

In unserem Projekt wollten wir in einem explorativen Vorgehen die wenige bisher vorliegende Evidenz zu Barrieren und Ressourcen für der Aktivitäten und Teilhabe nach einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung um Faktoren aus der Sicht von Patienten erweitern.

Methode: In themenzentrierten Fokusgruppen wurden Barrieren und Ressourcen für Aktivitäten und Teilhabe, die ehemalige Patienten stationärer psychosomatischer/ psychotherapeutischer Einrichtungen zu Beginn, während und im Anschluss an die Behandlung wahrnahmen, diskutiert. Von 365 angeschriebenen Patienten nahmen 23 an insgesamt fünf Fokusgruppen mit 3 bis 6 Teilnehmern teil. Die Auswertung orientierte sich an der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse. Im Vorgehen der induktiven Kategoriendefinition wurden Kategorien ohne vorab formulierte Theoriekonzepte direkt aus dem Material abgeleitet.

Ergebnisse: Aus den Aussagen der Patienten ließen sich fünf wesentliche Bereiche identifizieren, die sich auf das soziale Umfeld, Ressourcen der Person und ihren Umgang mit der Erkrankung, die Vorbereitung auf die stationäre Behandlung sowie Arbeit und Versorgungsaspekte beziehen. Zudem wurden klinische Charakteristika, wie Symptombelastung und Arbeitsunfähigkeit beschrieben.

Diskussion: Die Exploration der Barrieren und Ressourcen zeigt, dass Patienten verschiedene Faktoren mit dem Erfolg einer Behandlung assoziieren, die bisher nicht in Studien zur Vorhersage des Behandlungserfolgs einbezogen wurden. Gleichzeitig sind etablierte Risikofaktoren, wie Geschlecht und bestimmte Diagnosen in der Wahrnehmung der Betroffenen nicht relevant. Gerade deshalb ist es von Bedeutung, Barrieren und Ressourcen multiperspektivisch zu explorieren.

Ausblick: Unser kontextorientierte Ansatz, in dem vor allem Umwelt- und personbezogene Faktoren als Barrieren und Ressourcen identifiziert wurden, zeigt die Bedeutung des Einbezugs von Patienten als Experten für ihren individuellen Lebenshintergrund in Forschungsprojekte. Dennoch wurde die Patientenbeteiligung zunächst ausschließlich in der ersten, explorativen Projektphase umgesetzt. In weiteren Projekten halten wir es aufgrund dieser Erfahrungen für erstrebenswert, Patienten nicht nur konsultierend, sondern partnerschaftlich und in den gesamten Forschungsprozess einzubeziehen. Entsprechende Modelle werden von unserer Arbeitsgruppe gerade erarbeitet und sollen in Folgeprojekten evaluiert werden.



Abstract (Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2014)

Magaard, J., Schulz, H. & Brütt, A. L. (2014). *Qualitative und quantitative Analyse der subjektiven Krankheitsursachen von Patienten der psychosomatischen Rehabilitation*. Poster auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin.

Qualitative und quantitative Analyse der subjektiven Krankheitsursachen von Patienten der psychosomatischen Rehabilitation

Magaard Julia¹, Schulz Holger¹, Brütt Anna Levke¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Subjektive Vorstellungen von Patienten hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankungen sind von zentraler Bedeutung für die Behandlung, da sie das krankheitsbezogene Verhalten beeinflussen. Annahmen über die Ursachen der eigenen Erkrankung können beispielsweise die Behandlungspräferenzen sowie die Behandlungcompliance beeinflussen.

Ziel: Die subjektiven Krankheitsursachen von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sollen exploriert, analysiert, in Kategorien zusammenfasst und quantitativ ausgewertet werden.

Methode: Patienten der psychosomatischen Rehabilitation wurden zu Behandlungsbeginn nach den wichtigsten drei Ursachen für ihre Erkrankung gefragt. Von 579 befragten Patienten gaben 547 mindestens eine Ursache an. Insgesamt wurden 1491 Ursachen genannt. Durchschnittlich nannten die Patienten 2,78 Ursachen. Zwei unabhängige Rater erstellten zunächst induktiv und unabhängig voneinander Kategoriensysteme, welche in wiederholten Diskussionen verglichen und harmonisiert wurden. Bei der anschließenden unabhängigen Kategorisierung aller 1491 Ursachen wurde eine Interrater-Reliabilität mit einem Kappa von .88 erreicht. Über nicht übereinstimmende Zuordnungen wurde diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde. Der qualitativen Analyse folgte eine quantitative Auswertung der Häufigkeiten.

Ergebnisse: Die Ursachen konnten neun Bereichen zugeordnet werden. Ursachen aus den Bereichen Probleme im sozialen Umfeld und Probleme im Beruf wurden mit je 20,3 % am häufigsten genannt. Die Ursachen im Bereich Probleme im sozialen Umfeld umfassen allgemeine Probleme in der Familie, Probleme in der Partnerschaft, Krankheit naher Angehöriger, Isolation und fehlende Wertschätzung sowie Trennungen. Ursachen innerhalb der eigenen Person wurden mit 17,2 % genannt. 14,5 % der Ursachen bezogen sich auf bedrohliche Ereignisse. Je unter 10 % der Ursachen bezogen sich auf unspezifischen Stress und Überforderung (9,5 %) Ursachen im Bereich Kindheit, Jugend, Elternhaus (7,1 %) und körperliche Beschwerden und Erkrankungen (6,2 %).

Diskussion: Patienten heben die Bedeutung von Faktoren im sozialen und beruflichen Umfeld heraus. Für eine an den Vorstellungen der Patienten orientierte Behandlung sollte den Patienten der Zusammenhang ihrer subjektiven Krankheitsursachen und der gewählten Behandlung verdeutlicht werden. Bei Passungsproblemen von subjektiven Ursachen und der Behandlung sollten diese im Gespräch mit dem Patienten thematisiert werden.

Abstract (Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2014, nicht angenommen)

Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf nach stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation

Brütt, Anna Levke¹; Magaard, Julia¹; Andreas, S.^{1,2}; Schulz, Holger¹

1: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

2: Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie

Einleitung: Neben der Symptomreduktion sind die soziale Teilhabe und die Wiedergewinnung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung wichtige Ziele der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Für die erfolgreiche und nachhaltige Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen ist es sinnvoll, ICF-orientiert Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und in der Partizipation zu analysieren (Farin, 2011). Eine möglichst genaue Vorhersage des Behandlungsverlaufs hinsichtlich der Aktivitäten und der Teilhabe nach einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation bietet die Möglichkeit, die Behandlung noch gezielter an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011).

Methodik: Zur multiperspektivischen Bestimmung möglicher Risiken und Ressourcen für den Behandlungsverlauf hinsichtlich der Aktivitäten und der Teilhabe wurden eine Literaturanalyse durchgeführt, Prädiktoren aus vorhandenen Datensätzen ermittelt und in Fokusgruppen mit Patienten und Therapeuten über Barrieren und Förderfaktoren diskutiert. Anschließend wurden die Ergebnisse der drei Arbeitsschritte in einem Expertenworkshop erörtert. Auf dieser Basis wurden Fragen für eine Risiko- und Ressourcenliste formuliert, in kognitiven Interviews mit Patienten diskutiert und die Pilotversion in einer ersten Studie mit n=208 Patienten auf ihre Praktikabilität geprüft.

Ergebnisse: Die zentralen Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte werden in Abbildung 1 dargestellt.

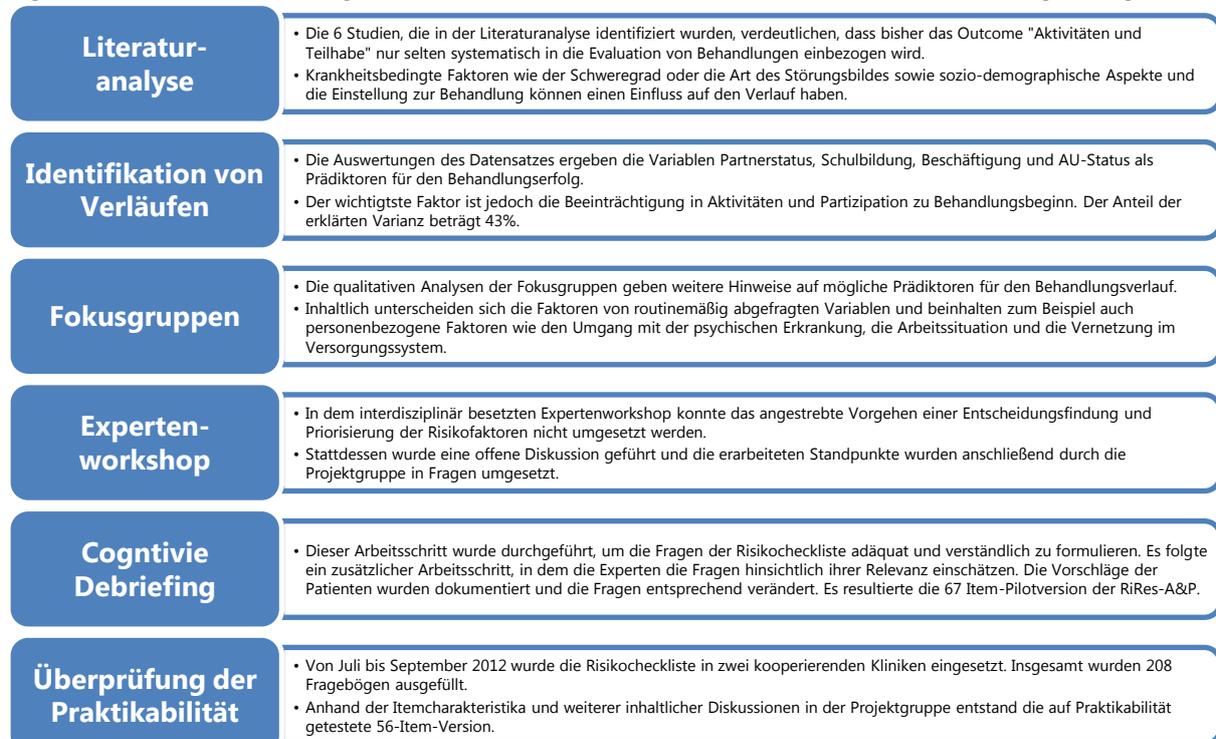


Abbildung: Überblick über die Schritte zur Entwicklung der Risiko- und Ressourcenliste



Die entwickelte Risiko- und Ressourcenliste umfasst mit 56 Items die Facetten „soziales Umfeld“, „Eigenschaften der Person“, „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“, „Arbeitsumfeld“, „Vernetzung im Versorgungssystem“ sowie „soziodemographische Charakteristika“ und „klinische Charakteristika“. Zusätzlich entstand eine kürzere Version für Therapeuten.

Diskussion: Während sich die Forschung zu Risikofaktoren für einen ungünstigen Behandlungsverlauf bisher zumeist an etablierten soziodemographischen und klinischen Charakteristika sowie der Therapiemotivation orientierte, kann mit der Risiko- und Ressourcenliste ein breiteres Spektrum möglicher Barrieren und Förderfaktoren erfasst werden.

Ausblick: In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob die erstellte Risiko- und Ressourcenliste psychometrischen Kriterien genügt und den Verlauf von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen nach der stationärer Rehabilitation vorhersagen kann. Durch den Einsatz einer reliablen und validen Risikocheckliste könnte die Behandlungs- und Nachsorgeplanung speziell auf den Bedarf der Patienten ausgerichtet und damit effizienter gestaltet werden.

Danksagung: Herzlichen Dank an die Patienten und Mitarbeiter der Wicker-Klinik und der Klinik am Homberg in Bad Wildungen, der Curtius Klinik in Bad Malente und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychosomatischen Klinik der Segeberger Kliniken Gruppe in Bad Segeberg, die uns bei der Durchführung dieser Studie unterstützt haben. Weiterhin danken wir dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (*vffr*).