

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

Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung

Dr. Anna Levke Brütt und Prof. Dr. Holger Schulz (Projektleitung)

BA Jasmin Niedrich (wissenschaftliche Hilfskraft)

**Wiebke Rahmann, Anja Schreier, Evelyn Schellenberger (studentische
Praktikantinnen)**

Abschlussbericht

September 2017

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	5
2	HAUPTTEIL.....	6
2.1	Methoden.....	6
2.2	Durchführung der Studie.....	8
2.3	Datenerhebung.....	8
2.3.1	Gruppendiskussionen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	9
2.3.2	Dokumentation der Behandlungsangebote durch studentische Praktikantinnen	11
2.3.3	Workshops zur Entwicklung von risikoorientierten Behandlungskonzepten	12
2.4	Resultate	13
2.4.1	Gruppendiskussionen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	13
2.4.2	Dokumentation der Behandlungsangebote durch studentische Praktikantinnen	16
2.4.3	Workshops zur Entwicklung von risikoorientierten Behandlungskonzepten	22
2.5	Diskussion	24
2.5.1	Limitationen der Studie.....	24
3	SCHLUSSTEIL.....	25
3.1	Zusammenfassung.....	25
3.2	Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse	25
3.3	Transfer in die Routine	25
4	LITERATUR.....	26
5	ERFOLGTE UND GEPLANTE VERÖFFENTLICHUNGEN.....	27
5.1	Zeitschriftenartikel	27
5.2	Buchartikel	27
5.3	Kongressbeiträge	27
5.4	Eingeladene Vorträge	27
5.5	Unveröffentlichte Projektberichte.....	27



ANHANG.....	28
Übersicht.....	28
1: Risiko- und Ressourcenliste	29
2: Leitfaden für die Fokusgruppen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	31
3: Kodierleitfaden für die Dokumentation des Behandlungsangebots.....	35
4: Abstracts der Kongressbeiträge	40
4: Abstracts der Kongressbeiträge	41
4: Abstracts der Kongressbeiträge	43
5: Folien zum eingeladenen Vortrag	45



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienablauf.....	6
Abbildung 2: Übersicht zu Erhebungs- und Messinstrumenten.....	8
Abbildung 3: Ausschnitt aus dem Leitfaden für die Fokusgruppen (exemplarisch für die Dimension "Soziales Umfeld" der Risiko- und Ressourcenliste).....	10
Abbildung 4: Beobachtungsbogen für die Dokumentation der Behandlungsangebote	12
Abbildung 5: Berücksichtigung der Risiken und Ressourcen im Behandlungsangebot der Klinik 1	18
Abbildung 6: Berücksichtigung der Risiken und Ressourcen im Behandlungsangebot der Klinik 2	21
Abbildung 7: Darstellung des risikoorientierten Behandlungskonzepts in Klinik 1	22
Abbildung 8: Behandlungskonzept für Klinik 2.....	23



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationspartner.....	7
Tabelle 2: Anzahl beobachteter Behandlungsangebote und Gruppierung in Klinik 1.....	16
Tabelle 3: Anzahl beobachteter Behandlungsangebote und Gruppierung in Klinik 2.....	19

1 EINLEITUNG

1.1 Theoretischer Hintergrund

In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen 28 Prozent (Jacobi et al., 2014). Psychische Störungen führen zu vielfältigen psychosozialen Beeinträchtigungen (Cabello et al., 2012; Ferrari et al., 2013; Moussavi et al., 2007; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004). Gerade diese Funktionseinschränkungen machen es notwendig, neben den Symptomen die Beeinträchtigungen in psychosozialen Bereichen zu behandeln. So sollte die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen nicht nur auf die Reduktion der Symptome ausgerichtet sein, sondern zudem darauf abzielen, ihre soziale Integration und ihre Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung zu verbessern.

Seit 2001 steht mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ (DIMDI, 2005; WHO, 2001) ein Klassifikationssystem zur Verfügung, das die Funktionsfähigkeit von Menschen vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Modells beschreibt und damit neben Körperfunktionen und -strukturen auch Aktivitäten und Teilhabe berücksichtigt. Des Weiteren bezieht die ICF Kontextfaktoren, unterteilt in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, für die Beschreibung von Gesundheit mit ein.

Obwohl in Deutschland die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen konzeptionell an der ICF ausgerichtet ist, schreitet die praktische Anwendung langsam voran (Wenzel & Morfeld, 2017). Zudem sind Wirksamkeitsüberprüfungen vorrangig an symptom-basierten Skalen (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann, & Nübling, 2007) orientiert. Um die Anwendung der ICF zu forcieren, sind spezifische Messinstrumente, aber auch ihr Einsatz in der Rehabilitationsbehandlung notwendig.

Mittlerweile existieren an der ICF orientierte Instrumente. So identifizierten Buchholz, Spies und Brütt (2015) 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/psychosomatischen Erkrankungen 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 et al., 2015). Über diese Instrumente kann der Rehabilitationserfolg ICF-orientiert gemessen werden.

Ein weiterer Schritt in der systematischen Anwendung der ICF in der Rehabilitation liegt in der Berücksichtigung des Konzepts für die Planung in der Rehabilitationsbehandlung. 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 frühzeitige Identifikation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 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 mit höheren Werten auf dieser Skala die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in das Erwerbsleben ein Jahr nach der Rehabilitation sinkt (Bürger & Deck, 2009).

Ein ICF-orientiertes Screening mit speziellen Fokus auf Kontextfaktoren, die Aktivitäten und Teilhabe nach der Rehabilitation vorhersagen kann, fehlte bisher. In dem durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (*vffr*) geförderten Projekt 158 zur „Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“ konnte unsere Arbeitsgruppe 56 Items zusammenstellen (Risiko- und Ressourcenliste, RiRes-56), mit der die Einschätzungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Therapeutinnen und Therapeuten zu individuellen Risikowerten zusammengefasst werden können, die einen ungünstigen poststationären Verlauf hinsichtlich Aktivitäten und Partizipation anzeigen könnten (Brütt & Schulz, 2012).

Im Rahmen des Projekts 158 wurden vorliegende Forschungsergebnisse durch explorative Ansätze ergänzt, um eine Risiko- und Ressourcenliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe bei Patientinnen und Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen zu entwickeln. Im ersten Schritt wurden in einer systematischen Literaturrecherche Katamnesestudien im Bereich der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation 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 Patientinnen und Patienten (k=5 Fokusgruppen) sowie 5 Therapeutinnen und Therapeuten (k=1 Fokusgruppe) interviewt. Es wurde über Ressourcen und

Barrieren nach der stationären Rehabilitation diskutiert. Die Ergebnisse dieser Schritte wurden mit neun Expertinnen und Experten aus psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachkliniken, der deutschen Rentenversicherung Nord und Bund sowie einem Patientenvertreter im Rahmen eines Expertenworkshops intensiv erörtert. Inhaltlich orientiert an den Diskussionsergebnissen wurden Fragen formuliert und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertenworkshops sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorgelegt. Die Anmerkungen zu Inhalt und Verständlichkeit wurden aufgenommen und führten zu einer Reduktion der Itemzahl. In einer Praktikabilitätsprüfung wurde die Risikocheckliste von 217 Patientinnen und 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 war es zudem 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 Erkrankungen 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. Deshalb wurde im Anschluss das ebenfalls vom *vffr* geförderte Projekt 173 zur „Psychometrischen Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“ durchgeführt.

In diesem Projekt entstand die Risiko- und Ressourcenliste (RiRes-20), die 20 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zum Arbeitsumfeld und zur beruflichen Perspektive, 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. Dazu wurden Daten von n=712 Patientinnen und Patienten in psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung erhoben. Die meisten dieser Patienten (n=593, 83,3%) füllten auch einen Fragebogen zu Behandlungsende aus. Der Rücklauf zum Follow-up (6 Monate nach Behandlungsende) betrug 47 Prozent (n=335). Komplette prä-post-Follow-up-Datensätze lagen von n= 308 Patientinnen und Patienten vor. Für insgesamt n=642 (90,2%) Patienten lag zudem eine Einschätzung der Risiken- und Ressourcen durch den behandelnden Therapeuten vor.

Hinsichtlich der prognostischen Validität zeigen die Ergebnisse der linearen Regression eine gute Varianzaufklärung. Mit den 20 Items der Patientenversion der Risiko- und Ressourcenliste können 36 bzw. 39 Prozent der Varianz in Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF-PsychA&P-Gesamtwert, Brütt, Schulz, & Andreas, 2015a, 2015b) zum Follow-up vorhergesagt werden. Mit der Therapeutenversion konnten 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 wurde 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 spiegelte sich auch in dem berechneten Youden-Index wieder.

Nach Abschluss des Projekts 173 stand eine psychometrisch überprüfte Risiko- und Ressourcenliste (RiRes-20) zur Verfügung, die Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Patientinnen und Patienten nach psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlung vorhersagen kann. Anhand der identifizierten Cut-off-Werte kann somit das Risiko für eine Patientin oder einen Patienten mit späterem ungünstigerem Verlauf gezielter eingeordnet werden (Brütt, Maggaard, & Schulz, 2012).

Der Einsatz der Risiko- und Ressourcenliste in der rehabilitativen Praxis war nach Abschluss der psychometrischen Überprüfung möglich. Um nicht nur ein neues Messinstrument zur Verfügung zu stellen, sondern auch seinen Einsatz zu forcieren, wurde das hier berichtete *vffr*-geförderte Projekt 182 „Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung“ durchgeführt. Eine im Rahmen dieses Projekts geplante Einsatzmöglichkeit bezieht sich auf die Ableitung von Behandlungsempfehlungen auf Basis des Screenings mit der RiRes-20. Nach einem Screening können in der Folge Behandlungsempfehlungen ausgesprochen und Interventionen zugewiesen oder gegebenenfalls speziell für diese Gruppen entwickelt werden, um auch denjenigen Patientinnen und Patienten, die bisher nicht nachhaltig von der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation profitierten, eine effektivere Behandlung anzubieten. Neue an individuellen Risiken orientierte und unter Beteiligung von Patientinnen und Patienten und medizinischen Expertinnen und Experten entwickelte Behandlungskonzepte bilden so den Knotenpunkt zwischen den wissenschaftlichen Ergebnissen der Studien zur Entwicklung und psychometrischen Überprüfung der Risiko- und Ressourcenliste ihrer Nutzung in der rehabilitativen Praxis.

1.2 Fragestellung

Im Rahmen des Projekts 182 sollte der individuelle Bedarf der Risikopatientinnen und Risikopatienten abgeschätzt und an Risiken orientierte Behandlungsangebote erfasst bzw. ggf. neu entwickelt werden um auf dieser Basis ein risikoorientiertes Behandlungskonzept zu implementieren.

Folgende Fragen sollten beantwortet werden:

1. Welchen individuellen Bedarf haben die Risikopatientinnen und Risikopatienten?
2. Kann der individuelle Bedarf von Risikopatientinnen und Risikopatienten durch vorhandene Behandlungsangebote gedeckt werden?
3. Welche zusätzlichen Behandlungsangebote sind zu entwickeln?
4. Lassen sich risikoorientierte Behandlungskonzepte in Form von Zuweisungsdiagrammen erstellen, mit deren Hilfe Patientinnen und Patienten ihren individuellen Risiken entsprechende Behandlungsangebote zugewiesen werden können?

2 HAUPTTEIL

2.1 Methoden

Im Rahmen des Projekts wurde ein exploratives Vorgehen gewählt, um risikoorientierte Behandlungskonzepte in den kooperierenden Kliniken zu entwickeln. In dem Projekt wurden in der ersten Arbeitsphase der individuelle Bedarf von Risikopatientinnen und Risikopatienten sowie die Passung zu bereits vorhandenen Behandlungsangeboten ermittelt. In der zweiten Arbeitsphase erfolgte die Entwicklung der risikoorientierten Behandlungskonzepte (siehe Abbildung 1).

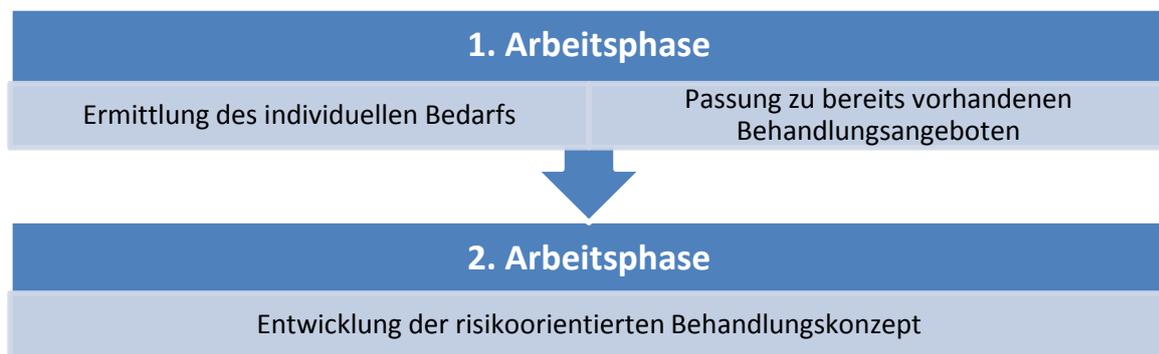


Abbildung 1: Studienablauf

Im Projektantrag wurde beschrieben, dass auf Basis des im Rahmen des *vffr*-geförderten Projekt 173 (Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation) erhobenen Datensatzes Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ($n = 24$) identifiziert werden sollten, die sechs Monate nach Beendigung einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung hohe Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation aufwiesen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit hohen Risikowerten sollten in Telefoninterviews gefragt werden, ob sich an dieser Situation etwas verändert hat, ob in der Klinik diesbezügliche Reha-Leistungen angeboten wurden und welche weitere Unterstützung sie sich in Bezug auf ihre individuelle Situation gewünscht hätten. Die Antworten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den durchgeführten Telefoninterviews machten deutlich, dass sie sich nicht ausreichend genau an die stationäre psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung erinnern konnten. Auf dieser Basis konnten wir keine Schlussfolgerungen zum individuellen Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ziehen. Da die Telefoninterviews nicht die erwarteten Informationen lieferten, wurde die Methodik, um Fragestellung 1 (Welchen individuellen Bedarf haben die Risikopatientinnen und Risikopatienten?) zu beantworten, verändert. Zur Ermittlung des

individuellen Bedarfs wurden stattdessen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die in den kooperierenden Kliniken an einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung teilnahmen, durchgeführt. Die Stichprobe wurden in drei kooperierenden Kliniken (Curtius Klinik Malente; Segeberger Kliniken GmbH; Klinik am Homberg, Bad Wildungen; siehe Tabelle 1) rekrutiert.

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

Weiterhin stellte sich nach den Kooperationsgesprächen mit den Kliniken heraus, dass es sinnvoll wäre, als Basis für die Entwicklung eines risikoorientierten Behandlungskonzepts die vorhandenen Behandlungsangebote und –inhalte zu dokumentieren und ihren Bezug zu den mit der RiRes-20 erfassten Risiken und Ressourcen zu verdeutlichen. Entsprechend wurde eine Dokumentation eingesetzt, um die Fragestellung 2 (Kann der individuelle Bedarf von Risikopatientinnen und Risikopatienten durch vorhandene Behandlungsangebote gedeckt werden?) zu beantworten.

Die Dokumentation der Behandlungsangebote ersetzte die zunächst geplanten Fokusgruppen mit dem therapeutischen Personal (Fragestellung 3: Welche zusätzlichen Behandlungsangebote sind zu entwickeln?). In dem veränderten Vorgehen dienten die Ergebnisse der Fokusgruppen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Dokumentation nun gemeinsam als Basis für die Workshops, in denen das risikoorientierte Behandlungskonzept mit Leitung und Therapeutinnen und Therapeuten der kooperierenden Kliniken abgestimmt wurden (siehe Abbildung 2).

Um die Fokusgruppen sowie die Dokumentation zur Beantwortung der drei Fragestellungen durchzuführen, haben wir studentische Praktikantinnen eingesetzt. Die studentischen Praktikantinnen hospitierten in den kooperierenden Kliniken und dokumentierten die Inhalte verschiedener Behandlungsangebote.

Entsprechende Änderungen im Vorgehen haben wir in den Monitoring-Berichten angekündigt und beschrieben.

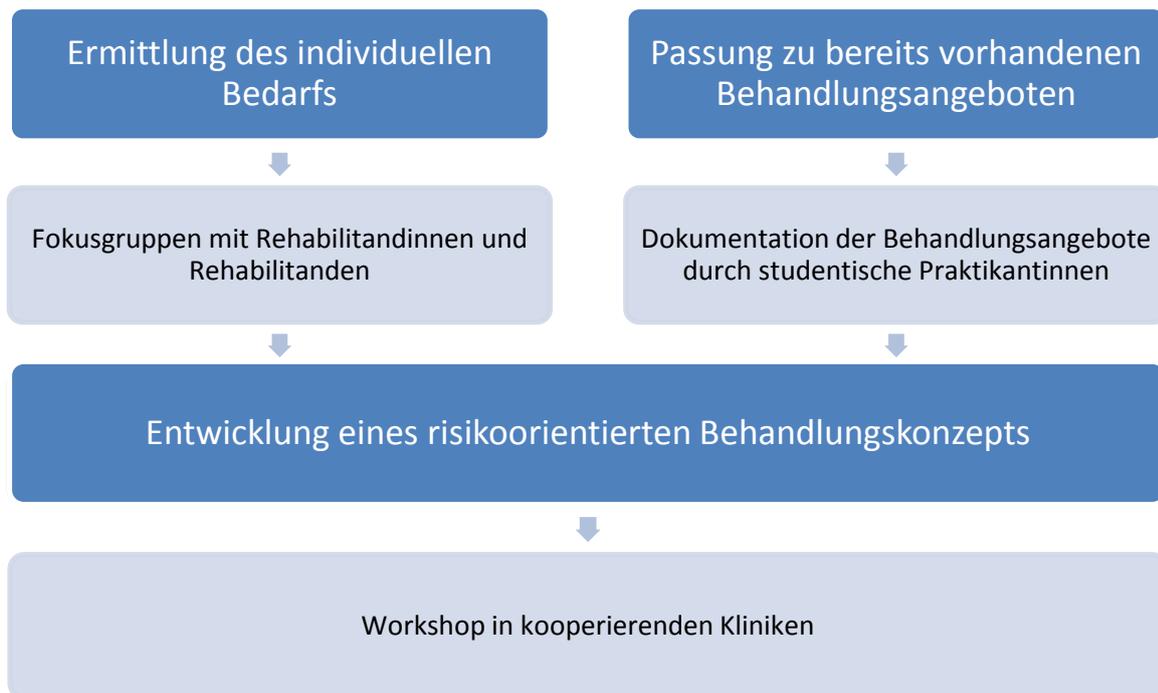


Abbildung 2: Übersicht zu Erhebungs- und Messinstrumenten

2.2 Durchführung der Studie

Das Projekt begann am 01. März 2014 und erstreckte sich über den Zeitraum von 22 Monaten. In den ersten sechs Monaten wurden zunächst die beschriebenen Telefoninterviews geführt. Als sich herausstellte, dass diese keine auswertbaren Informationen lieferten, wurde die Methodik überarbeitet. Es erfolgten weitere Absprachen mit den kooperierenden Kliniken. Durch die methodischen Veränderungen verzögerte sich die Datenerhebung wie in den Monitoringberichten beschrieben. Die Fokusgruppen sowie die Dokumentation der Behandlungsangebote fanden im Rahmen der Praktika von Januar bis Juni 2015 statt. Die Workshops in den kooperierenden Kliniken wurden im Oktober 2015 durchgeführt. Das Projekt endete am 31. Dezember 2015.

2.3 Datenerhebung

Die Planung und Durchführung der Datenerhebung wurde in den kooperierenden Kliniken abgestimmt. Zur Unterstützung wurden in den drei kooperierenden Kliniken studentische Praktikantinnen eingesetzt, die die Studie koordinierten. Dazu haben drei Studentinnen des Masterstudiengangs „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Universität Flensburg ein vierwöchiges Praktikum in den kooperierenden Rehabilitationskliniken absolviert. Zur Vor- und Nachbereitung gab es weitere Praktikumsphasen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

2.3.1 Gruppendiskussionen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Der individuelle Bedarf der Risikogruppe wurde mit Hilfe eines explorativen Vorgehens identifiziert. Dieses wurde im Rahmen von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die an einer der kooperierenden Kliniken eine stationäre psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation absolvierten, umgesetzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten in den Fokusgruppen über Risikofaktoren und therapeutische Angebote und darüber, welche weitere Unterstützung sie sich in Bezug auf ihre individuelle Situation gewünscht hätten.

2.3.1.1 Auswahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte diagnoseunabhängig über persönliche Ansprache sowie schriftliche Einladungen in den kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken durch die studentischen Praktikantinnen. Bei der Auswahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde drauf geachtet, dass diese psychisch in einem relativ stabilen Zustand waren. Voraussetzung für die Teilnahme am Interview war, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zum Zeitpunkt des Interviews mindestens in der vierten Woche ihres Aufenthalts waren. Dies sollte sicherstellen, dass sie mit dem Behandlungsangebot gut vertraut waren. Die potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in den kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken über die Studie informiert. Hierzu wurden Studieninformationsmaterialien bereitgestellt. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konnten anschließend schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben.

2.3.1.2 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Die Fokusgruppen wurden von zwei Moderatorinnen leitfadengestützt durchgeführt. Der Leitfaden orientierte sich an den Dimensionen der Risiko- und Ressourcenliste, diese bildeten die einzelnen Blöcke des Interviews (siehe Abbildung 3).

Der Leitfaden konnte flexibel angewendet werden, so dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit hatten, untereinander zu diskutieren. Reflektierte Einsichten kommen häufig erst durch eine solche Interaktion zustande. Die einzelnen Dimensionen bzw. Blöcke des Interviews wurden den teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zunächst erläutert. Daraufhin konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erfahrungen aus der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation berichten und diskutieren. Die Moderatorinnen konnten zudem weitere Fragen zu den beschriebenen Risiken und Ressourcen sowie zu deren Berücksichtigung in den Behandlungsangeboten der kooperierenden Kliniken stellen (siehe Abbildung 3). Der komplette Leitfaden für die Fokusgruppen findet sich im Anhang.

BLOCK A: Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld – also der Partner/die Partnerin, Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Kollegen – können sich auf verschiedene Art und Weise auf die Erkrankung auswirken. Personen aus dem sozialen Umfeld können z.B. emotional unterstützen oder nützliche Informationen geben. Andersherum kann das soziale Umfeld sich auch negativ auf die Erkrankung auswirken, wenn es z.B. mangelndes Verständnis aufbringt.

1. Inwiefern wurde Ihrer Meinung nach in der Therapie auf das soziale Umfeld eingegangen?

JA: Welche Angebote waren besonders hilfreich?

Können Sie noch genauer beschreiben, wie Sie durch diese Angebote unterstützt wurden? Denken Sie, dass die vermittelten Inhalte Ihnen im Alltag weiterhelfen werden? Können Sie diese in den Alltag übertragen?

NEIN: Ist das soziale Umfeld Ihrer Meinung nach ein relevantes Thema?

Wie könnte man das Thema besser in die Behandlung integrieren?

An welcher Stelle könnte man die Inhalte sinnvoll einbauen?

Wer sollte das Thema vermitteln?

Sind Ihnen zu diesem Thema optionale Angebote bekannt, die sie aus bestimmten Gründen nicht nutzen konnten oder wollten? Wurden diese Angebote ausreichend bekannt gemacht?

Zusammenfassendes Statement

Abbildung 3: Ausschnitt aus dem Leitfaden für die Fokusgruppen (exemplarisch für die Dimension "Soziales Umfeld" der Risiko- und Ressourcenliste)**2.3.1.3 Auswertung**

Die Fokusgruppen wurden mithilfe eines Diktiergerätes digital aufgezeichnet, für eine umfassende Auswertung angemessen (stichwortartig bis wortwörtlich) transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch nach thematischen Schwerpunkten mithilfe der Software MAXQDA 11 ausgewertet. Für die Festlegung der Codes wurde ein deduktives Vorgehen angewandt: Die Aussagen der Patientinnen und Patienten wurden in die durch die Risiko- und Ressourcenliste vorgegebene Struktur eingeordnet. Dabei bildeten die Dimensionen der RiRes-20 (*Soziales Umfeld, Umgang mit der psychischen Erkrankung, Erwartungen an die Behandlung, Arbeitsumfeld, Berufliche Perspektive, Allgemeine Angaben zur Person*) sowie die einzelnen Fragen das Code-Set. Das Code-Set wurde im Prozess der Analyse um die zwei zusätzlichen Codes „strukturelle Verbesserungswünsche“ und „organisatorische Verbesserungswünsche“ erweitert. Aussagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die diesen Codes zugeordnet wurden, wurden in einem Zwischenbericht zum Praktikum an die kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken zurückgemeldet. Eine Zuordnung einer Textstelle zu mehreren Codes war möglich.

2.3.2 Dokumentation der Behandlungsangebote durch studentische Praktikantinnen

Während ihres vierwöchigen Aufenthalts in den kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken hatten die drei studentischen Praktikantinnen die Möglichkeit in verschiedenen Behandlungsangeboten zu hospitieren und diese zu dokumentieren.

2.3.2.1 Auswahl der Behandlungsangebote

Dokumentiert wurden die routinemäßig vorgehaltenen Behandlungsangebote der kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. Der Fokus lag zudem auf Gruppenangeboten der psychosomatischen Rehabilitation. Teilweise wurden auch Einzelangebote (Visiten, Sozialberatung) erfasst. Eine Beobachtung und Dokumentation fand nur mit dem Einverständnis der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden statt.

2.3.2.2 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Um die Inhalte der Behandlungsangebote zu beschreiben, wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt. Der Dokumentationsbogen umfasste die allgemeine Beschreibung des beobachteten Behandlungsangebots mit Informationen wie Dauer, Art und Frequenz der Veranstaltung. Zusätzlich wurden die Inhalte der beobachteten Veranstaltung in Stichpunkten festgehalten, sowie die Art der Informationsvermittlung kodiert. Außerdem wurden auch weitere Variablen, wie zum Beispiel die Gruppengröße, das Gruppenklima, die Alterszusammensetzung und der Redeanteil von Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten erfasst. Schließlich wurde die direkte und indirekte Berücksichtigung der Risiken und Ressourcen entsprechend der RiRes-20 erfasst. Zentrale Beobachtungseinheiten waren die sechs Dimensionen *Soziales Umfeld, Umgang mit der psychischen Erkrankung, Erwartungen an die Behandlung, Arbeitsumfeld, Berufliche Perspektive* und *Allgemeine Angaben zur Person* der RiRes-20 (siehe Abbildung 4).

Um die Objektivität beim Ausfüllen des Dokumentationsbogens zu gewährleisten, wurde ein Kodierleitfaden erstellt (siehe Anhang). Dieser enthielt eine detailliertere Erläuterung der Inhalte der Risikodimensionen und der einzelnen Fragen der RiRes-20. Zudem wurde beschrieben, wann ein Thema als in der Behandlung berücksichtigt eingeordnet wurde. Dabei galt eine Risikodimension bzw. die einzelne Frage als behandelt, wenn das Thema von der Therapeutin oder dem Therapeuten und/oder von den Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden angesprochen und darauf eingegangen wurde und/oder Aufgaben mit dazu passenden Inhalten erledigt wurden.

Beobachtungsbogen

Datum/ Uhrzeit:
Veranstaltung:
Art der Veranstaltung: Gruppenveranstaltung/ Einzelveranstaltung/ Vortrag
Dauer des Angebotes:

Berufegruppe/ Qualifikation des Therapeuten:
Frequenz:
KTL Abrechnung:

Risikofaktoren	d.		Info -		Zell		Inhalt		Interaktion		Beobachtungen
	id		vermittlung	Einteilung			Inhalt	P/T	P/P	Legende	
<ul style="list-style-type: none"> o Soziales Umfeld <ul style="list-style-type: none"> o familiäre Verhältnisse o Partnersituation o soziale Unterstützung o Umgang mit psych. Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> o Austausch mit anderen Betroffenen o Optimismus o Belastungsgrenzen wahrnehmen o Erwartung an die Behandlung <ul style="list-style-type: none"> o Eigenmotivation zur stationären Therapie o Veränderungsbereitschaft o Glaube an Behandlungserfolg o Arbeitsumfeld <ul style="list-style-type: none"> o Arbeitsmotivation o Arbeitsplatzsicherheit o Verausgabungsbereitschaft o Berufliche Perspektive <ul style="list-style-type: none"> o Einschätzung der eigenen Perspektive auf dem Arbeitsmarkt o Gefährdung der Erwerbstätigkeit durch Gesundheitszustand o Rentenwunsch o Allg. Angaben zur Person <ul style="list-style-type: none"> o Alter o Nationalität o Arbeitsunfähigkeit o finanzielle Sorgen/ Belastungen o vorherige psychologische/ psychotherapeutische Behandlung 											<p>Legende</p> <p>(B) Beratung (T) in Textform (F) im Frontalunterricht (EO) in eigenständiger Arbeit ohne Hilfestellung (EA) in eigenständiger Arbeit mit Hilfestellung (G) in Gruppenarbeiten (P) in praktischen Schulungen (GT) Gesprächstherapie (D) Diskussion (M) mediale Wissensvermittlung (S) sonstiges</p> <hr/> <p>Zusammensetzung der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Anzahl: > Diagnose: heterogen/homogen > Geschlecht: w / m / gemischt > Alter: junges/ mittleres/ hohes Erwachsenenalter <p>Gruppenklima:</p> <ul style="list-style-type: none"> o gut o neutral o schlecht <p>Sprachanteil</p> <ul style="list-style-type: none"> o überwiegend Patient o überwiegend Therapeut o ausgeglichen <hr/> <p>Handelt es sich um eine repräsentative Gruppe?</p> <ul style="list-style-type: none"> o ja o nein <p>Ist die Veranstaltung verlaufen wie geplant?</p> <ul style="list-style-type: none"> o ja o nein
Zusammenfassende Einschätzung:											
Auffälligkeiten/ besondere Anmerkungen:											

Abbildung 4: Beobachtungsbogen für die Dokumentation der Behandlungsangebote

2.3.2.3 Auswertung

Die Auswertungen erfolgten deskriptiv. Es wurde zum einen für die beobachteten Behandlungsangebote dargestellt, welche Risiken und Ressourcen aufgegriffen wurden. Zum anderen wurden über alle Behandlungsangebote hinweg beschrieben, welche Risiken und Ressourcen in Behandlungskonzept der jeweiligen kooperierenden Klinik berücksichtigt wurden. Die Darstellung erfolgte anhand von Diagrammen.

2.3.3 Workshops zur Entwicklung von risikoorientierten Behandlungskonzepten

In den kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken wurden Workshops mit jeweils zwei bis drei Vertreterinnen und Vertretern des therapeutischen Personals durchgeführt. Zunächst wurden die Ergebnisse der ersten Arbeitsphase vorgestellt und diskutiert. Speziell wurde die Passung von Behandlungsangeboten und Risiken und Ressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus der Perspektive des therapeutischen Personals thematisiert. Die Diskussion in den Workshops wurde von der Arbeitsgruppe zusammengefasst und als Entwurf für adaptierte, an den Risiken und dem Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orientierte

Behandlungskonzepte illustriert. Es sollten die Zuweisung zu vorhandenen therapeutischen Angeboten sowie die Adaption und Ergänzung des therapeutischen Angebots beschrieben werden.

2.4 Resultate

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und der Dokumentation des Behandlungsangebots dargestellt. Dabei können nur die Ergebnisse von zwei kooperierenden Kliniken berichtet werden, da das Praktikum in der dritten kooperierenden Klinik abgebrochen wurde und die Daten zu den Fokusgruppen und zur Dokumentation nicht vorliegen.

Die dargestellten Ergebnisse wurden in den kooperierenden Kliniken präsentiert und dienten als Grundlage für die Entwicklung der risikoorientierten Behandlungskonzepte, welche anschließend skizziert werden.

2.4.1 Gruppendiskussionen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Zunächst wurden Textstellen mit Bezug zu den sechs Dimensionen der RiRes-20 identifiziert. Aus den zusammengefassten Inhalten der Diskussion wurde die Berücksichtigung dieser Aspekte in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung sowie Veränderungswünsche der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgeleitet, die mit Beispielzitaten belegt wurden.

2.4.1.1 Fokusgruppe Klinik 1

An der Fokusgruppe nahmen zwei Rehabilitandinnen und ein Rehabilitand mittleren Alters teil. Alle Teilnehmenden waren berufstätig. Wegen Kreislaufbeschwerden musste eine Teilnehmerin nach der Hälfte der Zeit die Fokusgruppe verlassen. Die Fokusgruppe wurde mit den zwei verbleibenden Personen weitergeführt.

Hinsichtlich der Dimension *Soziales Umfeld* wurde von den Teilnehmenden berichtet, dass diese Aspekte in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie berücksichtigt wurden.

Zur Dimension *Umgang mit der psychischen Erkrankung* hielten es die Teilnehmenden für sinnvoll, mehr Kontakt zu Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufzunehmen, die sich stark zurückziehen oder isoliert sind. Der Umgang mit der Erkrankung könnte nach Ansicht der Befragten im Kontakt mit anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erprobt werden. Hierzu wäre es von Bedeutung, das Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu fördern, zum Beispiel durch einen Gemeinschaftsraum oder eine Stärkung des Patensystems, das in der Klinik angewendet wurde.

Hinsichtlich der Dimension *Erwartungen an die Behandlung* hielten es die Teilnehmenden für sinnvoll, das Behandlungskonzept zu verstehen, um den Glauben an den Behandlungserfolg zu fördern.

„Ja, wenn man das mitkriegt, dass das ein in sich greifendes System ist, mit dem Sport und mit den verschiedenen Angeboten an Vorträgen und verschiedenen Freizeitangeboten und der Therapie in der Gruppe und einzeln. Wenn man das Konzept versteht, dann macht es sehr viel Sinn.“ (Fokusgruppe 1, Absatz 946).

Die Teilnehmenden berichteten, dass in der Gruppenpsychotherapie auch die Dimension *Arbeitsumfeld* thematisiert wurde. Auch sahen sie die Verbindung zu Angeboten zum Stressmanagement, die später auch am Arbeitsplatz einsetzbar sein könnten.

Hinsichtlich der Dimension *Berufliche Perspektive* konnten die Teilnehmenden keine weiteren Einschätzungen abgeben. Sie standen in festen Arbeitsverhältnissen und sahen für sich keinen Bedarf für eine berufliche Umorientierung und hatten deshalb selbst nicht an diesbezüglichen Angeboten teilgenommen. Sie berichteten jedoch von Mitrehabilitandinnen und Mitrehabilitanden, die entsprechende Angebote wahrnehmen konnten.

Weitere Diskussionen wurden in Zusammenhang mit der Dimension *Allgemeine Angaben zur Person* geführt. Die Teilnehmenden wünschten sich altersspezifische Angebote, zusätzliche Skripte für Behandlungsangebote in verschiedenen Sprachen sowie auch die Berücksichtigung der Interessen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund bei der Freizeitgestaltung.

Weitere Diskussionen bezogen sich auf strukturelle Veränderungen, diese werden hier nicht im Detail dargestellt, wurden der Klinik aber im Zwischenbericht zur Praktikumsphase zurückgemeldet.

2.4.1.2 Fokusgruppe Klinik 2

An der Fokusgruppe nahmen fünf Personen teil. Die zwei Rehabilitandinnen und drei Rehabilitanden waren mittleren Alters.

Zur Dimension *Soziales Umfeld* beschrieben die Teilnehmenden zunächst, dass die Unterstützung zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der stationären Einrichtung gut sei und durch weitere Aktivitäten und das Rahmenprogramm noch unterstützt werden könnte. Sie berichteten jedoch auch, dass sie sich weniger gut auf den Alltag vorbereiten fühlten. Dies äußerte sich auch in folgender Frage:

„Wie kann es übertragen werden auf außerhalb, auf den Alltag?“ (Fokusgruppe 2, Absatz 42)

Hinsichtlich der Dimension *Umgang mit der psychischen Erkrankung* wünschten sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden intensivere psychotherapeutische Behandlung durch

Einzelgespräche, um gezielter auf die eigene Problematik eingehen zu können. Die Gruppentherapie erreichte nach Ansicht der Teilnehmenden nicht die Tiefe der Einzelbehandlung.

*„Ich brauche nach der Reha unbedingt Zeit, um das Ganze zu sortieren, um mit professioneller Hilfe vielleicht oder überhaupt da halbwegs wieder ins Gleichgewicht zu kommen.“
(Fokusgruppe 2, Absatz 11)*

Während die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während der stationären Behandlung offen mit ihrer psychischen Erkrankung umgingen, waren ihre Ansichten hinsichtlich der Ansprache der psychischen/psychosomatischen Erkrankung gegenüber Arbeitgebern unterschiedlich. Hier wäre nach Ansicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weitere Unterstützung hinsichtlich der Kommunikation mit den Arbeitgebern sinnvoll.

Zu *Erwartungen an die Behandlung* berichteten die Befragten, dass sie während der Rehabilitation viele Denkanstöße erhalten haben, aber dass sie selbst dafür verantwortlich seien, diese auch im Alltag aufrechtzuerhalten.

„[Ich habe] die eine oder andere Sache mitgenommen und werde sie auch definitiv zu Hause umsetzen.“ (Fokusgruppe 2, Absatz 265)

In diesem Zusammenhang wünschten sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weitere Ausblicke auf und Hilfen für die Zeit nach der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation.

Die Teilnehmenden berichteten, dass die Dimension *Arbeitsumfeld* in der Einzeltherapie, aber auch in Vorträgen thematisiert wurde. Sie wünschten sich aber auch zusätzliche, zum Beispiel rechtliche Unterstützung, um gegebenenfalls eine Anpassung des Arbeitsplatzes einleiten zu können.

Hinsichtlich der Dimension *Berufliche Perspektive* beschrieben die Teilnehmenden, dass diese in den von ihnen wahrgenommenen Angeboten weniger besprochen wurde. Sie berichteten jedoch auch, dass solche Angebote vorhanden waren.

Im Zusammenhang mit der Dimension *Allgemeine Angaben zur Person* äußerten die Teilnehmenden, dass sie keine alters-, geschlechts- oder migrationsspezifischen Angebote kennengelernt hatten. Geschlechtsspezifische Angebote könnten ihrer Meinung nach in das therapeutische Angebot aufgenommen werden.

Weitere Diskussionen in der Fokusgruppe bezogen sich auf strukturelle Veränderungen, die im Rahmen des Praktikumsbericht an die kooperierende Klinik zurückgemeldet wurden.

2.4.2 Dokumentation der Behandlungsangebote durch studentische Praktikantinnen

Ziel der quantitativen Erhebung war es, möglichst die Vielfalt des therapeutischen Angebots darzustellen. So dokumentierten die Praktikantinnen die therapeutischen Angebote während ihres vierwöchigen Aufenthalts in der Klinik. Einige, regelmäßig stattfindende Angebote konnten sie mehrfach hospitieren, wegen zeitlicher Überschneidungen und niedrigerer Frequenz nahmen die Praktikantinnen an einigen Angeboten nur einmalig teil.

2.4.2.1 Dokumentation Klinik 1

Insgesamt wurden in der Klinik 1 in dem vierwöchigen Praktikumszeitraum 53 Beobachtungsbögen ausgefüllt. Um die Auswertung übersichtlicher zu gestalten, wurden die einzelnen therapeutischen Angebote nach inhaltlichen Aspekten in insgesamt acht Gruppen eingeordnet (siehe Tabelle 2).

Die studentische Praktikantin hospitierte häufig in psychotherapeutischen Gruppenangeboten und Visiten, und war in verschiedenen Angeboten zur Entspannung und Bewegung anwesend. Weiterhin nahm sie auch an speziellen Angeboten wie der Physiotherapie oder den integrierten psychoedukativen Gruppen (IPEG) Angst teil. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die dokumentierten therapeutischen Angebote und die Anzahl der Hospitationen.

Tabelle 2: Anzahl beobachteter Behandlungsangebote und Gruppierung in Klinik 1

Therapieangebot	Anz. (n)	zusammengesetzt aus
Psychotherapie in der Gruppe	14	Psychoanalytische Gruppe (zieloffen), Depressionsgruppe (zieloffen)
Visiten	14	Oberarztvisiten, Chefarztvisiten
Ergotherapie	2	Ergotherapie in der Gruppe, Gehirnjogging
Entspannung	7	Autogenes Training, Tiefenmuskelentspannung, Integrierte psychoedukative Gruppe „Achtsamkeit“
Patientenseminare	3	„Körper und Seele“, „Stress und Beruf“, „Angststörungen“
Bewegung	8	Bewegungsgruppe (50 Watt), Muskelaufbautraining, Sportgruppe (50-75 Watt), Rückenschule, Koordinationsgymnastik (25 Watt), Atmungsgymnastik
Sozialdienst	3	Sozialberatung, integrierte psychoedukative Gruppe „Gesundheit und Beruf“
Psychoedukation	2	Integrierte psychoedukative Gruppe „Angst“

Im Folgenden wird für die einzelnen Risikodimensionen berichtet, inwieweit die hospitalisierten therapeutischen Angebote auf die Risikodimensionen und spezielle Fragen eingingen. Dabei wird dargestellt, in wie viel Prozent der dokumentierten Behandlungsangebote eine Auseinandersetzung mit den Risiken stattfand (siehe Abbildung 5).

Risiken mit Bezug zur Dimension *Soziales Umfeld* wurden in den Visiten und der Gruppenpsychotherapie angesprochen. Speziell auf die soziale Unterstützung wurde in den Patientenseminaren eingegangen. Für die therapeutischen Angebote Ergotherapie, Sozialdienst, IPEG Angst und Entspannung wurde keine Auseinandersetzung mit Themen zum sozialen Umfeld dokumentiert.

In der Dokumentation zeigte sich, dass die Dimension *Umgang mit der psychischen Erkrankung* in der Gruppentherapie und den Veranstaltungen zur Entspannung thematisiert wurde. In der psychotherapeutischen Gruppentherapie wurde vermehrt der Austausch mit anderen Betroffenen gefördert, so dass dieses Thema in jedem der besuchten Angebote aufgegriffen wurde. In den Entspannungsangeboten wurde entsprechend der Dokumentation der Umgang mit den Belastungsgrenzen thematisiert. Seltener kamen die Belastungsgrenzen auch in psychotherapeutischen Gruppenangeboten, Patientenseminaren und dem Sozialdienst zur Sprache. Das Thema Optimismus wurde im therapeutischen Angebot der Klinik 1 nur sporadisch thematisiert.

Die Dimension *Erwartungen an die Behandlung* wurde entsprechend der Dokumentation nur wenig im therapeutischen Angebot berücksichtigt. Eigenmotivation wurde sehr vereinzelt in den Visiten angesprochen, die Veränderungsbereitschaft selten in den Patientenseminaren. Ein speziell auf diese Risiken ausgerichtetes Behandlungsangebot war nicht vorhanden.

Die Risikofaktoren zu den Dimensionen *Arbeitsumfeld* und *Berufliche Perspektive* wurden vereinzelt im Rahmen der Visite dokumentiert. Auch die Psychotherapie in der Gruppe griff diese Themen nur selten auf. Im Sozialdienst wurde vereinzelt Bezug genommen auf die Gefährdung der Erwerbstätigkeit. Ein möglicher Rentenwunsch wurde vereinzelt in den Visiten und Patientenseminaren thematisiert. In der Ergotherapie und der IPEG Angst wurde keine Auseinandersetzung mit arbeitsbezogenen Themen dokumentiert.

Ebenso wurden die mit der Dimension *Allgemeine Angaben zur Person* assoziierten Risikofaktoren nur selten thematisiert. Die Nationalität wurde in keinem der Angebote dokumentiert. Auch die finanzielle Situation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden war in der Dokumentation nicht aufgeführt.



Abbildung 5: Berücksichtigung der Risiken und Ressourcen im Behandlungsangebot der Klinik 1

2.4.2.2 Dokumentation Klinik 2

In Klinik 2 lagen 87 Beobachtungsbögen vor. Hier erfolgte ebenfalls eine thematische Gruppierung, in insgesamt 14 Therapieangebote. Dabei hospitierte die studentische Praktikantin häufig bei den regelmäßig stattfindenden Oberarzt-Zweitsichten, der Krankengymnastik bzw. Sporttherapie sowie der Sozialberatung. Einen Überblick über die dokumentierten Angebote gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Anzahl beobachteter Behandlungsangebote und Gruppierung in Klinik 2

Therapieangebot	Anz. (n)	zusammengesetzt aus:
Oberarzt- Zweitsichten	15	Oberarzt-Zweitsichten (n=13), psycholog. Aufnahmegespräche (n=2)
Berufskompetenzgruppe	6	Gruppentherapiesitzungen (n=6)
Berufskompetenzgruppe – Kreativteil	8	Gruppentherapiesitzungen (n=8)
Angstbewältigungsgruppe	2	Gruppentherapiesitzungen (n=2)
Psychologische Schmerzgruppe	3	Gruppentherapiesitzungen (n=3)
Konfliktbewältigungsgruppe	4	Gruppentherapiesitzungen (n=4)
Ernährungsberatung	6	Lehrküche (n=1), Diabetikerschulung (n=1), Arthroseschulung (n=1), Vorträge Ernährung (n=3)
Sozialberatung	10	Einzelberatungen (n=6), Vortrag Einführung Sozialmedizin (n=1), Vortrag Beruf und Nach-sorge (n=1), Seminar Berufsprobleme (n=2)
Sozialmedizinkonferenzen	2	Sozialmedizinkonferenz (n=2)
Krankengymnastik / Sporttherapie	11	Yoga (n=2), Wirbelsäulengymnastik (n=2), Ergometereinweisung, Atemgymnastik, Fitness S, Rückenschwimmen, Aqua-Fitness, Walking, Gesellige Tänze (n=jew. 1)
Rückenschule KG	7	praktische Vorträge Physiotherapie (n=5), Vortrag Orthopädie: Grundlagen Rücken-schmerz (n=1), Vortrag Psychotherapie: psychotherap. Möglichkeiten bei chron. Rückenschmerz (n=1)
Vortragsreihe Kopfschmerz	3	Vorträge (n=3)
Sonstige Veranstaltungen – Ergo	7	Berufliches Konzentrationstraining, Einweisung Atemfeedback, Einweisung Lichttherapie, PC Belastungstest, Belastungserprobung, Freies Werken, Rauchfrei (n= jew. 1)
PTH Begrüßungsvortrag Reha + PEBA	3	Gruppensitzungen PEBA (n=2), PTH Begrüßungsvortrag Reha (n=1)

Berichtet wird im Folgenden, inwieweit die hospitierten therapeutischen Angebote Risikodimensionen aufgriffen. Es wird dargestellt, in wie viel Prozent der dokumentierten Behandlungsangebote eine Auseinandersetzung mit den Risiken stattfand (siehe Abbildung 6).

Die Dokumentation des Behandlungsangebots in Klinik 2 verdeutlicht, dass die Dimension *Soziales Umfeld* ein Querschnittsthema in der Behandlung war. Die familiären Verhältnisse sowie die Partnersituation wurden in den Oberarzt-Zweitsichten und den Kreativgruppen angesprochen. Der Begrüßungsvortrag ging auf soziale Unterstützung ein. Eine weniger wichtige Rolle spielte diese Risikodimension in der Sozialberatung.

Auf die Dimension *Umgang mit der psychischen Erkrankung* wurde in unterschiedlichen therapeutischen Angeboten eingegangen. Das Wahrnehmen von Belastungsgrenzen war häufig Thema in den Kreativgruppen, beim Angstbewältigungstraining und der Sozialmedizinkonferenz. Auch der Austausch mit Betroffenen sowie der Optimismus wurden in verschiedenen Angeboten thematisiert.

Die Dimension *Erwartungen an die Behandlung* war ebenfalls ein Querschnittsthema im dokumentierten therapeutischen Angebot der Klinik 2. Die Eigenmotivation zur Therapie wurde vorrangig in den Oberarzt-Zweitsichten angesprochen, die Veränderungsbereitschaft regelmäßig zum Beispiel in der Angstbewältigungsgruppe und in dem Begrüßungsvortrag. Der Glaube an den Behandlungserfolg wurde, wenn auch weniger häufig, in allen dokumentierten Angeboten thematisiert.

Die Dimensionen *Arbeitsumfeld* und *Berufliche Perspektive* waren ebenfalls im Behandlungskonzept der Klinik 2 verankert. Besonders die Arbeitsmotivation war ein Querschnittsthema, das in verschiedenen Angeboten behandelt wurde. Auch die Verausgabungsbereitschaft war nach der Dokumentation ein Thema in verschiedenen Angeboten. In den sozialmedizinischen Konferenzen wurde besonders die Dimension *Berufliche Perspektive* angesprochen. Die Einschätzung der eigenen beruflichen Perspektive fand im Berufskompetenztraining statt, wurde aber auch bereits im Begrüßungsvortrag thematisiert.

Weniger deutlich wurden die Inhalte des therapeutischen Angebots zur Dimension *Allgemeine Angaben zur Person*. Hier wurden in den sozialmedizinischen Konferenzen besonders altersbezogene Aspekte angesprochen. Vereinzelt wurde auch die psychotherapeutische Vorerfahrung thematisiert. Die Dokumentation zeigte, dass das Thema Nationalität im Behandlungsangebot der Klinik 2 nicht angesprochen wurde. Viele therapeutische Angebote in der Dokumentation gingen gar nicht auf Themen mit Bezug zur Person ein.

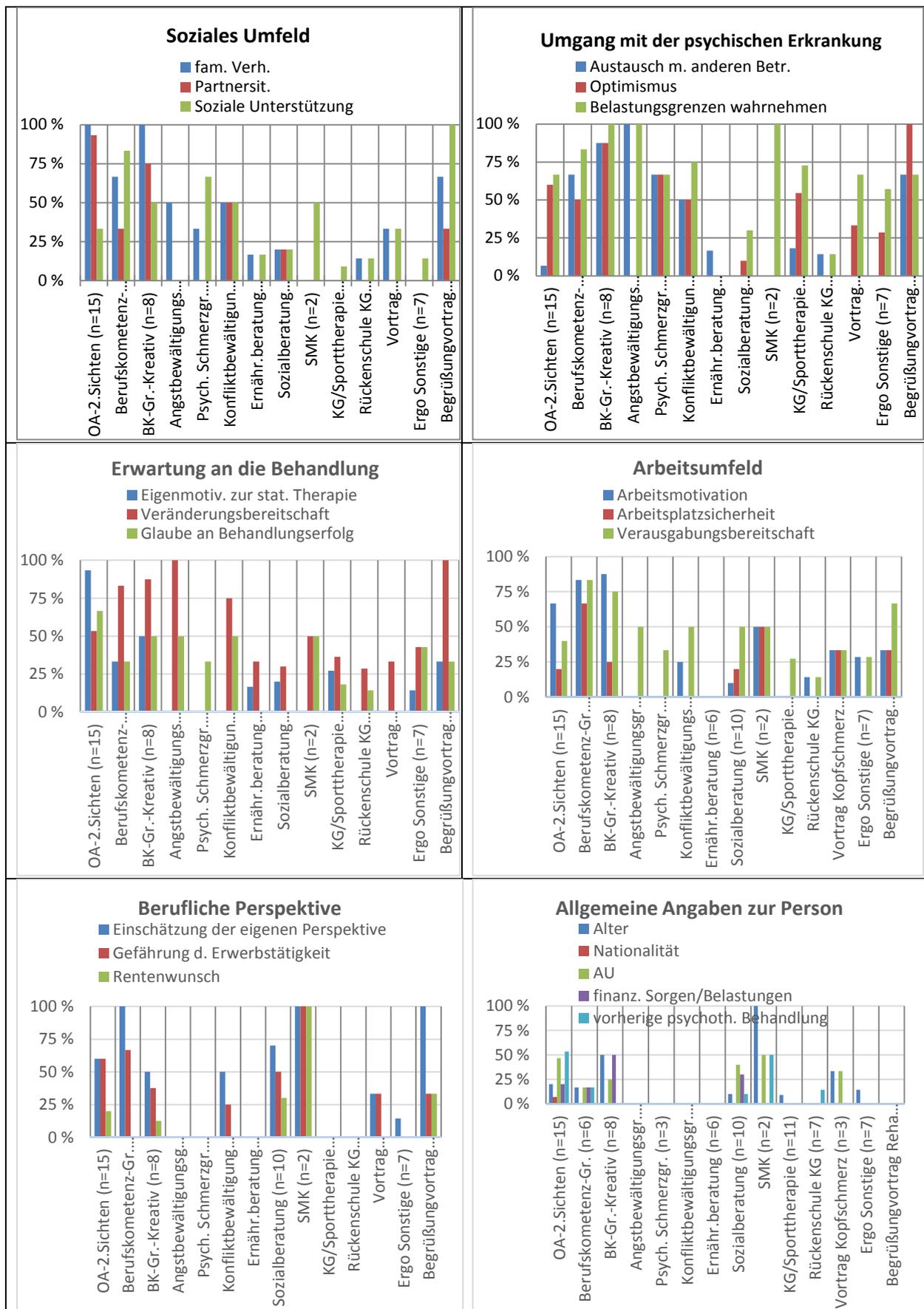


Abbildung 6: Berücksichtigung der Risiken und Ressourcen im Behandlungsangebot der Klinik 2

2.4.3 Workshops zur Entwicklung von risikoorientierten Behandlungskonzepten

2.4.3.1 Risikoorientiertes Behandlungskonzept Klinik 1

Gemeinsam mit den Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik 1 wurde in einem Workshop über mögliche Veränderungen im Behandlungsangebot diskutiert.

Mit dem Einsatz eines Anamnese-Fragebogens in Kombination mit der RiRes-20 könnten vor Rehabilitationsbeginn Risiken identifiziert werden. Um die Anwendung in der Praxis zu erleichtern, sollte geprüft werden, ob die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die RiRes-20 selbst auswerten könnten. Ein Oberarzt könnte im Anschluss die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden spezifischen Behandlungsangeboten wie berufsbezogenen Angeboten (integrierte psychoedukative Gruppen, IPEG; medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR) oder dem Sozialkompetenztraining zuweisen. Das Vorgehen entspricht der Behandlungsallokation.

Mögliche Anpassungen der Behandlungsangebote mit Bezug zu den mit der RiRes-20 erfassten Aspekten (Behandlungsadaptation) beinhalteten das Aufgreifen der Auswertung der RiRes-20 in der Einzeltherapie. Da die Dokumentation ergab, dass besonders im *Umgang mit der psychischen Erkrankung* nur selten Ressourcen angesprochen wurden, sollte die Resilienz der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit entsprechenden Übungen in der Gruppentherapie gefördert werden. Des Weiteren könnten auch die Kompetenzen des therapeutischen Teams durch spezielle Angebote erweitert werden. So könnten in der Gruppensupervision die Themen Sinn, behandelt werden, um die psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung insgesamt weiter auf Ressourcen auszurichten.

Das entwickelte risikoorientierte Behandlungskonzept wird in Abbildung 7 dargestellt.

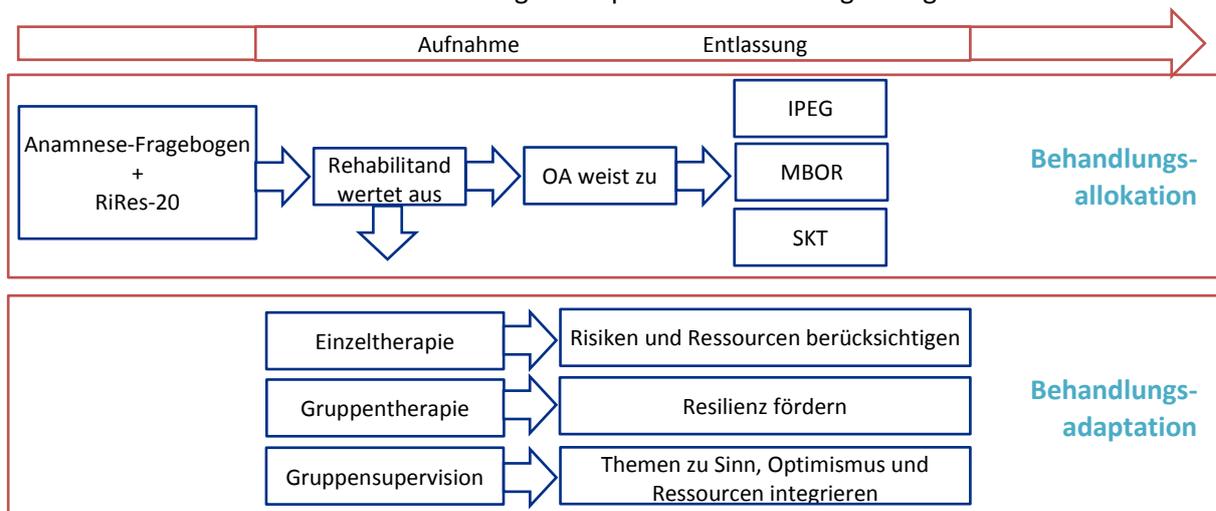


Abbildung 7: Darstellung des risikoorientierten Behandlungskonzepts in Klinik 1

2.4.3.2 Risikoorientiertes Behandlungskonzept Klinik 2

In der Klinik 2 fand ein Workshop statt, in dem mögliche Veränderungen des Behandlungsangebots mit den Therapeutinnen und Therapeuten diskutiert wurden.

In der Klinik 2 werden die Behandlungspläne bereits vor dem stationären Aufenthalt erstellt, auch die Entscheidung, ob eine Patientin oder ein Patient an der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) teilnimmt, fällt bereits vor Beginn des stationären Aufenthalts in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Klinik. Entsprechend würde eine Zuweisung zu risikoorientierten Angeboten (z.B. Berufskompetenztraining) nur möglich sein, wenn die RiRes-20 vor dem stationären Aufenthalt versendet wird. Dieses Vorgehen wurde deshalb von den Vertreterinnen und Vertretern der Klinik nicht favorisiert. Größeres Potential wurde in der Behandlungsadaptation gesehen.

Zunächst sollten die Behandlungserwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stärker berücksichtigt werden. Die Behandlungserwartungen könnten bereits im Begrüßungsvortrag und später in der Gruppentherapie aktiv angesprochen werden. So könnten den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch die Vorbehalte gegenüber gruppentherapeutischer Behandlung genommen werden. Gleichzeitig sollten in den Gruppenangeboten das Themenfeld Optimismus hervorgehoben werden, so dass sich Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hier besser unterstützen könnten. Möglich wäre zudem eine Erweiterung des Angebots hinsichtlich Depression im Alter, die sich anders darstellt als depressiver Erkrankungen in früheren Lebensphasen. Das Thema soziales Umfeld sollte noch stärker in der Oberarzt-Zweitsicht eingebaut werden. Schließlich könnte auch das Thema Nachsorge weiter angegangen werden. Dieses sollte in der Sozialarbeit besser integriert werden. Außerdem sollte ein Poster mit den Möglichkeiten der Nachsorge zur Illustration erstellt werden (siehe Abbildung 8).

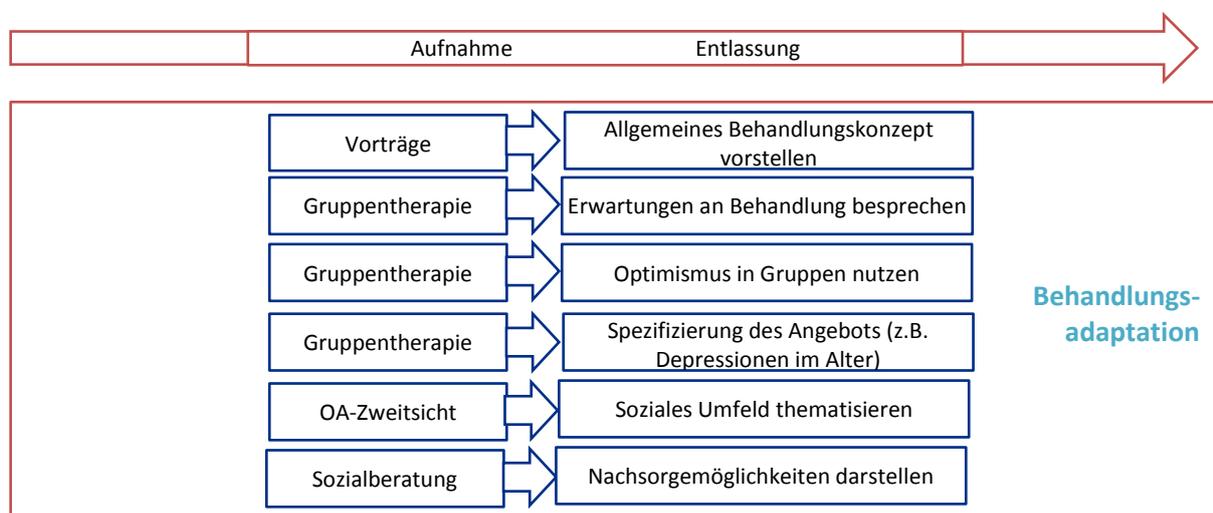


Abbildung 8: Behandlungskonzept für Klinik 2

2.5 Diskussion

Das Projekt 182 „Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung“ konnte zwei risikoorientierte Behandlungskonzepte für kooperierende psychosomatische/psychotherapeutische Kliniken entwerfen.

Die Risiken für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden durch die Dimensionen der RiRes-20 bestimmt. Es wurden die Erfahrungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie eine Dokumentation des therapeutischen Angebots der Kliniken genutzt, um gemeinsam mit Therapeutinnen und Therapeuten aus den Kliniken die risikoorientierten Behandlungskonzepte zu entwerfen. Die Anwendung der nun vorliegenden risikoorientierten Behandlungskonzepte in die Praxis sollte in Machbarkeitsstudien geprüft werden.

2.5.1 Limitationen der Studie

Bei der Studie handelt es sich um die exemplarische Erstellung von risikoorientierten Behandlungskonzepten für zwei kooperierende psychosomatische/psychotherapeutische Kliniken. Daher können die Behandlungskonzepte nicht ohne Weiteres auf andere Kliniken übertragen werden.

Hinsichtlich der Fokusgruppen muss festgestellt werden, dass es sich nur um eine kleine, ausgewählte Stichprobe handelt und die teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht die Gesamtheit der Klientel der kooperierenden Kliniken abbildeten. Daher könnten andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andere Erfahrungen mit der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung gesammelt haben. Auch bei der Dokumentation handelt es sich um einen vierwöchigen Ausschnitt des therapeutischen Angebots der kooperierenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. Durch die Abläufe (z.B. andere Gruppenzusammensetzungen) sowie personelle Wechsel könnten sich die fokussierten Themen des therapeutischen Angebots verändern.

Die Behandlungskonzepte können also nur unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen betrachtet werden.

3 SCHLUSSTEIL

3.1 Zusammenfassung

Das Projekt 182 zielte darauf ab, an individuellen Risiken orientierte Behandlungskonzepte für Patientinnen und Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung zu entwerfen.

Die Risiken für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden durch die Dimensionen der RiRes-20 (*soziales Umfeld, Umgang mit der psychischer Erkrankung, Erwartungen an die Behandlung, Arbeitsumfeld, Berufliche Perspektive, Allgemeine Angaben zur Person*) bestimmt. Es wurden die Erfahrungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie eine Dokumentation des therapeutischen Angebots der Kliniken genutzt, um gemeinsam mit Therapeutinnen und Therapeuten aus den Kliniken die risikoorientierten Behandlungskonzepte zu entwerfen. Sie beschreiben Entscheidungsregeln für die Zuweisung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu ihren individuellen Bedarfen entsprechenden Behandlungsangeboten und leisten damit einen Beitrag zur Individualisierung und Patientenorientierung in der Rehabilitationsbehandlung. Weiter zu prüfen ist, wie sich die risikoorientierten Behandlungskonzepte in der Routineversorgung anwenden lassen und ob sie wirksam sind - also die Aktivitäten und die Teilhabe von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation erhöhen.

3.2 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Mit der RiRes-20 können Risikodimensionen für einen ungünstigen Verlauf nach stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation beschrieben werden. Diese Risikodimensionen sollten auch im therapeutischen Angebot der Kliniken berücksichtigt werden. Die Auseinandersetzung mit Allokation und risikobezogener Adaptation von vorhandenen Angeboten kann ein wichtiger Aspekt der Weiterentwicklung der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation sein.

3.3 Transfer in die Routine

Im Rahmen des Transfers in die Routine sollte zunächst die Anwendung der skizzierten risikoorientierten Behandlungskonzepte in die rehabilitative Praxis geprüft werden. Anschließend könnte die Wirksamkeit der risikoorientierten Behandlungskonzepte mit einem kontrollierten Design getestet werden. Sollten sich die an individuellen Risiken stärker orientierten Behandlungskonzepte als wirksam erweisen, könnte das Vorgehen der Entwicklung der Behandlungskonzepte auf andere psychosomatische/psychotherapeutische Kliniken übertragen werden und schließlich einen Beitrag zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung leisten.

4 LITERATUR

- Brütt, A. L., Maggaard, J., & Schulz, H. (2012). Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation [Abschlussbericht]. Verfügbar unter [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/C4615360AFC882F2C1257D7100252537/\\$FILE/Abschlussbericht_173_Psychometrische+Evaluation_final+%283%29.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/C4615360AFC882F2C1257D7100252537/$FILE/Abschlussbericht_173_Psychometrische+Evaluation_final+%283%29.pdf)
- Brütt, A. L., & Schulz, H. (2012). Entwicklung einer Risikocheckliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation [Abschlussbericht]. Verfügbar unter [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf)
- Brütt, A. L., Schulz, H., & Andreas, S. (2015a). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disabil Rehabil*, 37(3), 259-267. doi:10.3109/09638288.2014.918189
- Brütt, A. L., Schulz, H., & Andreas, S. (2015b). Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation*, 54(1), 38-44. doi:10.1055/s-0034-1384600
- Buchholz, A., Spies, M., & Brütt, A. L. (2015). ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen - ein systematisches Review. *Rehabilitation*, 54(3), 153-159. doi:10.1055/s-0035-1548897
- 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.
- 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. doi:10.1016/j.jad.2011.12.009
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, & World Health Organization. (2005). *ICF : Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., . . . Whiteford, H. A. (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. doi:10.1371/journal.pmed.1001547
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*, 23(3), 304-319. doi:10.1002/mpr.1439
- 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.
- Steffanowski, A., Löschnann, 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.
- Wenzel, T. R., & Morfeld, M. (2017). [Use of the ICF in medical rehabilitation in Germany: claims and reality]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 60(4), 386-393. doi:10.1007/s00103-017-2517-x
- WHO. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

5 ERFOLGTE UND GEPLANTE VERÖFFENTLICHUNGEN

5.1 Zeitschriftenartikel

Brütt, A. L., Magaard, J. L., Andreas, S., & Schulz, H. (2016). A qualitative investigation of barriers and facilitators of rehabilitation success from the psychosomatic inpatients' perspective. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1881-1888. doi:<https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S108117>

5.2 Buchartikel

Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J. & Schulz, H. (2016). Behandlungskonzepte auf der Basis individueller Risiken. In R. Deck & R. Glaser-Möller (Hrsg.), *Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation* (S. 83-92). Lage: Verlag Hans Jacobs.

5.3 Kongressbeiträge

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (2015). *Psychosocial risks and resources and treatment outcome in patients with mental disorders*. Poster auf der 28th Conference of the European Health Psychology Society, Limassol, Zypern

Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J. & Schulz, H. (2015). *Assessing Risks and Resources for Long-Term Positive Outcomes after Psychosomatic Inpatient Rehabilitation*. Vortrag auf 9th World Congress of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Berlin

Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J. & Schulz, H. (2015). *RiRes- Patienten- und Therapeuteneinschätzung zu Risiken und Ressourcen für den Behandlungs(miss)erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation*. Vortrag auf dem 26. Rehawissenschaftlichem Kolloquium, Augsburg

5.4 Eingeladene Vorträge

Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J. & Schulz, H. (2015). Behandlungskonzepte auf der Basis individueller Risiken. Vortrag auf dem 8. Rehasymposium des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V., Lübeck

5.5 Unveröffentlichte Projektberichte

Rahmann, W., Schulz, H. & Brütt, A. L. (2015). Zwischenbericht zur Praktikumsphase (Segeberger Kliniken). unveröffentlichter Projektbericht (40 S.): UKE.

Schellenberger, E., Schulz, H. & Brütt, A. L. (2015). Zwischenbericht zur Praktikumsphase (Klinik am Homberg). unveröffentlichter Projektbericht (50 S.): UKE.



ANHANG

Übersicht

- 1: Risiko- und Ressourcenliste**
- 2: Leitfaden für die Fokusgruppen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden**
- 3: Kodierleitfaden für die Dokumentation des Behandlungsangebots**
- 4: Abstracts der Kongressbeiträge**
- 5: Folien zum Vortrag „Behandlungskonzepte auf Basis individueller Risiken“**

1: Risiko- und Ressourcenliste

A: Soziales Umfeld

1. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	<input type="checkbox"/> ₀ sehr unter- stützend	<input type="checkbox"/> ₁ eher unter- stützend	<input type="checkbox"/> ₂ eher belastend	<input type="checkbox"/> ₃ sehr belasten d
2. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	<input type="checkbox"/> ₀ sehr unter- stützend	<input type="checkbox"/> ₁ eher unter- stützend	<input type="checkbox"/> ₂ eher belastend	<input type="checkbox"/> ₃ sehr belasten d
3. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht

B: Umgang mit psychischer Erkrankung

4. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
5. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
6. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	<input type="checkbox"/> ₀ immer	<input type="checkbox"/> ₁ oft	<input type="checkbox"/> ₂ manchma l	<input type="checkbox"/> ₃ nie

C: Erwartungen an die Behandlung

7. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
8. Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
9. Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht



Wenn Sie berufstätig sind, beantworten Sie bitte die folgenden 3 Fragen. Fahren Sie sonst mit „E: Berufliche Perspektive fort.

D: Arbeitsumfeld

10. Ich gehe gerne zur Arbeit.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
11. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
12. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt nicht

E: Berufliche Perspektive

13. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
14. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?	<input type="checkbox"/> ₀ nein	<input type="checkbox"/> ₃ ja		
15. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken herum, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen?	<input type="checkbox"/> ₀ nein	<input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₃ Habe bereits einen Antrag gestellt	

F: Allgemeine Angaben zur Person

16. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre			
17. In welchem Land sind Sie geboren?	_____			
18. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	<input type="checkbox"/> ₀ stimmt	<input type="checkbox"/> ₁ stimmt eher	<input type="checkbox"/> ₂ stimmt eher nicht	<input type="checkbox"/> ₃ stimmt nicht
19. 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!	_____			
20. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	<input type="checkbox"/> ₀ nein	<input type="checkbox"/> ₃ ja		

2: Leitfaden für die Fokusgruppen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Einstieg (Aufnahmegerät einschalten)

Begrüßung und Dank für die Teilnahme am Interview

Einstieg über „Denkaufgabe“: *Welche Belastungen müssen Sie im alltäglichen Leben bewältigen?* -
>Antworten aufschreiben und in der Gruppe sammeln. Zusammenfassen und die die Risikofaktoren der RiRes hervorheben -> Überleitung zur Studie:

Das soziale Umfeld, der Umgang mit der psychischen Erkrankung, die Erwartungen an die Behandlung, das Arbeitsumfeld und die berufliche Perspektive sind individuelle Risikofaktoren, die den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Reha beeinflussen (RF mit Unterthemen auf Flipchart). Sie stellen also auch gleichzeitig Ressourcen dar, die in der Behandlung berücksichtigt werden sollten. Das Interview ist Teil einer Studie des UKE, die zum Ziel hat, die Behandlung in der psychosomatischen Reha vermehrt an den individuellen Risiken auszurichten und den Behandlungserfolg zu optimieren. Da Sie als Patienten Experten dafür sind, was Ihnen geholfen hat und was Ihnen helfen könnte, möchten wir am heutigen Termin reflektieren, ob die genannten Risikofaktoren bisher ausreichend in der psychosomatischen Reha dieser Klinik berücksichtigt werden.

Wir möchten erfahren, inwiefern die Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation berücksichtigt werden und wie sie besser in die Behandlung integriert werden könnten.

Sie selbst können Ihre ganz persönlichen Erfahrungen einbringen.

Ich werde das Gespräch durch Fragen lenken.

Gruppenregeln (Aussprechen lassen; Alles bleibt in der Gruppe)

Hinweis: Interview ist nicht Teil der Therapie, sondern Teil der Studie (Forschung)

Einverständniserklärung unterschreiben lassen

Zeitplan vorstellen (siehe Flipchart)

Interviewleitfaden

BLOCK A: Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld – also der Partner/die Partnerin, Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Kollegen – können sich auf verschiedene Art und Weise auf die Erkrankung auswirken. Personen aus dem sozialen Umfeld können z.B. emotional unterstützen oder nützliche Informationen geben. Andersherum kann das soziale Umfeld sich auch negativ auf die Erkrankung auswirken, wenn es z.B. mangelndes Verständnis aufbringt.

2. Inwiefern wurde Ihrer Meinung nach in der Therapie auf das soziale Umfeld eingegangen?

JA: Welche Angebote waren besonders hilfreich?

Können Sie noch genauer beschreiben, wie Sie durch diese Angebote unterstützt wurden?

Denken Sie, dass die vermittelten Inhalte Ihnen im Alltag weiterhelfen werden?
Können Sie diese in den Alltag übertragen?

NEIN: Ist das soziale Umfeld Ihrer Meinung nach ein relevantes Thema?

Wie könnte man das Thema besser in die Behandlung integrieren?

An welcher Stelle könnte man die Inhalte sinnvoll einbauen?

Wer sollte das Thema vermitteln?

Sind Ihnen zu diesem Thema optionale Angebote bekannt, die sie aus bestimmten Gründen nicht nutzen konnten oder wollten? Wurden diese Angebote ausreichend bekannt gemacht?

Zusammenfassendes Statement

BLOCK B: Erwartungen an die Behandlung

Die persönlichen Erwartungen an die Behandlung wirken sich ebenfalls auf den Therapieerfolg aus. So spielen z.B. die Eigenmotivation zur stationären Therapie, die Veränderungsbereitschaft und der Glaube an den Therapieerfolg eine Rolle.

3. Wie haben sich Ihre Erwartungen an den Therapieerfolg im Verlauf der Reha verändert?

Was hat diese Veränderung beeinflusst?

Was hätte Sie motiviert, Ihre Einstellung zur Therapie zu verändern?

4. Inwiefern wurde auf ihre Eigenmotivation eingegangen?

5. Inwiefern wurde auf Ihre Veränderungsbereitschaft eingegangen?

Zusammenfassendes Statement

BLOCK C: Arbeitsumfeld

Eine geringe Arbeitsmotivation und Arbeitsplatzsicherheit, sowie die Bereitschaft, sich auf der Arbeit stark zu verausgaben sind Risikofaktoren, die sich auf den Therapieerfolg auswirken.

6. Inwiefern wurde Ihrer Meinung nach in der Therapie auf das Arbeitsumfeld eingegangen? Wurde das Thema ausreichend aufgegriffen?

JA: Welche Angebote waren besonders hilfreich?

Können Sie noch genauer beschreiben, wie Sie durch diese Angebote unterstützt wurden?

Wie haben Sie bei der Bewältigung der Problembereiche geholfen (neue Fähigkeiten, Wissen, etc.)?

Denken Sie, dass die vermittelten Inhalte Ihnen im Alltag weiterhelfen werden?

Können Sie diese in den Alltag übertragen?

NEIN: Ist das Arbeitsumfeld Ihrer Meinung nach ein relevantes Thema?

Wie könnte man das Thema besser in die Behandlung integrieren?

An welcher Stelle könnte man die Inhalte sinnvoll einbauen?

Wer sollte das Thema vermitteln?

Sind Ihnen zu diesem Thema optionale Angebote bekannt, die sie aus bestimmten Gründen nicht nutzen konnten oder wollten? Wurden diese Angebote ausreichend bekannt gemacht?

Zusammenfassendes Statement

BLOCK D: Umgang mit psychischer Erkrankung

Der Austausch mit anderen Betroffenen, eine optimistische Einstellung und die Wahrnehmung eigener Belastungsgrenzen wirken sich positiv auf das Krankheitsgeschehen aus.

7. Wie wurde das Thema „Umgang mit der psychischen Erkrankung“ aufgegriffen?

Welche Aspekte der Behandlung haben Ihnen geholfen, offener mit Ihrer Erkrankung umzugehen?
Wurde ein Austausch über den offenen Umgang mit der eigenen Erkrankung mit anderen Betroffenen angeregt? Wenn ja, wie?
Wie hat der Austausch mit anderen Sie beeinflusst?
War das für sie angenehm/hilfreich oder eher hemmend/störend?

8. Welche Angebote waren besonders hilfreich, um Ihre Belastungsgrenzen besser wahrzunehmen?

Können Sie noch genauer beschreiben, wie Sie durch diese Angebote unterstützt wurden?
Denken Sie, dass die vermittelten Inhalte Ihnen im Alltag weiterhelfen werden?
Können Sie diese in den Alltag übertragen?

9. Inwiefern wurde die optimistische Einstellung im Laufe der Rehabilitation thematisiert?

Gab es Angebote, die Ihnen geholfen haben, eine optimistische Einstellung zu entwickeln?

Zusammenfassendes Statement

BLOCK E: Berufliche Perspektive

Auch die berufliche Perspektive wirkt sich auf den Therapierfolg aus. Negative Einflussfaktoren sind eine als schlecht wahrgenommene Perspektive auf dem Arbeitsmarkt, eine wahrgenommene Gefährdung der Erwerbstätigkeit durch die Erkrankung, sowie ein bestehender Rentenwunsch.

10. Wie wurde auf Ihre berufliche Perspektive eingegangen?

Was für Angebote gab es zu diesem Thema und haben Sie diese als hilfreich empfunden?
Inwieweit spielte dabei die wahrgenommen Gefährdung Ihrer Erwerbstätigkeit durch die Erkrankung eine Rolle?
Falls es keine Angebote auf zu diesem Thema gab oder Sie diese unzureichend finden – wie könnte man besser auf die berufliche Perspektive eingehen?

11. Sind Ihnen Beratungsangebote zum Thema „Berentung“ im Rahmen des Reha-Aufenthaltes bekannt?

Zusammenfassendes Statement

BLOCK F: Personenbezogene Faktoren

12. Gab es altersspezifische Angebote?

Würden Sie diese als sinnvoll erachten?



13. Gab es spezielle Angebote für Migranten?

Würden Sie diese als sinnvoll erachten?

14. Gab es Beratungsangebote, die Unterstützung bei finanziellen Belastungen bieten?

Würden Sie diese als sinnvoll erachten?

15. Inwiefern wurde im Laufe der Reha auf Ihre Vorerfahrungen mit Psychotherapie eingegangen?

Abschluss

- Ergänzungen?

Gesprächsende

- Herzlichen Dank
- Ihre Angaben werden anonym und streng vertraulich behandelt.

3: Kodierleitfaden für die Dokumentation des Behandlungsangebots

Der vorliegende Kodierleitfaden dient zum besseren Verständnis des Beobachtungsbogens und als Grundlage für einheitliches Ausfüllen. Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten des Beobachtungsbogens erläutert und durch Beispiele veranschaulicht.

Rahmenbedingungen:

- **Datum/ Zeit:**

Dient der Nachverfolgung und Zuordnung der Seminare und ist daher stets auszufüllen.

- **Veranstaltung:**

Hier ist das Thema und ggf. das Unterthema der Veranstaltung/Sitzung zu nennen.

Beispiel: Thema: Stress - Entspannung

- **Art der Veranstaltung:**

Es wird unterschieden zwischen „Gruppenveranstaltungen“, „Einzelveranstaltungen“ und „Vorträge“. Pro Veranstaltung ist eine zutreffende Angabe zu unterstreichen.

- **Berufsgruppe/ Qualifikation des Therapeuten:**

Mögliche Berufsausbildungen können Einfluss auf den Behandlungserfolg des Patienten haben. Um Rückschlüsse ziehen zu können, ist die Berufsbezeichnung stets anzugeben.

- **Dauer der Intervention:**

In diesem Feld ist die Dauer der Intervention entscheidend. Sie wird in Minuten angegeben.

Beispiel: 30min.; 45min.; 60min.

- **Frequenz:**

Hier ist die Häufigkeit der Veranstaltung zu nennen.

Beispiel: 1x pro Woche; 2x pro Woche; 1x pro 2Wochen

Angaben im Beobachtungsbogen:

- **Risikofaktoren:**

Im Feld Risikofaktoren sind verschiedene Risiken aufgelistet, dessen Inhalte unter dem jeweiligen Faktor noch einmal aufgeschlüsselt sind. Eine detailliertere Erläuterung der Inhalte der Risikofaktoren und deren Unterkategorien ist dem nachfolgenden Kasten zu entnehmen.

Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld umfasst (Ehe-)PartnerInnen, Verwandte, Freunde, Bekannte, Kollegen und Nachbarn.

- *Familiäre Verhältnisse*

Die Beziehung und Interaktion zwischen den Familienmitgliedern (Partner/in und Verwandte) werden thematisiert.

Beispiel: Qualität der Beziehungen innerhalb der Familie, Belastungen und Ressourcen in der Familie, Umgang mit Konflikten/Problemen

- *Partnersituation*

Die Beziehung und Interaktion mit dem Partner/der Partnerin, oder aber die Beziehungsfähigkeit

werden thematisiert.

Beispiel: Qualität der partnerschaftlichen Beziehung, Belastungen und Ressourcen in der Partnerbeziehung, Konfliktbewältigung in der Beziehung

- *Soziale Unterstützung*

Eine oder mehrere Arten der sozialen Unterstützung werden thematisiert. Dazu zählen emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung sowie Feed Back. Es wird thematisiert, wie soziale Beziehungen aufgebaut und gestärkt werden.

Beispiele: Soziale Unterstützung einfordern, Netzwerkbildung

Umgang mit psychischer Erkrankung

- *Austausch mit anderen Betroffenen*

Der Austausch mit anderen Betroffenen wird angeregt oder findet statt.

- *Optimismus*

Angregung einer positiven Denkweise bzw. einer optimistischen Grundeinstellung.

Beispiel: kognitive Umstrukturierung

- *Belastungsgrenzen wahrnehmen*

Es werden private oder berufliche Belastungsgrenzen thematisiert. Die Sensibilisierung der eigenen Belastungsgrenzen wird gefördert.

Beispiel: Symptome von Erschöpfung erkennen, Übungen zur Körperwahrnehmung (z.B. Body Scan), Übungen zur Selbstwahrnehmung

Erwartungen an die Behandlung

- *Eigenmotivation zur stationären Therapie*

Die Eigenmotivation zur stationären Therapie wird offen thematisiert.

- *Veränderungsbereitschaft*

Die persönliche Veränderungsbereitschaft wird reflektiert. Es erfolgt eine Motivation/Aktivierung zur Veränderung.

- *Glaube an Behandlungserfolg*

Die Erwartungen an die Effekte der Therapie werden thematisiert.

Beispiel: Gemeinsame Zielbesprechung, Übungen zu Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

Arbeitsumfeld

- *Arbeitsmotivation*

Die Arbeitsmotivation wird angesprochen. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit der persönlichen Situation oder eine Analyse der Einflussfaktoren.

Beispiel: Beratungsangebote zum Thema Arbeit (Umschulung etc.)

- *Arbeitsplatzsicherheit*

Die Arbeitsplatzsicherheit wird thematisiert. Es kann über Möglichkeiten zum Umgang mit der persönlichen Situation gesprochen werden.

- *Verausgabebereitschaft*

Mögliche Themen sind die Selbsteinschätzung der eigenen Verausgabungsbereitschaft und die Sensibilisierung für die Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen. Außerdem kann über mögliche Alternativen/Auswege und die Möglichkeit, ein persönliches Maß zu finden, gesprochen werden.

- **Berufliche Perspektive**

- *Einschätzung der eigenen Perspektive auf dem Arbeitsmarkt*

Mögliche Themen sind die Betrachtung der eigenen Perspektive auf dem Arbeitsmarkt, sowie Beratungsangebote zum Thema Beruf. Alternativen zur aktuellen Situation können aufgezeigt werden.

Beispiel: Beratung zu Umschulungsmaßnahmen

- *Gefährdung der Erwerbstätigkeit durch Gesundheitszustand*

Die Auswirkungen der eigenen Erkrankung auf die Erwerbstätigkeit werden thematisiert. Es kann eine Beratung zur persönlichen Situation erfolgen und Möglichkeiten aufgezeigt werden. Ängste zum Verlust der Erwerbstätigkeit können thematisiert werden.

- *Rentenwunsch*

Ein möglicher Rentenwunsch wird thematisiert und Alternativen aufgezeigt.

- Beispiel: Beratung

Allgemeine Angaben zur Person

- *Alter, Nationalität, Arbeitsunfähigkeit, Finanzielle Sorgen/Belastung, Vorherige psychologische/psychotherapeutische Behandlung*

Die Risiken werden thematisiert oder es erfolgt eine spezifische Ausrichtung.

In jeder Veranstaltung können mehrere Risikofaktoren behandelt werden. Behandelte Themen werden durch ein Kreuz gekennzeichnet. Im Anschluss daran werden auch die behandelten Unterpunkte der Risikofaktoren durch ein Kreuz gekennzeichnet. Nicht alle Unterpunkte der Risikofaktoren müssen in einer Veranstaltung behandelt werden. Ein mehrfaches Ankreuzen der Risikofaktoren und deren Unterpunkte ist ebenso möglich. Nicht angekreuzte Faktoren und deren Unterpunkte wurden in der jeweiligen Veranstaltung nicht behandelt. Ein Risikofaktor und dessen Unterpunkte gelten als behandelt, wenn das Thema vom Therapeuten und/ oder Patienten angesprochen und darauf aktiv eingegangen wird und/ oder Aufgaben mit dazu passenden Inhalten erledigt werden.

Das „d“ und „id“ steht für direkt und indirekt. Hiermit ist die Vermittlungsweise gemeint. Inhalte können zielgerichtet angesprochen und behandelt oder zufällig den Risikofaktoren zugeordnet werden.

Beispiel:

d (direkt): Die Komponenten der sozialen Unterstützung werden genannt und durchgesprochen.

Id (indirekt): Übungen zur Förderung des Zusammenhalts und des gegenseitigen Vertrauens in der Gruppe durchführen.

Nach jeder Unterkategorie des Risikofaktors ist ein Kreuz bei „direkt“ oder „indirekt“ zu setzen.

- **Inhalt:**

In der Spalte Inhalt sind alle Inhalte und behandelten Themen der Veranstaltung zu nennen. Alle notierten Inhalte ergeben im Anschluss einen Ablaufplan der Veranstaltung. Die Inhalte müssen nicht unbedingt den Risikofaktoren zuzuordnen sein. Ist dies nicht der Fall werden die Inhalte trotzdem mit Thema, den einzelnen Bestandteilen und einer Abkürzung zur Art der Informationsvermittlung festgehalten.

Beispiel: Ernährung – Rohkost (G)(PS)

Die Abkürzungen sind dem Kasten „Beobachtungen → Informationsvermittlung“ auf dem Beobachtungsbogen zu entnehmen. Das Mehrfachnennen von Vermittlungswegen ist möglich.

Auch bei risikofaktor-bezogenen Inhalten ist neben dem Inhalt und der Zuordnung des Risikofaktors zusätzlich stets die Art der Informationsvermittlung anzugeben.

Nach jedem inhaltlichen Punkt ist eine zeitliche Einteilung in Minuten anzugeben. Dies ermöglicht eine Gewichtung der thematischen Inhalte vorzunehmen.

Ebenso ist die Art der Interaktion nach jedem inhaltlichen Punkt durch das Setzen eines Kreuzes in der jeweiligen Spalte festzuhalten. „P/T“ steht für Patienten-Therapeuten-Interaktion und „P/P“ für Patienten-Patienten-Interaktion. Je inhaltlichen Punkt müssen mindestens eins und maximal zwei Kreuze gesetzt werden.

- **Beobachtungen:**

Auswahlmöglichkeiten für Informationsvermittlung sind nur anzukreuzen, wenn sich der Inhalt auf einen Risikofaktor bezieht; bitte nicht ankreuzen, wenn inhaltlich kein Risikofaktor behandelt wird. Ein mehrfaches Ankreuzen ist möglich. Beispiele zu den verschiedenen Vermittlungswegen können dem nachfolgenden Kasten entnommen werden.

➤ **Informationsvermittlung:**

- (T) *in Textform*: Lesetexte, Infotexte, Lesetipps, Literaturempfehlungen
- (F) *Frontalunterricht*: Dozent/Therapeut referiert, Vortrag, theoretische Input
Therapeut hat Hauptredeanteil; Medienhinzunahme möglich
- (EO) *eigenständige Arbeit ohne Hilfestellung*: Stillarbeit, Hausaufgaben, Aufgaben lösen, Übungen, selbständiges Arbeiten
- (EH) *eigenständige Arbeit mit Hilfestellung*: Übungen, Sportübungen, Aufgaben mit kontinuierlicher Hilfestellung durchführen
- (G) *Gruppenarbeiten*: Diskussion, Reflexion, Strategien erarbeiten; Kleingruppen; Partnerarbeit; Stuhlkreise, praktische Übungen
- (P) *Praktische Schulungen*: in Gruppen und auch einzeln mit theoretischem Input und praktischem Übungsanteil; „learning by doing“; Rollenspiele
- (GT) *Gesprächstherapie*: psychologische Einzeltherapie zwischen Patient und Therapeut
- (D) *Diskussion*: Austausch innerhalb der Gruppe; Hauptredeanteil bei Patienten
- (M) *Mediale Wissensvermittlung*: Power Point, Video, Internet, Overhead-Projektor, Poster, Flipchart, Tafel, Musik
- (B) *Beratung*: Einzel- oder Gruppenberatung; kein therapeutischer Hintergrund/Setting
- (S) *Sonstiges*: alles weitere

Die Zusammensetzung der Teilnehmer beinhaltet verschiedene Komponenten. Die Anzahl der Patienten, das Geschlecht sowie das Alter (homogen/ heterogen) innerhalb einer Gruppe ist grundsätzlich anzugeben. Die Diagnose hingegen nur, wenn deutlich erkennbar ist, ob es sich um eine „homogene“ oder eine „heterogene“ Gruppe handelt.

Das Gruppenklima nimmt Einfluss auf den Handlungserfolg, weshalb auch dieses durch ein Kreuz bestimmt werden muss. Die Auswahl liegt bei „gut“, „neutral“ und „schlecht“. Die einzelnen Kodiermerkmale der Antwortmöglichkeiten können dem nachfolgenden Kasten entnommen werden. Es darf lediglich eine Antwortmöglichkeit gewählt werden.

➤ **Gruppenklima:**

- *gut*: ausgeglichene Gesprächsanteile, Verteilung der Wortbeiträge relativ ausgeglichen, kaum gegenseitige Einschränkungen, Interaktion gut vorhanden
- *neutral*: teilweise geringe Motivation und Beteiligung, verzögerte Antworten, Interesse trotzdem erkennbar und respektvoller Umgang miteinander
- *schlecht*: Gruppenmitglieder nicht aussprechen lassen, geringe Beteiligung, Nebengespräche, TN sind abgelenkt, Desinteresse deutlich

Im Folgenden ist der Sprechanteil innerhalb der Veranstaltung festzuhalten. Es stehen drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, es darf jedoch lediglich ein Kreuz gesetzt werden.

Im Anschluss an jede Veranstaltung muss außerdem der leitende Therapeut befragt werden. Er bestimmt die Repräsentativität der Gruppe, sowie ein mögliches Abweichen der geplanten Inhalte der Veranstaltung. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „ja“ bis „nein“. Je Frage darf nur ein Kreuz gesetzt werden.

- **Zusammenfassende Einschätzung:**

Im Anschluss an die Veranstaltung muss die beobachtende Person eine kurze, zusammenfassende Einschätzung abgeben. Diese Einschätzung ist subjektiv und kann Punkte wie beispielsweise Trainer- und/oder Patientenverhalten, die Stimmung oder besonders positive oder negative Auffälligkeiten beinhalten. Die zusammenfassende Einschätzung spiegelt somit die Gesamtveranstaltung aus subjektiver Sicht des Beobachters wieder.

- **Auffälligkeiten/ besondere Anmerkungen:**

In diesem Feld werden besondere, unvorhersehbare Vorkommnisse festgehalten. Diese können ggf. den Verlauf der Veranstaltung beeinflussen. Ein Eintrag in diese Spalte ist optional.



4: Abstracts der Kongressbeiträge

Abstract (28th Conference of the European Health Psychology Society, Limassol, Zypern, 2015)

Psychosocial risks and resources and treatment outcome in patients with mental disorders

Brütt, A. L.¹; Maggaard, J.¹; Schulz, H.¹

¹University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany

Background: Psychosocial factors have an impact on functioning and treatment outcome in patients with mental disorders. We developed a checklist of psychosocial risks and resources (RiRes). The aim of this study was to evaluate the predictive power of the RiRes.

Methods: N=712 patients completed the RiRes. In addition, data on activity limitations and participation restrictions (ICF-PsychA&P) and psychosocial health (HEALTH-49) from three measurement points (admission, discharge, 6- month follow-up) was available. Linear regression analyses were performed and cut-off scores were determined using ROC analysis.

Findings: The 20 items of the the RiRes explain 36% to 39% of the variance in the ICF-PsychA&P total score at follow-up. When a sum score (range: 0-60) of the 20 items of the RiRes-P is calculated, a cut-off score of 24 identifies 66% of patients with unfavorable ICF-PsychA&P total score at follow-up.

Discussion: The RiRes comprises environmental (social- and working environment, employment perspective) and personal factors (dealing with the disease, expectations, personal characteristics) which predict treatment outcome. This information may guide assigning interventions or developing treatment options for patients with mental disorders.

4: Abstracts der Kongressbeiträge

Abstract (9th World Congress of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Berlin, 2015)

Assessing risks and resources for recovery after psychosomatic inpatient rehabilitation

Brütt, A. L.¹; Magaard, J.¹; Niedrich, J.¹; Schulz, H.¹

¹ University Hospital Hamburg-Eppendorf, Institute and Outpatient Clinic of Medical Psychology

Background: In Germany, about 145.000 people received psychosomatic inpatient rehabilitation (PIR) in 2012. Treatment is based on the conceptual framework of the ICF and aims at treating and compensating for impairments due to mental disorders. So far, not all patients equally benefit from PIR. According to the ICF-approach, contextual factors may have an impact on the individual's functioning and thereby on treatment outcome.

We identified risks and resources influencing recovery after PIR by reviewing the literature, by analysing available data quantitatively and by conduction qualitative focus groups. As a result a checklist of risk and resources (RiRes) was developed in an expert workshop. The aim of this study was the evaluation of the predictive power of the RiRes.

Methods: For this purpose, n = 712 patients in PIR and their therapists filled in the appropriate RiRes versions (patient (RiRes-P): 20 items , therapist (RiRes-T): 10 items) at admission. In addition, data on activity limitations and participation restrictions (ICF-PsychA&P, Brütt et al., 2014) from three time measurement points (admission, discharge, 6-month follow-up) was available. Linear regression analyses were performed and cut-off scores were determined using ROC analysis.

Results: The 20 items of the patient version of the RiRes explain 36% to 39% of the variance in the ICF-PsychA&P total score at follow-up, the therapist version 13%, respectively. When a sum score (range: 0-60) of the 20 items of the RiRes-P is calculated, a cut-off score of 24 identifies 66% of patients with unfavorable ICF-PsychA&P total score at follow-up (sensitivity). Nonetheless, "false positives" (1-specificity) occur, as indicated by a Youden index of 0.33.

Conclusion: The patient and the therapist version of RiRes cover aspects related to environmental (social- and working environment, employment perspective) and personal factors (dealing with the disease, expectations of treatment, personal characteristics). The items of the RiRes-P can predict activity limitations and participation restrictions and cut-off scores assist with identifying patients



with a less favourable treatment outcome at an early stage. This information may guide assigning interventions or developing treatment options for those patients with less likely to benefit from PIR.

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*, 1-9. doi: 10.3109/09638288.2014.918189

4: Abstracts der Kongressbeiträge

Abstract (Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Augsburg, 2015)

RiRes- Patienten- und Therapeuteneinschätzung zu Risiken und Ressourcen für den Behandlungs(miss)erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation

Brütt, A. L.¹; Magaard, J.¹; Niedrich, J.¹; Schulz, H.¹

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

Hintergrund: Bisher profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen von der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Wird die Reduktion der Symptomatik als Kriterium herangezogen, können krankheitsbedingte Variablen wie der Schweregrad der Erkrankung und Beeinträchtigung, aber auch die Motivation und Arbeitsunfähigkeitszeiten den Erfolg der Behandlung vorhersagen (Lange et al., 2012). Mit der Orientierung an der ICF rücken vermehrt Rehabilitationsziele und damit Erfolgskriterien in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe in den Vordergrund, zudem wird die Bedeutung der umwelt- und personbezogenen Faktoren, die einen Behandlungserfolg erschweren oder fördern, hervorgehoben. Vor diesem Hintergrund sollten in unserem Projekt Kontextfaktoren genauer untersucht und ihr Zusammenhang mit teilhabeorientierten Rehabilitationsoutcomes geprüft werden. In der ersten Projektphase wurde eine Risiko- und Ressourcenliste (RiRes) entwickelt, die Fragen zum sozialen- und Arbeitsumfeld, zur beruflichen Perspektive, zum Umgang mit der Erkrankung und zu Erwartungen an die Behandlung sowie persönliche Angaben umfasst. Ziel der zweiten Projektphase war die Patientenversion und die Therapeutenversion der RiRes hinsichtlich ihrer prognostischen Validität zu überprüfen.

Methodik: Dazu wurden n=712 Patienten sowie ihre Therapeuten mit den entsprechenden RiRes-Versionen (Patientenversion (RiRes-P): 20 Items, Therapeutenversion (RiRes-T): 10 Items) zu Behandlungsbeginn befragt. Zudem wurden Daten zur psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49; Rabung et al., 2009) und zu Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe (ICF-PsychA&P; Brütt et al., 2014) zu drei Messzeitpunkten (Behandlungsbeginn, Behandlungsende, 6-Monats-Follow-up) erhoben. Zur Vorhersage wurden lineare Regressionen berechnet, außerdem wurden Cut-off-Werte mittels ROC-Analysen bestimmt.

Ergebnisse: Mit den 20 Items der Patientenversion der RiRes können 36 bzw. 39 Prozent, mit der Therapeutenversion 13 Prozent der Varianz im ICF-PsychA&P-Gesamtwert zum Follow-up erklärt werden. Außerdem wurden drei Möglichkeiten zur Auswertung der Patientenversion der RiRes sowie zur Definition von Cut-off-Werten als Grundlage für therapeutische Empfehlungen abgeleitet. Wird

ein Summenscore (Range: 0 bis 60) aus den 20 Items der RiRes-P gebildet, so werden 66 Prozent der Patienten mit einem ungünstigen ICF-PsychA&P-Follow-up-Wert bei einem Cut-Off-Wert von 24 identifiziert (Sensitivität), jedoch sind auch „falsch Positive“ (1-Spezifität) zu erwarten. Dies spiegelt sich auch in dem berechneten Youden-Index von 0,33 wider.

Diskussion: In diesem Projekt entstanden die Patienten- und die Therapeutenversion der RiRes, die Fragen zu umweltbezogenen (soziales- und Arbeitsumfeld, beruflichen Perspektive) sowie personbezogenen Faktoren (Umgang mit der Erkrankung, Erwartungen an die Behandlung, persönliche Angaben) enthalten. Mit der RiRes-P können die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sechs Monate nach Behandlungsende mit einer Varianzaufklärung von bis zu 39 Prozent vorhergesagt werden. Anhand der identifizierten Cut-off-Werte kann zudem das Risiko für einen Patienten mit späterem ungünstigerem Verlauf gezielter eingeordnet werden.

Ausblick: Auf dieser der RiRes-Versionen könnten Behandlungsempfehlungen ausgesprochen und Interventionen zugewiesen oder gegebenenfalls speziell für diese Gruppen entwickelt werden, um auch denjenigen Patienten, die bisher nicht nachhaltig von der psychosomatischen Rehabilitation profitierten, eine möglicherweise effektivere Behandlung anbieten zu können.

Literatur:

Brütt, A.L., Schulz, H., Andreas, S. (2014): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. Rehabilitation, doi: 10.1055/s-0034-1384600.

Lange, M., Franke, W., Petermann, F. (2012): Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? Rehabilitation; 51. 392-397.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55. 162-179.

Schlüsselwörter:

Prädiktoren, Risiken und Ressourcen, Kontextfaktoren, psychosomatische Rehabilitation

5: Folien zum Vortrag „Behandlungskonzepte auf Basis individueller Risiken“

Behandlungskonzepte auf der Basis individueller Risiken

Anna Levke Brütt, Julia Maggaard, Jasmin Niedrich, Holger Schulz

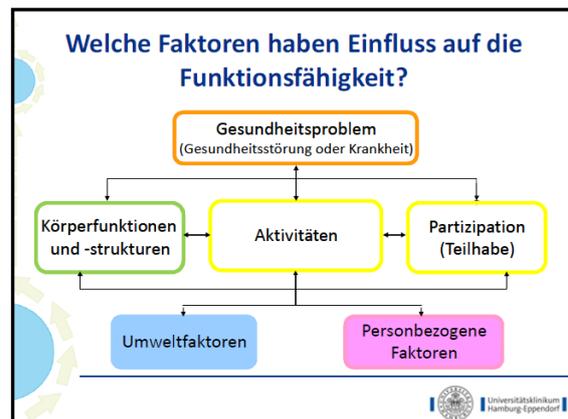
Wie erfolgreich ist die psychosomatische Rehabilitation?

- Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie) (Steffanowski et al., 2007)

... nicht alle Rehabilitanden profitieren gleichermaßen von der Behandlung...

Wer profitiert von psychosomatischer Rehabilitation?

- soziodemographische und klinische Charakteristika sowie motivationale Aspekte sagen den Behandlungserfolg vorher (Fliege et al., 2002; Lange et al., 2012; Oster et al., 2009)
 - „Die standardisierten Instrumente, mit denen Lebensqualität zur stationären Aufnahme, zur Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt erfasst wurde...“ (Fliege et al., 2002)
 - „Datenbasis bildete die Basisdokumentation...“ (Oster et al., 2009)
 - „Die soziodemografischen Daten wurden aus dem Anamnesebogen der Klinik entnommen...“ (Lange et al., 2012)



Was bedeutet Individualisierung in der Rehabilitation?

- Es soll stärker auf die **einzelnen Versicherten** eingegangen werden – unter Berücksichtigung der Anforderungen des Arbeitsmarkts. (Brüggemann et al., 2011)
- **Orientierung am individuellen Bedarf** bildet die Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung
- Individualisierung trägt dazu bei, den **unterschiedlichen Zielgruppen** der Rehabilitation **vergleichbare Entwicklungschancen** zu eröffnen. (Klügel et al., 2015)

Was bedeutet Individualisierung in der Rehabilitation?

- Individualisierung verfolgt den Grundsatz, dass die Gestaltung des Rehabilitationsprozesses sich an den individuellen Interessen, Neigungen und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten orientiert. (Klügel und Riedel, 2015)



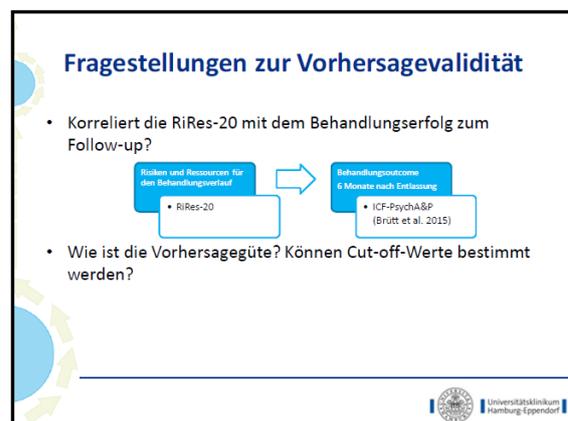
Psychometrische Überprüfung der Risikocheckliste

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

Scoring der RiRes-20

- Summenscore:** Antwortoptionen (4-stufig) werden kodiert. Numerische Antworten (Alter und AU-Wochen) werden in kategoriale Antworten transformiert.
- Der Summenscore kann Werte zwischen 0 und 60 erreichen.

F: Allgemeine Angaben zur Person	
Wie alt sind Sie?	___ Jahre 18-39= 0; 40-49= 1; 50-59=2, 60+3
In welchem Land sind Sie geboren?	
Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	<input type="checkbox"/> stimmt <input type="checkbox"/> stimmt eher <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht <input type="checkbox"/> stimmt nicht
Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. ___ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.	0= 0; 1-25= 1; 26-51=2, 52+3
Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



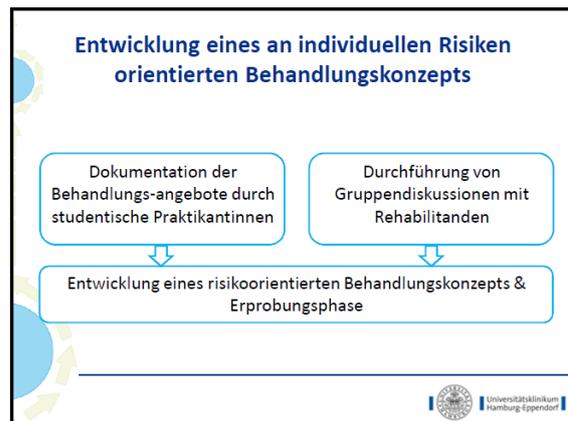
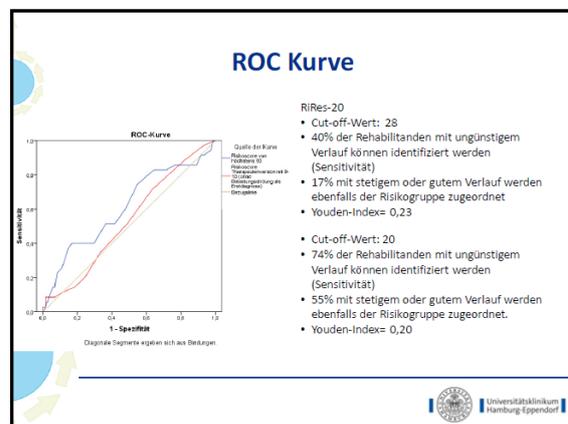
Datenerhebung Stichprobenbeschreibung Follow-up responder (n=335)

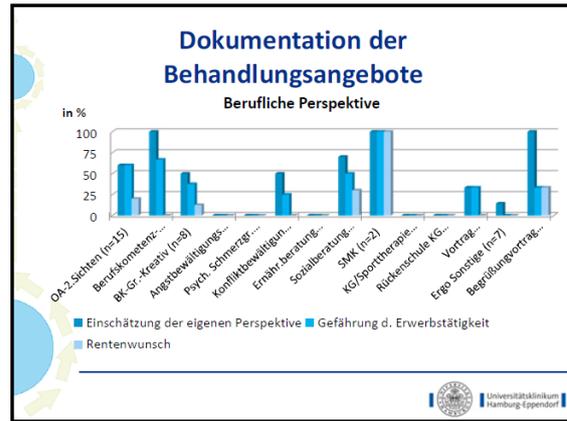
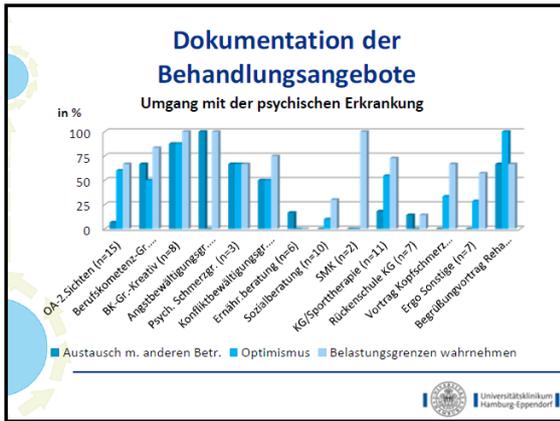
Alter	MW (SD) Jahre	48,92 (10,67)
Geschlecht	% weiblich	74,77
Partnersituation	% fester Partner	63,47
Berufstätigkeit	% berufstätig, Vollzeit	40,75
	% berufstätig, Teilzeit	26,02
	% arbeitslos gemeldet	12,85
Staatsangehörigkeit	% Frührente/Pension/EU-Rente	8,78
	% deutsch	96,63
Geburtsland	% Deutschland (inkl. DDR)	91,16

57 % affektive Störung
15 % Anpassungsstörung
9 % Belastungsstörung
7 % Angststörung

Vorhersage (Regression), RiRes-20 → ICF-PsychA&P Gesamt zum Follow-up

Modell	Fehlende Werte in der RiRes durch MW ersetzt					
	N	R ²	korrr. Zuwachs	Sig.	And. in F	sig.
RiRes-20	321	,421	,384	-	-	>,001
schrittweiser Einschluss der Skalen						
Soziales Umfeld				,124	,000	>,001
+ Umgang mit psych. Erkrankung				,148	,000	>,001
+ Erwartungen an die Behandlung				,015	,084	>,001
+ Arbeitsplatz				,027	,007	>,001
+ Arbeit				,052	,000	>,001
+ Allgemeine Angaben zur Person				,056	,000	>,001





Durchführung von Fokusgruppen zur Rehabilitation

Diese Gespräche, was an nebenbei führt, das macht das, die Gruppen danach dann immer auch einfacher. Man hat weniger Angst oder man öffnet sich mehr [...]

- Umgang mit psychischer Erkrankung
 - Also ich denke, dass es bei mir durchaus Fortschritte gibt. Vor allem wenn es um die Gesundheitsaspekte geht. [Es gibt] eine Vielzahl an Angeboten hier und es ist auch individuell bedient. Aber es ist eben die Frage wie man damit umgeht, was man mitnimmt und was man selbst daraus lernt.
- Berufliche Perspektive
 - Unsere Arbeit spielt auch eine Rolle, d.h. wie man emotional, persönlich bei der Sache ist.
 - Das Thema vom Arbeitsmarkt, dass es da zu wenig Info gibt.
 - Wie geht es nach der Reha zuhause weiter, ich habe da einen Heidenrespekt vor, wieder sofort voll durchzustarten. Da kam aber nichts.

Entwicklung eines risikoorientierten Behandlungskonzepts

- Welche Risiken und Ressourcen werden auf Basis der Dokumentation der Behandlungsangebote und der Fokusgruppe bisher nur wenig berücksichtigt?
- Können Behandlungsangebote dahingehend modifiziert werden?
- Sollten neue Behandlungsangebote entwickelt werden?

Entwicklung eines risikoorientierten Behandlungskonzepts

- Umgang mit psychischer Erkrankung
 - Optimismus
 - Integration in Gruppenangebote
 - Ressourcenorientierte Angebote
- Berufliche Perspektive
 - Zuweisung zum Berufskompetenztraining und zum Sozialmedizinischen Konsil



Schlussfolgerungen

- Berücksichtigung von Kontextfaktoren der ICF
- RiRes-20 Antworten können Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten nach psychosomatischer Rehavorhersagen
- Risikoorientierung der Rehabehandlung durch Behandlungsallokation und -adaptation

Limitationen der Studien

- RiRes
 - Rücklauf zum Follow-up: 47 Prozent
 - Berechnung der Risikoscores
 - Keine Kontrolle für Ereignisse nach Entlassung
- Entwicklung von risikoorientierten Behandlungskonzepten
 - Umsetzbarkeit
 - Generalisierbarkeit

Ausblick

- Überprüfung der Wirksamkeit risikoorientierter Behandlungskonzepte in der psychosomatischen Reha
 - Patientenorientierung
 - Funktionsfähigkeit

Vielen Dank an...

... die beteiligten **Patientinnen und Patienten**
... die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** der Kooperationskliniken
... dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern...
... die gesamte **Arbeitsgruppe** (Prof. Dr. Holger Schulz, Assoz. Prof. Dr. Sylke Andreas, Nora Tüpker, Tabea Berges, Evelyn Schellenberger, Wiebke Rathmann, Anja Schreier und Julia Maggaard).
... und an **Sie** für Ihre Aufmerksamkeit.

Bei weiteren Fragen mailen Sie an abruett@uke.de!

Literatur

- Brütt, A. L., Maggaard, J., Andreas, S. & Schulz, H. (2013). Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe- die Perspektive der Patientinnen und Patienten. *DtV-Schriften*, *Band 101*, 42-44.
- Buchholz, A. & Brütt, A. L. (2013). Assessments zur Operationalisierung der ICF im Kontext von psychischen Störungen - Ein systematisches Review. *DtV-Schriften*, *Band 101*, 96-97.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). *Rehabilitation 2010. Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: Scheunensdruck GmbH.
- Farin, E. (2008). Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, *47(2)*, 67-76.
- Farin, E. (2011). Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. *Gesundheitswesen*, *73(2)*, e1-12.
- Fliege, H., Rose, M., Eroner, J. & Kluge, B. F. (2001). Prädiktoren der Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapeutische Psychosomatische Medizinische Psychologie*, *52(2)*, 47-55.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks [u.a.]: Sage Publications.
- Lange, M., Franke, W. & Heidemann, F. (2012). Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*, *51(6)*, 392-397.
- Mäyring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Oster, J., Müller, G. & Wietesheim, J. (2009). "Wer profitiert?". Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, *48(2)*, 95-102.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfitt, T., Dirmaker, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundgesundheitsrat - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *49(2)*, 175-187.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nöbling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bonn: Heiler.
- WHO. (2001). *ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.