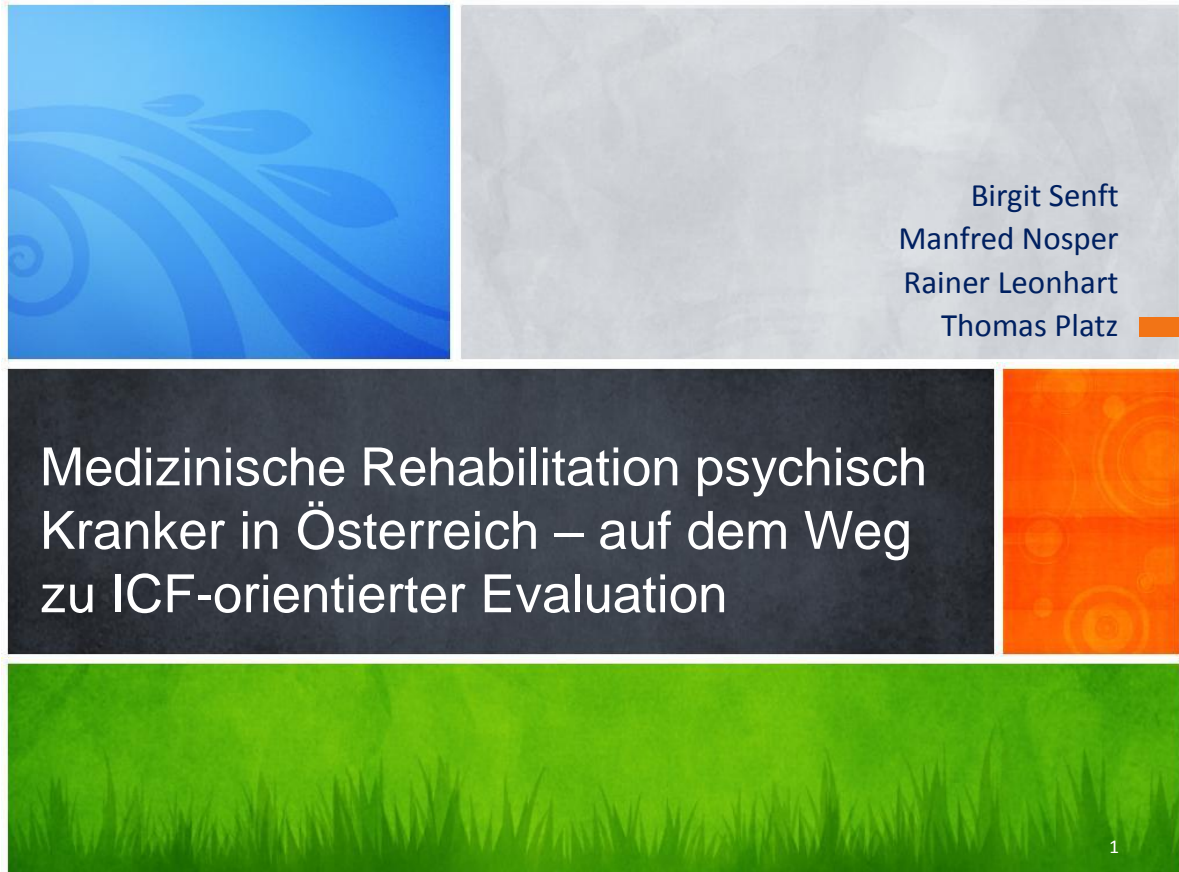


Vortrag beim

22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium

vom 4.3. - 6.3.2013 in Mainz

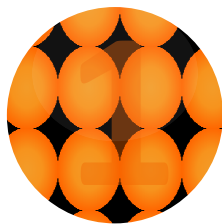


Birgit Senft
Manfred Nosper
Rainer Leonhart
Thomas Platz

Medizinische Rehabilitation psychisch
Kranker in Österreich – auf dem Weg
zu ICF-orientierter Evaluation

1

- **Hintergrund und Fragestellung**
- **Skalenstruktur- und -qualität des ICF-AT-3F**
- **Ergebnisse der Veränderungsmessung**
- **Praktischer und klinischer Nutzen des Einsatzes ICF-orientierter Verfahren**



Hintergrund

ICF-orientierte Evaluation von Rehabilitation



STATIONÄRE MEDIZINISCH PSYCHIATRISCHE REHABILITATION IN ÖSTERREICH

- seit 2002
- aktuell etwa 850 Betten österreichweit
+ 80 ambulante Plätze in Wien seit 2010
- 6 Wochen Dauer (stationär wie ambulant)
- Kostenträger: Pensionsversicherungsanstalt PV (>90 %)

4

Ziele der Rehabilitation:

- Wiederherstellung der Gesundheit im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells
- Beseitigung von Schädigungen/Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe
- Bestmögliche Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld

ICF-orientierte Evaluation von Rehabilitation



Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation hat in Österreich eine relativ junge Tradition, erst seit 2002 wird sie angeboten und wurde in 2 Einrichtungen im Rahmen eines Pilotprojekts gestartet. Bei uns in Klagenfurt und im Sonnenpark in Bad Hall in Oberösterreich.

Aktuell gibt es 850 Betten mit einer überwiegenden Behandlungsdauer von 6 Wochen. Die Kosten werden in fast allen Fällen von der Pensionsversicherungsanstalt übernommen.

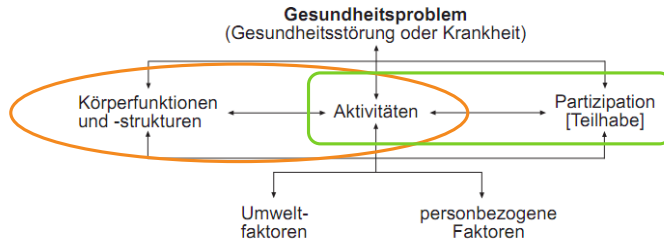


Tabelle 2: Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Informationsmatrix

Domänen		Qualifikatoren	
		Leistung	Leistungsfähigkeit
d1	Lernen und Wissensanwendung		
d2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
d3	Kommunikation		
d4	Mobilität		
d5	Selbstversorgung		
d6	Häusliches Leben		
d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
d8	Bedeutende Lebensbereiche		
d9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben		



Diagnostik in der Rehabilitation:

Eine Zeitlang wurde auch das BDI Beck Depressionsinventar erhoben sowie spezifische Fragebögen zu Angstsymptomatik und Beschwerden.

Zur Erfassung der Zufriedenheit verwenden wir den ZUF8 (Schmidt et al.) – ergänzt durch eigene Items

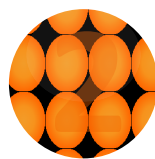
Somit lag der Fokus der Evaluation primär auf dem Bereich der Körperfunktionen und Strukturen – und durch die Einbeziehung der Lebensqualitätsskala auch auf der Erfassung von Aktivitäten.

Partizipation und Teilhabe wurden aus unserer Sicht zu wenig berücksichtigt, was uns dazu veranlasste, ein ICF-konformes Instrument einzusetzen. Zur Fremdeinschätzung haben wir bereits Erfahrungen mit dem ICF-APP (Linden et al.) gesammelt.

Mit dem ICF-3F-AT haben wir auch ein an die ICF angelehntes Selbstbeurteilungsinstrument.

In der Systematik der ICF sind Aktivitäten und Teilhabe im Kapitel D angesiedelt.

ICF-3F-AT

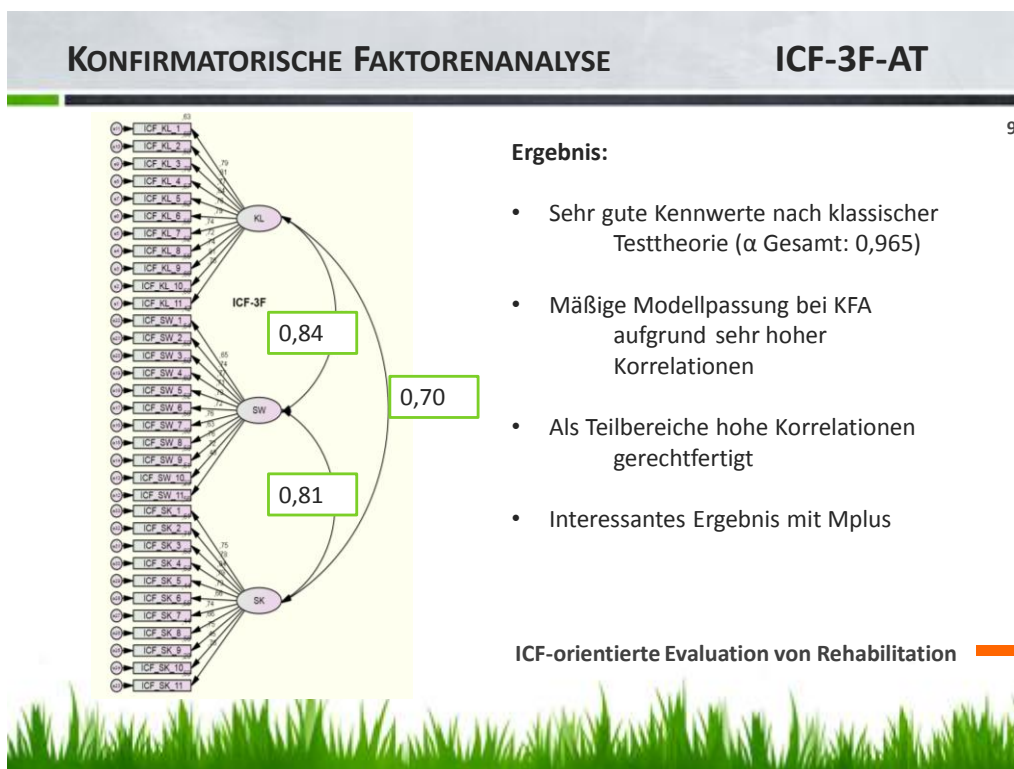


Ergebnisse zur Faktorenstruktur und -qualität



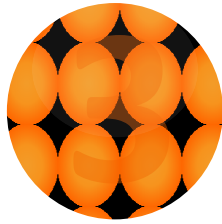
ICF-3F-AT-FAKTOREN	JE 11 ITEMS
Ich kann ...	
Kognitive Leistungsfähigkeit	KL: Cronbach's Alpha: 0,937
... geistige Anforderungen bewältigen	
... mich konzentrieren	
... nötige Dinge im Gedächtnis behalten	
Selbstwirksamkeit	SW: Cronbach's Alpha: 0,919
... meine Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen verstehen	
... mir selbst etwas zutrauen	
... in meinem Alltag zurecht kommen	
Soziale Kompetenz	SK: Cronbach's Alpha: 0,904
... mich mit anderen angenehm unterhalten	
... diskutieren und meinen Standpunkt vertreten	
... Kritik annehmen und angemessen reagieren	Nosper (2010)

Hier sind die drei Skalen des ICF-3F-AT mit einigen Item-Beispielen dargestellt. Manfred Nosper hat schon 2010 ausgezeichnete Werte für Cronbach's Alpha errechnen können.



Gemeinsam mit Rainer Leonhart haben wir eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt und hohe Faktorreliabilitäten errechnet. Die Modellgüte muss aber nur aufgrund der hohen Korrelationen als mäßig bezeichnet werden. Das hohe Cronbach's Alpha überrascht auch aufgrund der großen Anzahl von Items nicht und lässt die Frage offen, ob drei Skalen notwendig sind, oder eigentlich ein Generalfaktor sinnvoll wäre.

Auch Schliehe und Ewert (2012, Rehabilitation) sprechen von einer hohen Korrelation zwischen Aktivitäten und Partizipation. Inzwischen haben wir ein neues Ergebnis mit Mplus – basierend auf kategorialem Skalenniveau, wo sich nur mittlere Korrelationen zwischen den Faktoren zeigen. Diese Ergebnisse sind aber noch nicht publikationsreif.

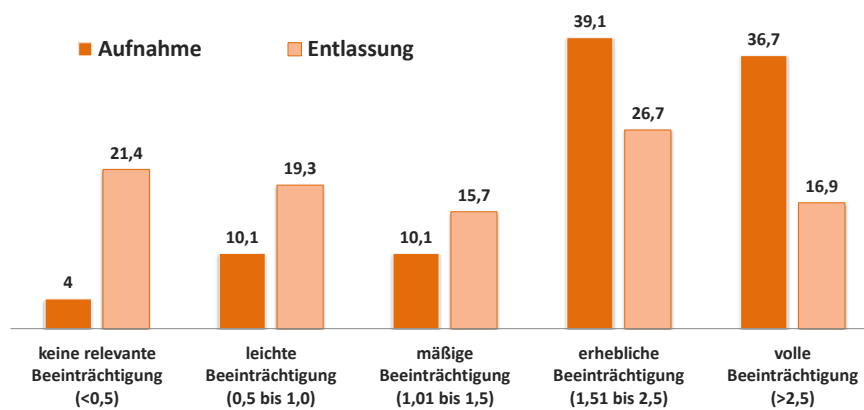


Ergebnisse zur Veränderungsmessung

ICF-orientierte Evaluation von Rehabilitation

SW SELBSTWIRKSAMKEIT: AUFNAHME - ENTLASSUNG

11



ICF-orientierte Evaluation von Rehabilitation

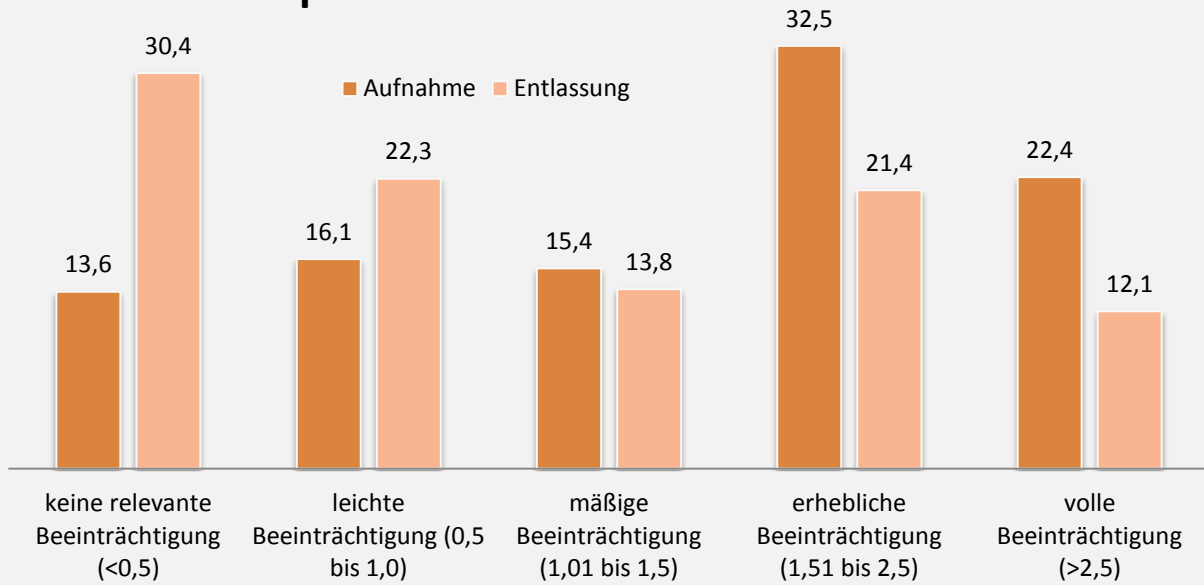
Aus meiner Perspektive als Evaluatorin ist natürlich interessant, wie veränderungssensitiv ein Instrument ist. Wie man hier sieht, ist bei der Aufnahme mit 75,8% ein großer Anteil der Patient(inn)en erheblich oder voll beeinträchtigt.

Bei der Entlassung reduziert sich dieser Anteil auf 43,6 % erheblich oder voll beeinträchtigter Patient(inn)en.

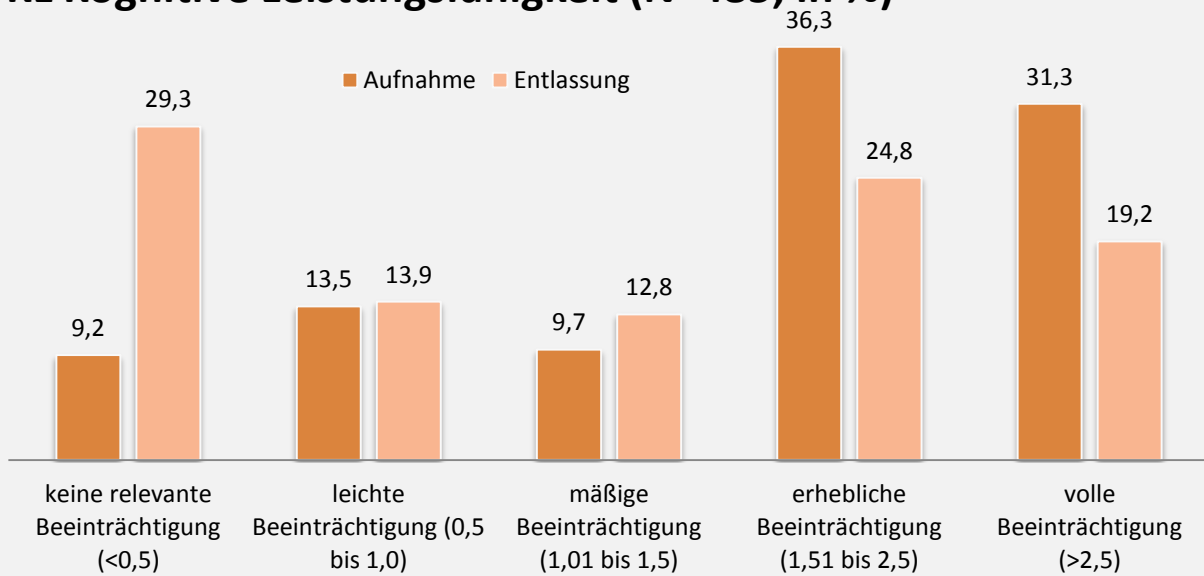
Normwerte in Form von T- oder Z-Werten liegen derzeit noch nicht vor, die Klassifikation beruht auf der Angabe des Autors.

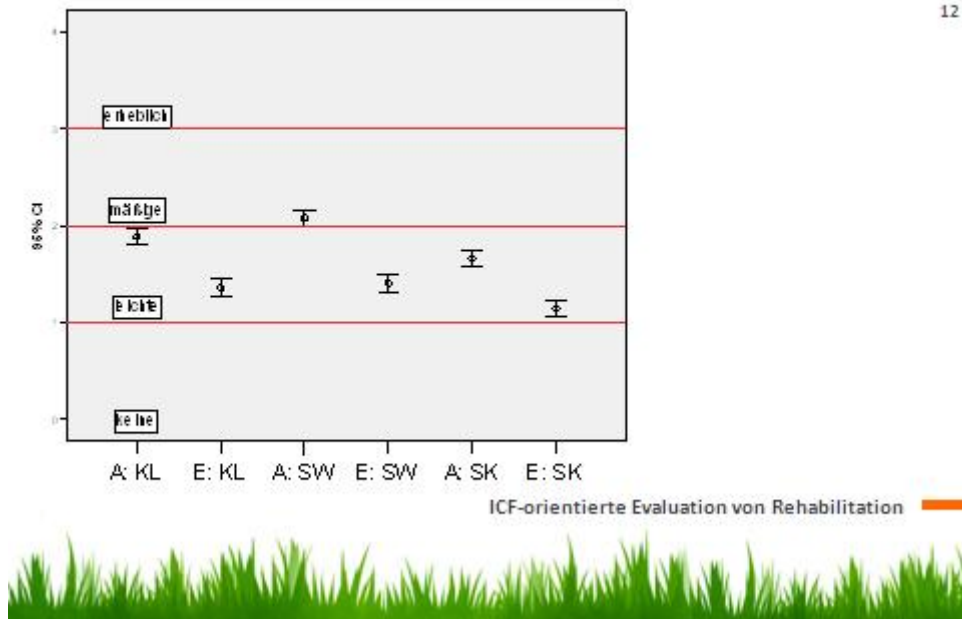
Auf der nächsten Seite sind die Ergebnisse für die Skalen kognitive Leistungsfähigkeit und soziale Kompetenz.

SK Soziale Kompetenz



KL Kognitive Leistungsfähigkeit (N=485; in %)





Hier sieht man die Mittelwerte mit jeweiligem 95%-Konfidenzintervall, die Intervalle überschneiden sich jeweils nicht, d.h., die Unterschiede sind signifikant.

Die Mittelwerte liegen bei Aufnahme meist im Bereich eines mittleren und bei Entlassung im Bereich eines kleinen Problems. Es sind also weder ausgeprägte Boden- noch Deckeneffekte feststellbar.

Die Veränderung in den Skalen sind auch nicht durchgängig vom Ausgangswert abhängig

Korrelation A-KL mit Diff KL = -0,049

Korrelation A-SW mit diff SW = 0,325

Korrelation A-SK mit diff SK = 0,494

Effektgrößenvergleich:

Hier sieht man als Referenzgröße die mittlere Effektgröße im GSI von 0,57 zwischen Aufnahme und Entlassung aus der MESTA-Studie.

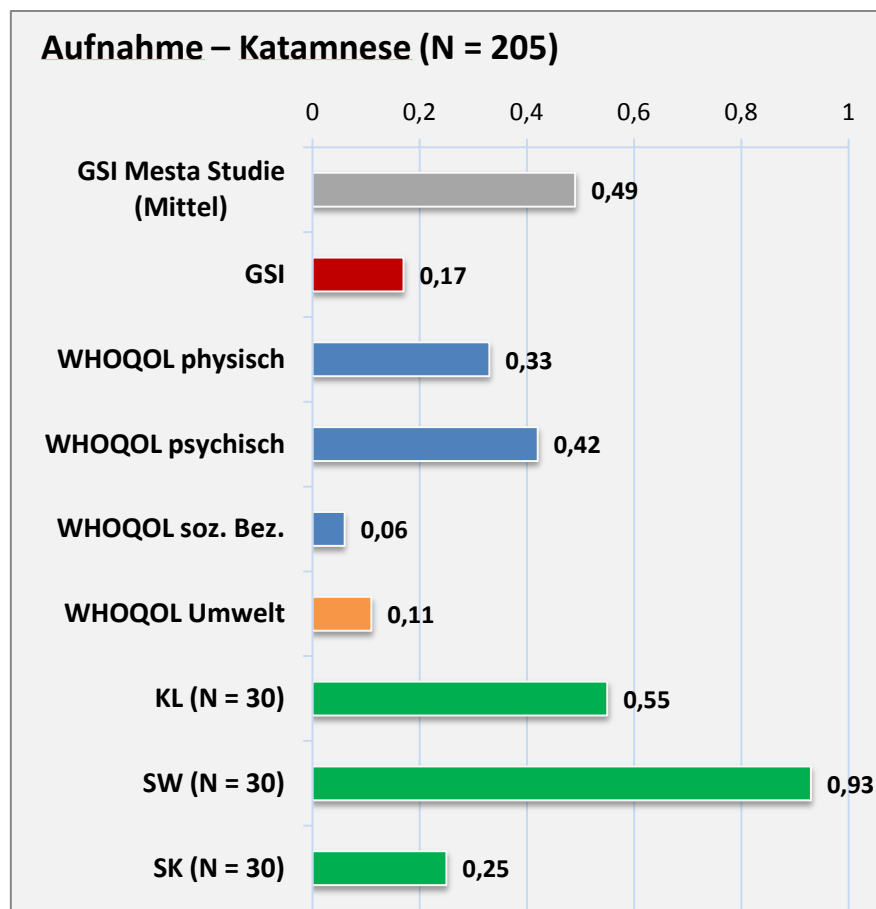
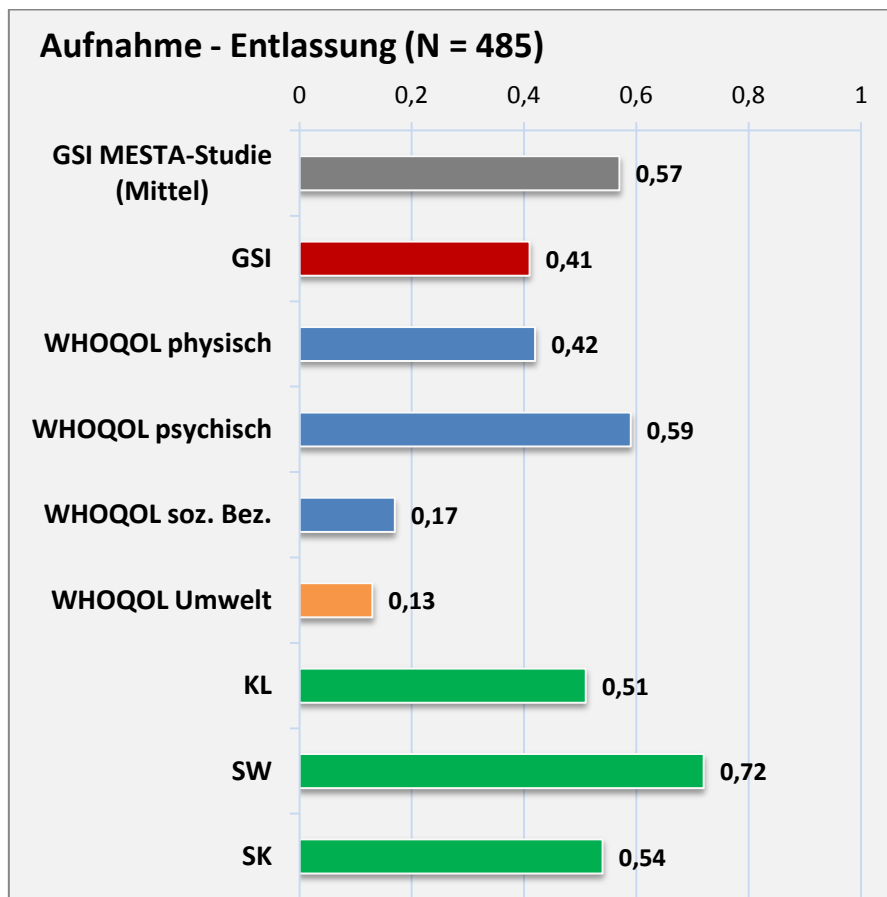
Wir liegen mit unserer Effektgröße von 0,41 doch deutlich darunter – was aber, wie schon berichtet, mit der hohen Ausgangsbelastung und der starken Chronifizierung unserer Klientel zusammenhängt. Da 30 % befristet pensioniert sind und 12 % einen Rentenantrag gestellt haben, kann von einem gewissen Anteil an Rentenbegehren ausgegangen werden.

Die Effektgrößen der ICF-3F-AT Skalen liegen da durchaus im erfreulichen Bereich, auch im Vergleich zu den WHO-QOL-BREF-Skalen.

Katamnestische Daten zum ICF-3F-AT liegen leider nur für eine kleine Stichprobe vor, es zeigt sich aber ein äußerst erfreulicher Trend. Für die Skalen kognitive Leistungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit liegt die Effektgröße sogar über jener zum Entlassungszeitpunkt. Die Stabilität dieser Ergebnisse muss natürlich noch belegt werden. Im Vergleich dazu ist der Effekt der körperlichen und psychischen Symptombelastung mit einer Effektgröße von 0,17 für die Gesamtgruppe nach einem Jahr so gut wie nicht mehr nachweisbar.

Im Vergleich dazu hat sich die Effektgröße der psychosomatischen Kliniken der MESTA-Studie mit einer Reduktion von 0,57 auf 0,49 sehr gut gehalten

Effektgrößenvergleich

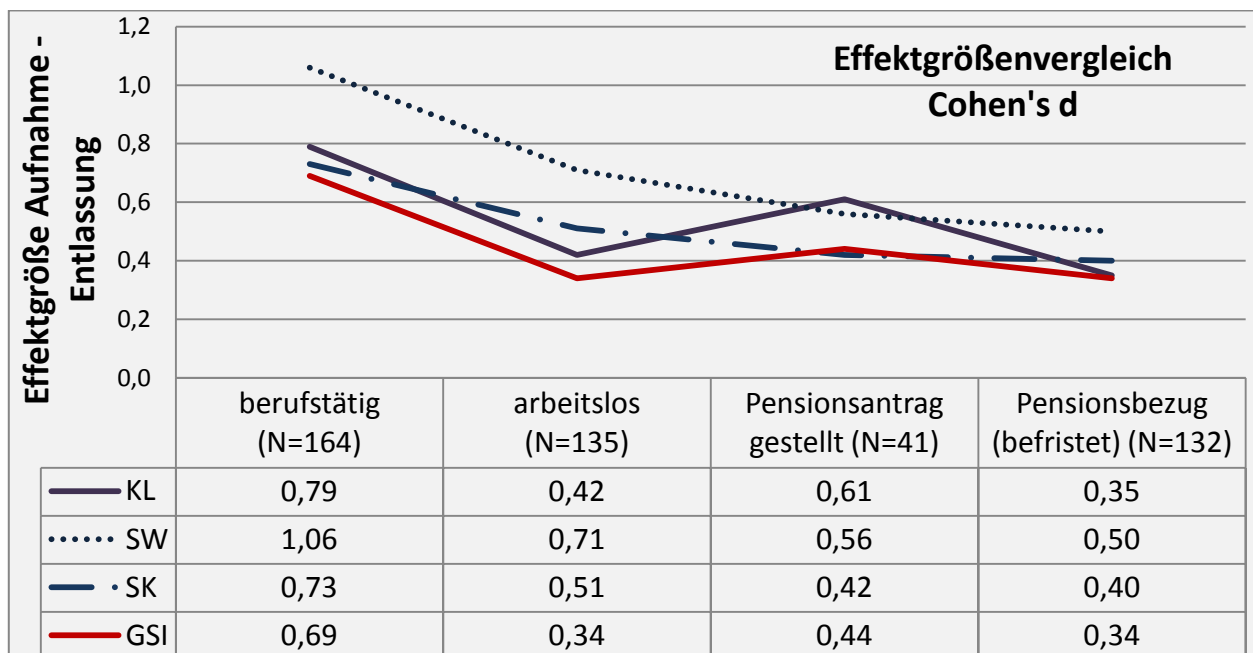


Effektgrößenvergleich: Aufnahme – Entlassung

Hier sind die Effektgrößen für Patient(inn)en mit unterschiedlichen beruflichen Status dargestellt.

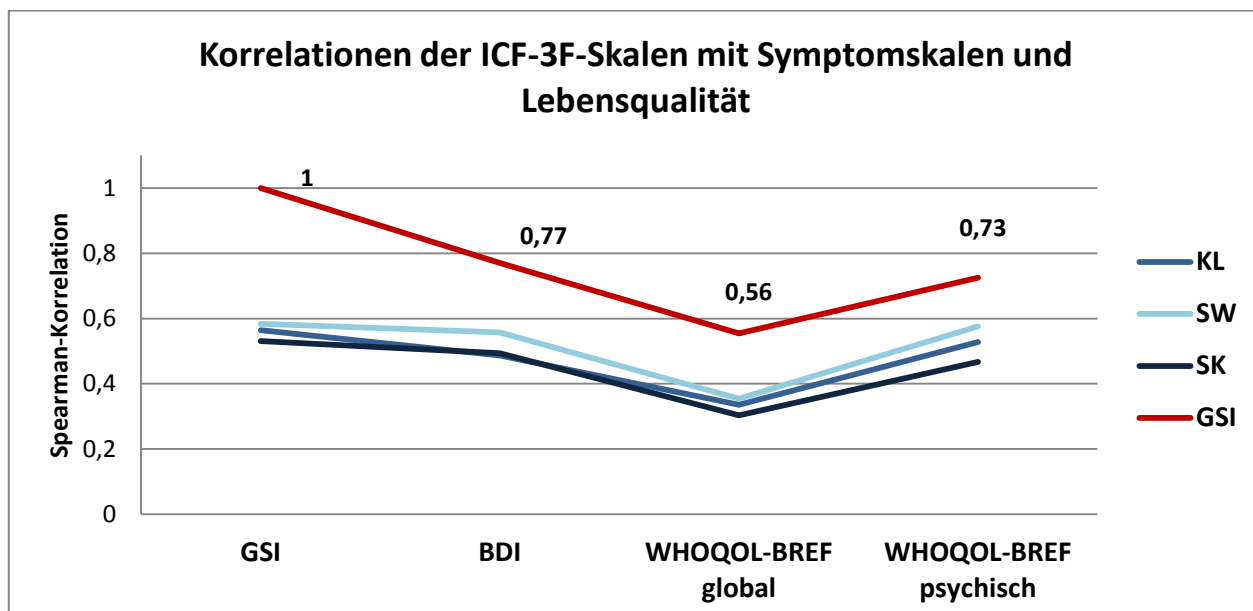
Es zeigt sich bei berufstätigen Patient(inn)en eine deutlich bessere Effektgröße als für die anderen Patient(inn)en, wobei die ES der ICF-3F-Skalen deutlich über jenen des GSI liegen.

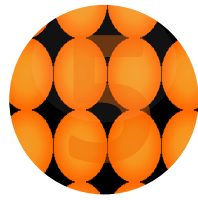
Insbesondere bei der Skala Selbstwirksamkeit zeigen sich akzeptable Effektgrößen auch für Rentenantragsteller(innen) und Pensionsbezieher(innen).



Zum Abschluss eine Übersicht über Korrelationen der ICF-3F-AT-Skalen mit anderen Measurements.

Korreliert man die Differenzwerte im GSI mit den Differenzwerten in den drei ICF-3F-AT-Skalen zeigen sich kleine Zusammenhänge zwischen 0,23 und 0,33 - während die Differenzwerte von BDI und BSI mit 0,7 korrelieren. Somit zeigen sich deutliche Hinweise auf eine gute differenzielle Validität





Zusammenfassung

Grundlagen klassische Testtheorie █

Fazit ICF-3f-AT

- Grundsätzlich gute Skalenqualität bei hohen Korrelationen der Faktoren gute Verständlichkeit der Items mit positiv konnotierter Formulierung
- Gute Veränderungssensitivität (auch bei Patientengruppen, die bei symptombezogenen Skalen wenig Veränderung zeigen)
- Differenzielle Validität scheint durch mittlere bis geringe Korrelationen mit symptombezogenen Skalen gewährleistet
- Klinische Nützlichkeit eines Gesamtwerts als Maß für die Beeinträchtigung leistungsrelevanter psychosozialer Aktivitäten
- Erste Ergebnisse weisen auf nachhaltige Veränderungen bei den ICF-3F-AT Skalen hin

Entscheidung für das Instrument aufgrund positiver Formulierungen der Items

Ich kann vs. Ich bin beeinträchtigt oder es fällt mir schwer bei anderen Instrumenten

Entspricht meiner Meinung nach auch eher der Intention der ICF

Ein anderes Instrument zur Erfassung der Selbstwirksamkeit erfasst scheinbar ein stabileres Merkmal, bei der gleichen Klientel waren Effektgrößen von 0,22 bei Entlassung und von 0,13 ein Jahr nach Reha-Ende zu verzeichnen. Insgesamt eine gute Ergänzung zu symptombezogenen Skalen oder Lebensqualitätsskalen.

Zusammenfassung medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich

- Hoher Anteil an Patient(inn)en mit ungünstiger Reha-Prognose ...
- aber Recht auf Reha und noch fehlende Alternativen
- Gute Effekte im Bereich beeinträchtigter Aktivitäten und Teilhabe
- künftig stärkere Orientierung an ICF bei der Evaluation der Rehabilitation
- Herausforderung der Entwicklung einer empirisch fundierten Handlungstheorie menschlicher Aktivitäten

Beitrag im Tagungsband:

Medizinische Rehabilitation psychisch Kranker in Österreich - auf dem Weg zu ICF-orientierter Evaluation

Senft, B.¹, Nosper, M.², Leonhart, R.³, Platz, T.¹

¹Reha Klinik für Seelische Gesundheit GmbH, Klagenfurt

²Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

³ Institut für Psychologie, Abteilung für Sozialpsychologie und Methodenlehre, Universität Freiburg

Hintergrund und Ziele

Zu den Leistungen der Pensionsversicherungsanstalt (PV) in Österreich gehören Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit soweit zu steigern, dass krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben vermieden wird. Die medizinische Rehabilitation psychischer Erkrankungen wird als interdisziplinäre und multimodale Komplexbehandlung in Fachkliniken mit einer einheitlichen Dauer von 6 Wochen durchgeführt. Während diese Versorgungsform als psychosomatische Rehabilitation und RPK-Rehabilitation in Deutschland eine lange Tradition hat, ist die psychiatrisch-psychosomatische Rehabilitation in Österreich erst 2002 als Pilotprojekt gestartet worden. Aktuell gibt es etwa 850 Betten österreichweit und eine Einrichtung für ambulante Rehabilitation. Die vom Kostenträger vorgeschriebene Evaluation berücksichtigt ausschließlich Symptombelastung und Lebensqualität. Von Seiten der Kliniken und des Kostenträgers wird eine ICF-orientierte Evaluation der Maßnahme angestrebt.

Methodik

Untersucht wurden in einem naturalistischen Prä-Postdesign (ohne Kontrollgruppe) 485 Patienten in den Bereichen Symptombelastung (BSI; Franke, 2000; und BDI, Hautzinger et al., 2006) sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Lebensqualität (ICF-AT-3F, Nosper, 2008; WHOQOL-BREF, Angermeyer et al., 2000).

Patientencharakteristika: 71% weiblich, $M_{\text{Alter}} = 45,61$ Jahre, $SD_{\text{Alter}} = 9,62$ Jahre, berufstätig 34%, arbeitslos 28% und (befristet) pensioniert 36%. Diagnosen nach ICD-10: F3 55%, F4 39% und 6% sonstige. Besonderes

Augenmerk wurde die Eignung des ICF-AT-3F (Nosper) gelegt. Das Verfahren misst auf der Ebene von Aktivitäten die Dimensionen Kognitive Leistungsfähigkeit (KL), Selbstwirksamkeit (SW) und soziale Kompetenz (SK). Es wurde entwickelt aus dem Basisitempool des ICF-AT-50 an einer Stichprobe von Patienten einer deutschen RPK, um die aktivitätsorientierten Rehabilitationsziele dieser Patientengruppe spezifischer abzubilden. Die Skalenqualität wurde in dieser Stichprobe mittels Reliabilitätsanalyse nach klassischer Testtheorie wie auch durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse erneut überprüft.

Ergebnisse

Zwischen Aufnahme und Entlassung zeigen sich unterschiedliche Effekte einzelner Teilgruppen (Abb. 1). Eine ungünstige Rehabilitationsprognose hatten 65,3% der Patienten, weil sie arbeitslos waren, einen Pensionsantrag gestellt hatten oder bereits pensioniert waren. Sie erreichten nur mittelgradige Effektstärken. Gute Effekte ergaben sich für die Gruppe der Berufstätigen mit einer Symptomreduktion von GSI $ES = 0,69$, Kognitive Leistungsfähigkeit $ES = 0,79$, Selbstwirksamkeit $ES = 1,06$ und Soziale Kompetenzen $ES = 0,73$. Die Effekte im Bereich der für die Berufstätigkeit relevanten Aktivitäten waren höher als jene der Symptomreduktion.

Die Skalen des ICF-AT-3F korrelieren bei Aufnahme mittelstark mit der Symptombelastung ($r_{\text{Spearman}} 0,53 - 0,58$), mit Depressionssymptomen ($r_{\text{Spearman}} 0,49 - 0,56$) und mit der Lebensqualität ($r_{\text{Spearman}} 0,30 - 0,58$).

Die Faktoren des ICF-AT-3F korrelieren konstruktionsbedingt auf Ebene der Items und Skalen hoch ($>0,7$) miteinander ($>0,7$) (Abb. 2). Das konfirmatorische Messmodell erbrachte einen mäßigen Modell-Fit ($\chi^2(492)=2245,396$, $p<0,001$, $RMSEA=0,086$, $CFI=0,847$, $NFI=0,813$, $TLI=0,825$) bei hoher Faktorreliabilität ($Rel_{\xi} >0,9$), hinreichend erklärter Varianz ($DEV \geq 0,5$) und niedriger Diskriminanzvalidität (Fornell-Larcker-Ration 1,17 bis 1,40).

Diskussion

Im Unterschied zur psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland ist in Österreich der Anteil von Rehabilitanden mit ungünstiger Ausgangsprognose mit 2/3 der Fälle sehr hoch. Die Veränderungsmessung zeigt, dass diese Fälle im Unterschied zu den noch berufstätigen Rehabilitanden nur mäßig von der Rehabilitation profitieren. Dies wirft die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Leistung in dieser Form auf. Zu diskutieren wäre eine Trennung zwischen sozialmedizinischer Klärung und Probebehandlung mit kürzerer Verweildauer und Rehabilitation in voller Länge nur bei günstigem Verlauf. Berufstätige erreichten gleich gute Effekte wie bei vergleichbaren Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland (Steffanowski et al., 2007). Besonders positiv ist der Befund, dass neben der Besserung von Symptomen hohe Effekte im Bereich beeinträchtigter Aktivitäten erreicht wurden. Damit erfüllt die Rehabilitation insbesondere den trägerspezifischen Auftrag, für die Tätigkeit unmittelbar relevante Fähigkeiten zu fördern. Der ICF-AT-3F erwies sich als geeignetes Instrument für die Statusmessung und Veränderungsmessung von Aktivitäten. Dem Ziel einer ICF-orientierten Evaluation ist die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Österreich somit einen Schritt näher gekommen.

Literatur

Angermeyer, M., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000): *WHOQOL - 100 und WHOQOL - BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Franke, G. H. (2000): *BSI Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version - : Manual*. Göttingen: Beltz.

Hautzinger, M., Keller F., & Kühner, C. (2006): *BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision: Manual*. Frankfurt: Harcourt Test Services.

Nosper, M. (2008): *ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen*. DRV-Schriften Band 77, S. 127-128.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2007): *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie (1. Aufl.)*. *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik (48)*. Bern u.a.: Huber.

Schlüsselwörter: Rehabilitation psychisch Kranker, ICF-Diagnostik, Rehabilitationserfolg, Evaluation