

Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychotrischer Rehabilitation

Birgit Senft und Tanja Klautzer Reha-Klinik für Seelische Gesundheit; Klagenfurt



Certified ISO 9001 by



Einleitung:

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit GmbH wurde im März 2002 als Sonderkrankenanstalt zur medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Beschwerden eröffnet. Das multiprofessionelle Team der Reha-Klinik bietet insgesamt über 50 verschiedene Therapie- und Behandlungsformen an, die dem jeweiligen Behandlungsziel entsprechend ausgewählt bzw. verordnet werden. Neben einer umfassenden klinisch-psychologischen Diagnostik, sowie einer psychologischen, medizinischen und pflegerischen Behandlung gibt es eine Vielzahl an therapeutischen Methoden. Innerhalb eines geschlossenen sechswöchigen Turnus liegt das Hauptaugenmerk zum einen auf (geschlossenen) störungsspezifischen zum anderen auf störungsübergreifenden Gruppen. Einige Therapieformen (z. Bsp.: Biofeedback, EMDR, Familienaufstellung, SIB, Shiatsu) werden im Einzelsetting durchgeführt. Die störungsspezifischen Gruppen bestehen aus bis zu 8 Patienten und 2 Therapeuten bzw. Klinischen Psychologen. Jedem Patienten steht ein Bezugsbetreuer zur Seite, in der Regel ein Therapeut/Klinischer Psychologe aus der störungsspezifischen Gruppe, der für die Anliegen eines einzelnen Patienten zuständig ist. Die hauptsächlich in der Gruppe stattfindende therapeutische/psychologische Behandlung wird bei Bedarf durch Einzelgespräche mit dem jeweiligen Bezugsbetreuer ergänzt. In der Reha-Klinik werden unterschiedlichste Störungsbilder behandelt, wobei die Diagnose der Affektiven Störungen überwiegt, gefolgt von Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen und Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen (F3: 61%; F4: 19%; F2: 11%; nach ICD 10, n=639 35% männlich, 62% weiblich).

Besonders hohen Stellenwert in der Reha-Klinik hat neben der klinisch psychologischen Diagnostik die Evaluation. Die routinemäßig durchgeführten Untersuchungen durch Fragebögen (Behandlungsbeginn und -ende, Katamnese nach 3 Monaten und nach einem Jahr) ermöglichen sowohl eine Beurteilung als auch eine Optimierung des Behandlungsverlaufs und -erfolgs.

Methode:

Für die Dokumentation und laufende Begleitforschung der Rehabilitation wird kontinuierlich folgendes Assessment durchgeführt: Befragung der Patienten zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt mittels psychometrischer Testverfahren (FMP; WHOQOL-BREF; BSI; BDI; STAI; ZUF8) sowie eines selbst erstellten Instruments zur Erfassung soziodemographischer und krankheitsbezogener Daten (Art und Dauer der Erkrankung, Einschätzung der Beeinträchtigungen und Erwartungen an den Aufenthalt, sowie der selbst eingeschätzten Veränderung). Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Reha-Behandlung wird 3 Monate und 1 Jahr nach Reha-Ende eine Katamnese durchgeführt, der Rücklauf beträgt etwa 60%. Im Rahmen der Evaluation wurde bisher primär das Ausmaß der Veränderung der psychometrischen Testwerte in Form von Effektstärken, sowie die Häufigkeit und Länge von Krankenständen und stationären Aufenthalten, und der berufliche Status im Verlauf berechnet, zumeist auf univariater Basis. Die Problematik bei der Effektstärke besteht darin, dass die jeweils gesamte Gruppe bewertet wird, und klinisch bedeutsame Veränderungen auf Einzelebene dabei nicht erkennbar sind. Für diese Studie wurde aus diesem Grund für alle Probanden der RCI (Reliable Change Index: Differenz prä-post/se) für die wichtigsten psychometrischen Verfahren berechnet und weiteren Analysen unterzogen.

Da dies alleine der Komplexität des Themas aber nicht gerecht werden kann wird auf Grundlage dieser Ergebnisse in nachfolgenden Studien die Beziehungen relevanter Prädiktoren und Outcomekriterien in einem linearen Strukturgleichungsmodellmodell untersucht.

Prädiktoren für Reha-Erfolg:

Dauer der Erkrankung und Diagnose:

Zwischen der Dauer der Erkrankung (N=540; M=10,3 Jahre; SD=8,7) und den RCI-Werten von BSI; BDI und zwei WHOQOL-Skalen besteht nahezu eine Nullkorrelation, der Zeitpunkt wann der erste Arztbesuch aufgrund psychischer Probleme stattfand (N=365; M=7,5 Jahre; SD=7,5) spielt ebenso keine Rolle. Die stärkste Ausgangsbelastung weisen Patienten der Gruppe F3 auf, hinsichtlich des Erfolgs (Veränderung Psychometrie) sind keine sig. Unterschiede feststellbar.

Ausgangswerte in der Psychometrie:

89% alle Patienten weisen im BSI T-Werte ≥ 63 ; und 76% ≥ 70 auf, die Korrelation zwischen Reliable Change Index und Aufnahmezeitpunkt beträgt bei der Entlassung .41; bei den Katamnesen .26 (ZP.:K) und .32 (ZP.:Z). Somit ist der Ausgangswert im BSI nur bedingt als Prädiktor für den Reha-Erfolg geeignet.

Beim BDI zeigt sich eine ähnlich hohe Ausgangssymptomatik, 17% aller Patienten liegen im unauffälligen, 21% im mild bis mäßigen, und 62% aller Klienten im klinisch relevanten Wertebereich. Die Korrelation mit dem RCI beträgt (E.:38; K.:29; Z.:32).

Da sich bei den WHOQOL-BREF-Skalen kaum signifikante Veränderungen zeigen fallen die Korrelationen unbedeutend aus.

Therapiemotivation und Leidensdruck

Im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch wird die Motivation und der Leidensdruck der Patienten eingeschätzt, diese Werte korrelieren nicht mit den globalen Einschätzungen des Therapieerfolgs von Therapeuten und Patienten am Ende des Aufenthalts, ebenso wenig mit den RCI-Werten für BSI und BDI.

Die Summe des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (Cronbach's $\alpha = .53$) korreliert nicht nennenswert mit den RCI-Werten für BDI und BSI.

Beruflicher Status:

In bisherigen Untersuchungen zeigte sich, dass der Berufsstatus ein wichtiger Prädiktor für den Reha-Erfolg ist. Noch im Berufsleben stehende oder arbeitslose Klienten sind etwas motivierter als Pensionsantragsteller oder -empfänger. Die Ausgangsbelastung ist bei Berufstätigen signifikant niedriger als bei allen anderen Gruppen (p=0,4).

Beim RCI für das BSI zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, dabei weist die Gruppe der Pensionsempfänger (N=182) signifikant niedrigere Veränderungswerte auf, was der positiven Korrelation zwischen BSI und RCI (Abb.1) widerspricht. Beim RCI für das BDI zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede, zu allen Zeitpunkten weisen hier Arbeitslose (N=107) und Pensionsempfänger schlechtere Werte auf. Bei der Lebensqualität unterscheiden sich nur die Ausgangswerte.

Ergebnisse:

Überschnitten von Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychiatrischer Rehabilitation werden deutlich. Dabei gestaltet sich die Suche nach brauchbaren Prädiktoren schwierig. Der Berufsstatus scheint am zuverlässigsten Gruppen mit Unterschieden in den Veränderungen der Symptombelastung zu differenzieren (s.Abb.2). Kein Zusammenhang des Behandlungserfolgs ist hingegen mit der Dauer und Art der Erkrankung erkennbar, auch nicht mit Alter und Geschlecht. Der Fragebogen zur Therapiemotivation ist ebenso kein zuverlässiger Prädiktor für Rehabilitationserfolg. Die Einschätzungen von Motivation und Leidensdruck zu Reha-Beginn korrelieren nicht mit den Einschätzungen des Reha-Erfolgs durch die Therapeuten und Patienten.

Als wichtigste Outcomekriterien erwiesen sich die Veränderungen der psychometrischen Testkennwerte, die Dauern von Krankenständen und stationären Aufenthalten im Jahr vor und nach der Rehabilitation sowie die Zufriedenheit der Patienten.

Diskussion:

Stationäre psychiatrische Rehabilitation findet im Brennpunkt der Zielsetzungen von Kostenträgern, Patienten und Therapeuten statt, diese Zielsetzungen können selten direkt kommuniziert werden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Maßnahme kann nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden, ist nicht direkt operationalisierbar, und hängt möglicherweise mit Angst vor dem Verlust von Ansprüchen zusammen. Es können keine objektiven Daten in die Auswertung miteinbezogen werden, der überwiegende Teil besteht aus Selbsteinschätzungen der Patienten. Die Evaluation findet größtenteils in Form einer Überprüfung der Ergebnisqualität statt, Struktur- und Prozessqualität werden in diesem Assessment eher in geringerem Ausmaß berücksichtigt. Die indirekten Veränderungsmessungen überwiegen gegenüber den direkten. Das Interesse an Prädiktoren darf nur im Sinne einer Optimierung der Behandlung (z.B. in Form einer Intervention zur Steigerung der Motivation oder einer Änderung des Settings) gesehen werden, denn unabhängig vom Erfolg hat jeder Patient Anspruch auf die Behandlung.

Weiters ist die Anwendung der psychometrischen Testverfahren kritisch zu betrachten. Überlappungen sind fast unvermeidlich, in einer nachfolgenden Studie wird die Reliabilität in Zusammenhang mit der Veränderungssensitivität untersucht. Zusätzlich werden die qualitativen Fragebogendaten einer Auswertung unterzogen, welche mit Sicherheit einen ähnlich hohen Erklärungswert liefern können wie diese Berechnungen. Auf Basis dieser Ergebnisse sollen die Beziehungen zwischen Prädiktoren und Outcomekriterien in einem SEM-Modell untersucht werden.

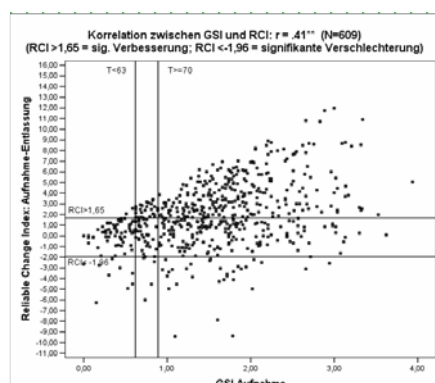


Abbildung 1: Korrelation zwischen GSI-Aufnahmewert und Reliable Change Index

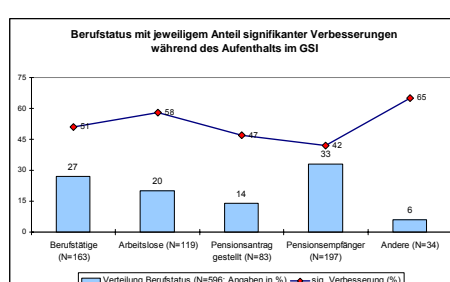


Abbildung 2: Verteilung des Berufsstatus mit dem jeweiligen Anteil signifikanter Verbesserungen im BSI (Aufnahme-Entlassung)

Outcomekriterien für den Reha-Erfolg

Veränderung psychometrischer Testkennwerte:

Das BSI erwies sich als sehr reliables Instrument (Cronbach's $\alpha = .96$). Beim Reliable Change Index (N=590) zeigt sich zum Entlassungszeitpunkt bei 49% aller Probanden eine signifikante Verbesserung, bei den Katamnesen 3 Monate und 1 Jahr nach Reha-Ende ist das bei je 35% aller Klienten der Fall. Dabei unterscheiden sich Responder und Nonresponder zu Katamnesezeitpunkten nicht signifikant hinsichtlich der Ausgangswerte (K1: p=.39; K2:p=.27). Das BDI weist eine interne Konsistenz von .90 auf. Bei 35% der Patienten ist zwischen Aufnahme und Entlassung eine klinisch relevante Verbesserung zu verzeichnen, zu den Katamnesezeitpunkten sind es 21%; bzw. 24%. Nonresponder weisen höhere Werte auf. (ES: .17).

Das Instrument WHOQOL-BREF zur Erfassung der Lebensqualität weist hingegen eine niedrigere interne Konsistenz auf (Physisch: .76; Psychisch: .72), signifikante Verbesserungen der Lebensqualität werden zum Entlassungszeitpunkt bei 17% der Patienten verzeichnet, und zu den Katamnesezeitpunkten von 12% (ZP.:K) bzw. 15% (ZP.:Z) erreicht. Zwischen 81 und 86% der Klienten weisen zu allen Zeitpunkten im statistischen Sinne gleiche Werte auf.

Dauer von Krankenständen und stationären Aufenthalten:

In den 12 Monaten vor Reha-Antritt (N=325) waren 59% und in den 12 Monaten nach dem Reha-Aufenthalt (N=160) 53% aller Patienten im Krankenstand. (Jahr vor Reha: M=18 Wochen; SD=15; Jahr nach Reha: M=14 Wochen; SD=15)

Der Anteil von Patienten mit stationären Aufenthalten reduzierten sich um 61% im Jahr vor dem Reha-Aufenthalt (N=581) auf 16% im Jahr danach (N=179). Die durchschnittliche Dauer verringerte sich von durchschnittlich 8 Wochen (SD=8) auf 5,9 (SD=6,2).

Zufriedenheit mit dem Reha-Aufenthalt:

Die Zufriedenheit mit dem Reha-Aufenthalt ist ein wichtiges Outcomekriterium (das einzige mit Bezug zur Struktur- und Prozessqualität), bei den Items des ZUF8 liegen erfreulicherweise Ausprägungen im Bereich sehr/er zufrieden bei 82 bis 95% aller Klienten vor.

Beruflicher Status im Reha-Erfolg:

Dieses Kriterium ist besonders für die Kostenträger (zu 85% die PV) wichtig. Der Anteil von 33% Berufstätigen konnte zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende (29%) recht gut gehalten werden, die Arbeitslosen verringerten sich von 19 auf 14%. 16% Pensionsantragsteller waren zu Reha-Beginn zu verzeichnen, 1 Jahr später 9%. Der Anteil der Pensionsempfänger erhöhte sich von 28 auf 45%. Wenn man die hohe Symptombelastung zu Reha-Beginn bedenkt ist es sehr erfreulich, dass bei so vielen Patienten eine Verbesserung, bzw. in über 90% der Fälle eine Hintanhaltung einer Verschlechterung gelungen ist.

Globale Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapieerfolgs

Von 26% der Therapeuten (N=522) und 25% der Patienten (N=610) wird die Behandlung als „sehr erfolgreich“ eingeschätzt. 59% der Therapeuten und 57% der Klienten geben einen „teilweisen Erfolg“ an. 13% der Therapeuten und 14% der Patienten beschreiben den Aufenthalt als „kaum erfolgreich“, und 2% der Therapeuten, sowie 4% der Klienten schätzen die Reha als „nicht erfolgreich“ ein. Die Teilnahme an der störungsspezifischen Hauptgruppe wird weniger übereinstimmend beurteilt, 60% der Therapeuten glauben dass sie den Klienten sehr oder ziemlich geholfen hat, aber nur 46% der Patienten geben das an.

Legende:

BDI: Beck-Depressionsinventar; BSI: Brief Symptom Inventory
ES: Effektstärke; RCI: Reliable Change Index; A: Aufnahmezeitpunkt; E: Entlassungszeitpunkt; K: Katamnese 3 Monate nach Reha-Ende; Z: Katamnese 1 Jahr nach Reha-Ende

Referenzen:

- Basso, M. Assessment of Reliable Change: Methods and Assumptions <http://www.healthservices.okstate.edu/college/dep/clinical/behavioral/docs/Assess%20Change%20Clin%20Prac-Fran.pdf>
- Bengel, J. & Koch, W. 2000: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer Verlag.
- Laireiter, J. & Vogel, H. (Hrsg) 1998: Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt Verlag.
- Maier, W. (Hrsg.): 2000:Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Nachtigall, Ch. & Stuhl, U. 2005: Evaluation intraindividuelle Veränderung, ein Vergleich verschiedener Veränderungskennwerte. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 34 (4), 241-247.
- Sowie die Handbücher folgender psychometrischer Testverfahren: BDI (Beck-Depressions-Inventar; WHOQOL-BREF (Erfassung der Lebensqualität) und BSI (Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis)

Kontakt: Mag. Birgit Senft, Klin. und Gesundheitspsychologin birgit.senft@seelischeresha.com 0 650 645 2429