

2 Patientenmerkmale, Akzeptanz der Behandlung und Therapieerfolg

Sascha Gönner & Bernt Schmitz

2.1 Daten der Basisdokumentation

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Daten der Basisdokumentation, welche die Therapeuten am Ende der stationären Maßnahme für jeden Patienten anlegen. Die Therapeuten stützen ihre Angaben auf Daten der Kostenträger, der ärztlichen und psychologischen Diagnostik und Anamneseerhebung, auf Aussagen der Patienten im Anamnesebogen und auf den Verlauf und die Ergebnisse der Behandlung. Die Daten für 2002 und 2003 decken sich überwiegend mit denen der Vorjahre, Unterschiede werden in den Kommentaren beschrieben. Vergleichsdaten aus der Gesamtbevölkerung stammen aus Erhebungen des Statistischen Bundesamtes.

2.1.1 Kostenträgerschaft

Die Kosten der stationären Behandlung wurden wie bisher überwiegend von den Rentenversicherungen getragen (s. Abbildung 2.1). Die BfA war unverändert Hauptbelegerin unser Klinik. Mit 57,5 % (2000/2001: 52,2 %) hat der Belegungsanteil der BfA sogar weiter zugenommen. Dagegen ist die Belegung durch die LVA Rheinland-Pfalz zurückgegangen (14,6 %; 2000/2001: 21,6 %). Die Belegung durch andere LVAen hat leicht zugenommen (14,5 %; 2000/2001: 12,3 %). Krankenkassen und Sonstige (BG, Knappschaft etc.) belegten die Klinik in weitgehend unveränderter Höhe (13,4 %; 2000/2001: 13,9 %).

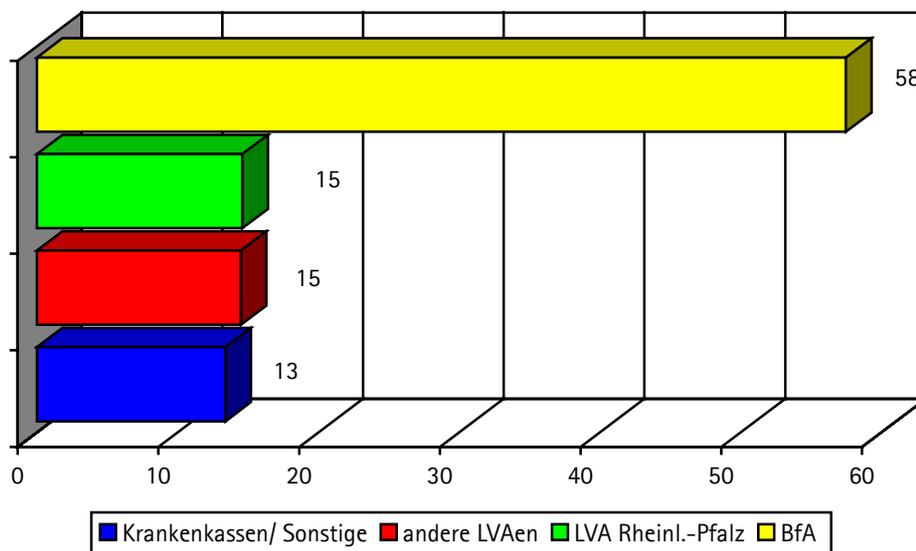


Abbildung 2.1
Kostenträger

2.1.2 Soziodemografische Daten der Patienten

2.1.2.1 Geschlechts- und Altersverteilung

Nachdem es in der Dekade zuvor einen ständigen Anstieg des Anteils von Frauen in unserer Klientel gegeben hatte, blieb dieser Anteil seit 1996 konstant bei rund 65 % (s. Abbildung 2.2). Für diese Überrepräsentation weiblicher Patienten, die auch andere psychosomatische Kliniken kennen, macht die Psychotherapieforschung geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung körperlicher und psychischer Beschwerden und in der Aufgeschlossenheit gegenüber psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Behandlungsansätzen verantwortlich.

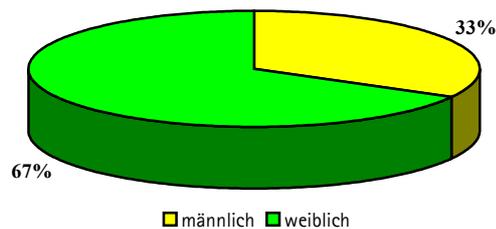


Abbildung 2.2
Geschlechtsverteilung

Die Altersverteilung hat sich gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 kaum verändert. Wie bisher ist die mittlere Altersgruppe zwischen 41 und 50 Jahren bei unseren Patienten mit 30,6 % am häufigsten (und bezogen auf die Gesamtbevölkerung weit überproportional) vertreten (s. Abbildung 2.3), gefolgt von den 31-40-jährigen Patienten mit 24,8 % und den 51-60-jährigen Patienten mit 19,1 %, deren Anteil leicht zurückgegangen ist 2000/2001: 21,1%). Der Anteil jüngerer Patienten hat gegenüber 2000/2001 leicht zugenommen: So nahm der Anteil der 21-30-jährigen von 15,5 % auf 16,6 % zu und der Anteil der unter 20-jährigen von 5,0 % auf 6,7 %. In diesem höheren Prozentanteil der unter 20-jährigen spiegelt sich der wachsende Stellenwert unseres Programms für Jugendliche und junge Erwachsene wieder.

Es dürften verschiedene Faktoren auf diese Altersverteilung Einfluss nehmen wie beispielsweise, dass sich bei über 40-jährigen berufliche Probleme häufen, dass die Entwicklung psychosomatischer Beschwerdebilder immer noch über viele Jahre geht, bis sie von den Betroffenen, Behandlern und Kostenträger in ihrem Krankheitswert erkannt werden, und dass insgesamt eher chronisch verlaufende Gesundheitsstörungen bzw. solche, die primärärztlich oder ambulant sich nicht ausreichend beeinflussen ließen, Anlass für eine stationäre psychosomatische Rehabilitation darstellen.

2.1.2.2 Haushalt und Familienstand

Der Anteil der verheirateten Patienten hat mit 44 % im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 (50 %) deutlich abgenommen. Er liegt weit unter den Vergleichszahlen in der Allgemeinbevölkerung zwischen 20 und 60 Jahren. Bezüglich des Familienstandes sehen wir - wie schon in den letzten Jahren - einen relativ zur Gesamtbevölkerung größeren Anteil an Geschiedenen (15 %) und Verwitweten (4 %). Hinsichtlich der Haushaltsform, in der die Patienten leben, gibt es im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum keine Änderungen. Der überwiegende Teil der Patienten (83 %) lebt in einem eigenen Haushalt (s. Abbildung 2.4).

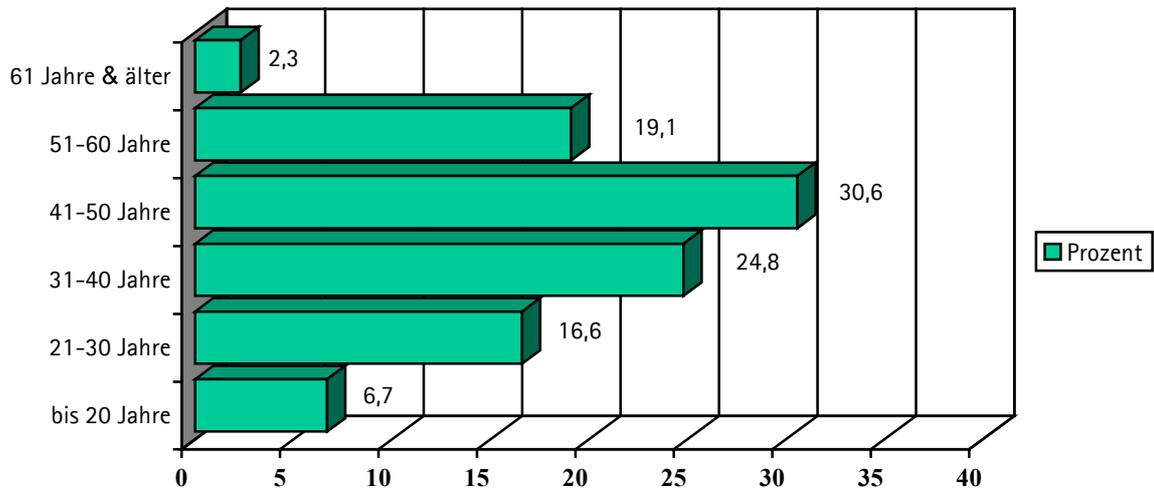


Abbildung 2.3
Altersverteilung

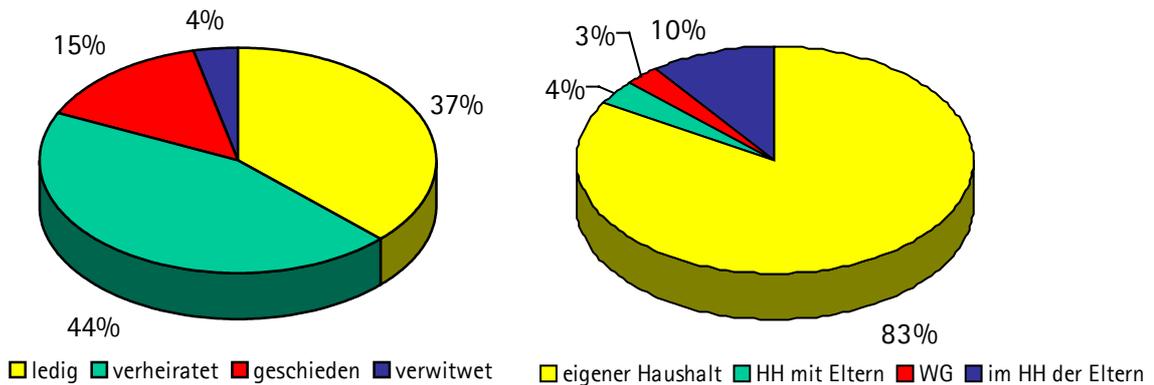


Abbildung 2.4
Haushalt und Familienstand

2.1.2.3 Schulbildung

Die Hauptschulabsolventen stellen mit 40,9 % nach wie vor die größte Patientengruppe dar, trotz einer deutlichen Abnahme des prozentualen Anteils gegenüber 2000/2001 (49,5 %). Der Anteil der zweitgrößten Patientengruppe mit mittlerer Reife hat in diesem Zeitraum dagegen von 26,0 % auf 31,5 % zugenommen, ebenso der Anteil der Fachschulabsolventen von 3,8 % auf 5,4 %. Der Anteil der Abiturienten blieb mit 7,5 % unverändert. Auch zeigt sich eine geringe Zunahme der Studienabsolventen von 6,6 % auf 7,2 %.

Insgesamt betrachtet ergibt sich eine leichte Zunahme der Schulbildung unserer Patienten gegenüber dem Jahresbericht 2000/2001 (s. Abbildung 2.5). Abgesehen von dem Einfluss gesamtgesellschaftlicher Kohorteneffekte, die in den kommenden Jahren eine Zunahme der Schulbildung bei unseren Hauptbelegungsjahrgängen erwarten lassen, dürfte auch die leichte Verjüngung unseres Patientenkontingents (s. Kapitel 2.1.2.3) einen Anstieg des Schulbildungsniveaus zur Folge haben.

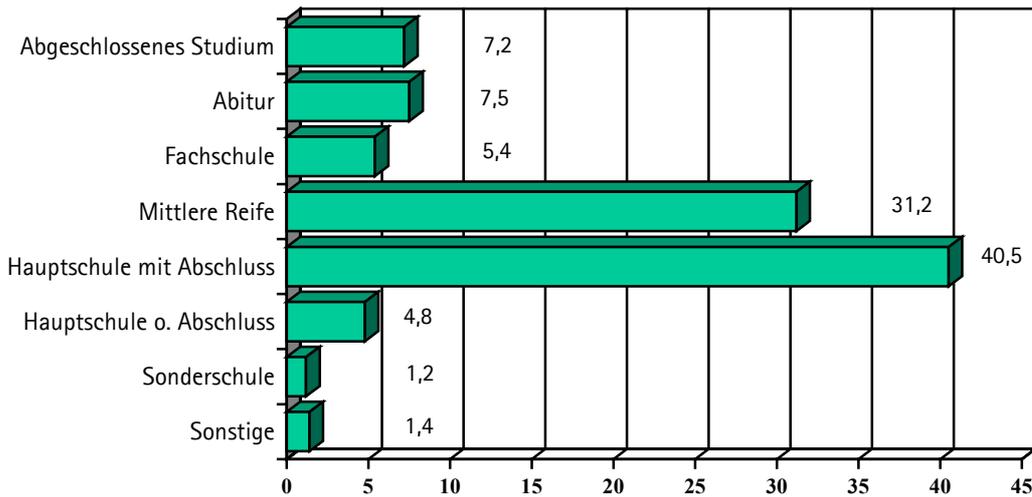


Abbildung 2.5
Schulbildung/Berufsqualifikation

2.1.2.4 Beschäftigungsstatus

Der Anteil von Patienten mit Vollzeitbeschäftigung ist – im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum – auf 46 % gesunken (1996: 52 %, 1997: 49 %, 1998/1999: 46 %, 2000/2001: 50 %), der Anteil der Arbeitslosen ist dagegen auf 24 % gestiegen (1996: 18,6 %, 1997: 20,2 %, 1998/1999: 21,5 %, 2000/2001: 19,3 %). Die Arbeitslosenquote der Klinikpatienten ist mehr als doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (s. Abbildung 2.6).

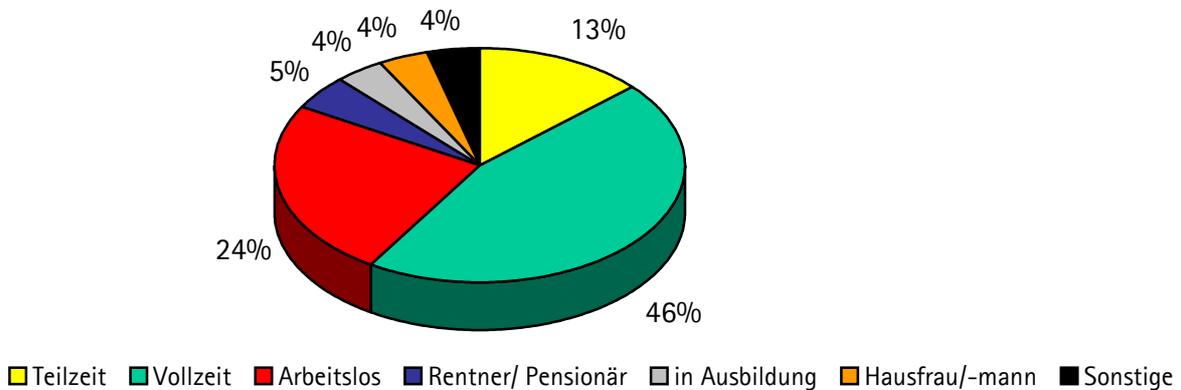


Abbildung 2.6
Beschäftigungsstatus

2.1.3 Diagnosen und sozialmedizinische Ausgangsdaten

2.1.3.1 Hauptbehandlungsdiagnosen

In der Tabelle 2.1 sind die prozentualen Häufigkeiten der in den Entlassungsberichten angegebenen Erstdiagnosen und (für die Hauptkategorien) die zugehörigen durchschnittlichen Verweildauern aufgeführt. Diagnosegruppen mit Fallzahlen < 10 wurden dabei nicht berücksichtigt. Zum Vergleich sind zusätzlich die prozentualen Häufigkeiten und Verweildauern für den Berichtszeitraum 2000/2001 aufgeführt.

	2002/03		2000/01	
	Prozentuale Häufigkeit	Verweildauer (in Tagen)	Prozentuale Häufigkeit	Verweildauer (in Tagen)
E6 Adipositas und sonstige Überernährung	1,5	44,6	1,3	47,4
E 66 Adipositas	1,5		1,3	
F2 Schizophrenie, Schizotypische u.wahnhafte Störungen	1,0	43,6	1,1	50,6
F20 Schizophrenie	0,5		0,4	
F3 Affektive Störungen	33,6	45,7	32,7	48,5
F31 Bipolare affektive Störungen	0,6		0,6	
F32 Depressive Episode	18,3		15,9	
F33 Rezidivierende depressive Störungen	12,0		10,5	
F34 Anhaltende affektive Störungen	2,6		5,7	
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	46,4	43,4	44,0	45,8
F40 Phobische Störungen	8,3		8,7	
F41 Andere Angststörungen	7,9		8,3	
F42 Zwangsstörung	4,2		2,6	
F43 Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen	17,3		14,2	
F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	0,3		0,6	
F45 Somatoforme Störungen	6,9		8,3	
F48 Andere neurotische Störungen	1,5		1,3	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	8,9	49,7	8,5	55,6
F50 Essstörungen	8,6		8,0	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,1	48,0	4,6	61,0
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,0		2,8	
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	0,4		0,9	
F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	0,3		0,3	
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,5	49,2	1,0	47,0
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,7		0,3	
G4 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,3	36,2	3,0	38,4
G43 Migräne	0,7		1,9	
G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome	0,5		1,0	
M5 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0,5	35,6	0,4	34,7
M54 Rückenschmerzen	0,3		0,2	
Sonstige	3,2			

Tabelle 2.1
Übersicht über die Erstdiagnosen nach ICD 10 und die durchschnittlichen Verweildauern (N=3623) und die Vergleichsdaten aus den Jahren 2000/2001 (N = 3437)

Unverändert erhält die größte Zahl unserer Patienten eine Diagnose aus Kapitel F4 der ICD 10 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen): Der Anteil liegt mit 46,4 % etwas höher als in den Jahren 2000/2001. Mit einem Drittel der Patienten (wie 2000/2001) sind die affektiven Störungen die nächstgrößte Gruppe. Auch die weiteren wichtigen Diagnosegruppen sind im Vergleich zu den Vorberichten weitgehend unverändert häufig (z. B. Essstörungen).

2.1.3.2 Nebendiagnosen

Bei insgesamt 3624 Patienten wurden 8417 Nebendiagnosen gestellt, d.h. im Durchschnitt 2,3 Nebendiagnosen pro Patient. Die Komorbidität liegt insofern im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 (2,2 Nebendiagnosen pro Patient) in vergleichbarer Höhe. Bei 87 % der Patienten wurde mehr als eine Diagnose gestellt. Dies bedeutet eine Zunahme gegenüber den Jahren 2000 und 2001 (damals waren es rund drei Viertel der Patienten).

In den Jahren 2002 und 2003 wurden – wie im vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 – die folgenden fünf Nebendiagnosen am häufigsten gestellt (s. Tabelle 2.2): Adipositas (17,1 % der Patienten; 2000/2001: 14,9 %) und spezifische Persönlichkeitsstörungen (14,4 %; 2000/2001: 16,3 %), gefolgt von essentieller Hypertonie (13,5 %; 2000/2001: 11,5 %), somatoformen Störungen (10,2 %; 2000/2001: 11,9 %) und Rückenschmerzen (9,7 %; 2000/2001: 8,4 %). Gegenüber 2000/2001 wurden wesentlich häufiger „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien“ (5,9 %; 2000/2001: < 1,5 %) als Nebendiagnose vergeben.

Nebendiagnose	Anzahl	Prozent ¹⁾
E66 Adipositas	619	17,1
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	521	14,4
I10 Essentielle (Primäre) Hypertonie	490	13,5
F45 Somatoforme Störungen	370	10,2
M54 Rückenschmerzen	353	9,7
F50 Essstörungen	326	9,0
F32 Depressive Episode	290	8,0
G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome	264	7,3
F43 Reaktion auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen	246	6,8
F40 Phobische Störungen	240	6,6
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	214	5,9
F41 Andere Angststörungen	213	5,9
G43 Migräne	202	5,6
F10 Störungen durch Alkohol	177	4,9
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	157	4,3
F34 Anhaltende affektive Störungen	144	4,0
H93 Sonst. Krankh. des Ohres, A.O.K.	125	3,5
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	119	3,3
F33 Rezidivierende depressive Störungen	113	3,1
J45 Asthma Bronchiale	95	2,6
E11 Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus	84	2,3
M47 Spondylose	83	2,3
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	81	2,2
F17 Störungen durch Tabak	80	2,2
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	73	2,0
F42 Zwangsstörungen	63	1,7
F13 Störungen durch Sedativa/Hypnotika	61	1,7
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	61	1,7

1) Prozentanteil an der Gesamtheit aller Patienten (N=3624)

Tabelle 2.2
Übersicht über die wichtigsten Nebendiagnosen nach ICD 10

2.1.3.3 Dauer seit der Erstmanifestation, Vorbehandlungen

Für beide Aspekte - Dauer des Hauptleidens seit Erstmanifestation (s. Abbildung 2.7) und Intensität der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung (s. Abbildung 2.8) - ergeben sich im Vergleich zu den Vorberichten 1998/1999 und 2000/2001 nur geringfügig abweichende Zahlen. Bemerkenswert ist nach wie vor, dass der Chronifizierungsprozess bei vielen unserer Patienten schon weit fortgeschritten ist: bei 37,6 % der Patienten liegt die Erstmanifestation länger als sechs Jahre zurück.

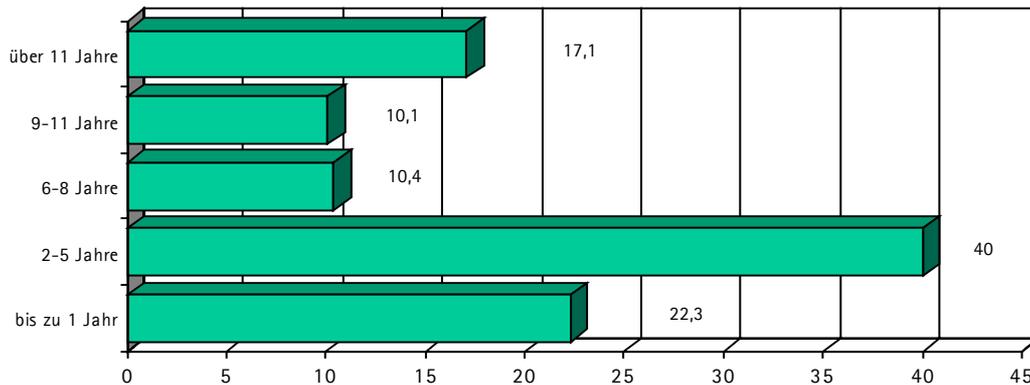


Abbildung 2.7
Dauer seit der Erstmanifestation

Der Anteil derer, die vor der Aufnahme noch keine ambulante Psychotherapie erhalten haben, ging gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 (38,3 %) auf ein Drittel der Patienten zurück. Der Anteil von Patienten mit 6-25 Stunden ambulanter Therapie wuchs demgegenüber von 24,1 % auf 28,6 %. 65,5 % der Patienten hatte bisher keine stationäre psychotherapeutische Vorbehandlung wegen ihres Hauptleidens (s. Abbildung 2.8). Gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum bedeutet dies eine Abnahme um 3,5 %. Der Anteil an Patienten mit einer stationären psychotherapeutischen Vorbehandlung wuchs demgegenüber um 3,8 % auf 21,7 %. Weitgehend unverändert zu 2000/2001 nahmen 7,9 % der Patienten zwei Vorbehandlungen in Anspruch und 5,1 % drei Vorbehandlungen und mehr. 21,2 % der Patienten ist wegen ihres Hauptleidens einmal oder öfter organmedizinisch stationär behandelt wurden. Von diesen Patienten wurden über die Hälfte der Patienten zweimal oder öfter organmedizinisch stationär behandelt.

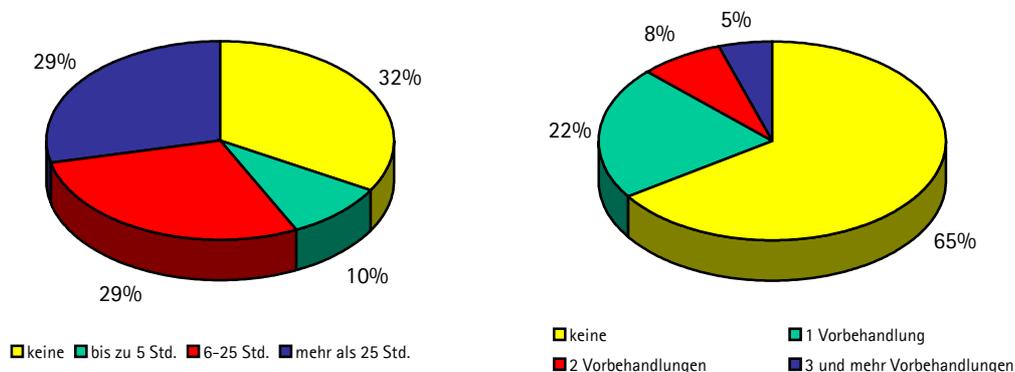


Abbildung 2.8
Ambulante (links) und stationäre (rechts) psychotherapeutische Vorbehandlungen

2.1.3.4 Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme

Zwischen 1987 und 1999 ist der Anteil an Patienten, die arbeitsunfähig aufgenommen wurden, kontinuierlich gewachsen (1987: 18,8 %; 1996: 35,6 %; 1997: 40,0 %; 1998/1999: 44,7 %). Nach einem leichten Rückgang im vorangegangenen Berichtszeitraum 2000/2001 auf 42,5 % steigt der Anteil von arbeitsunfähigen Patienten 2002/2003 wieder stark auf 44,6 % an (s. Abbildung 2.9). Die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Aufnahme hat demgegenüber auf M = 39,2 Wochen abgenommen (1998/1999: 45,9 Wochen; 2000/2001: 44,5 Wochen).

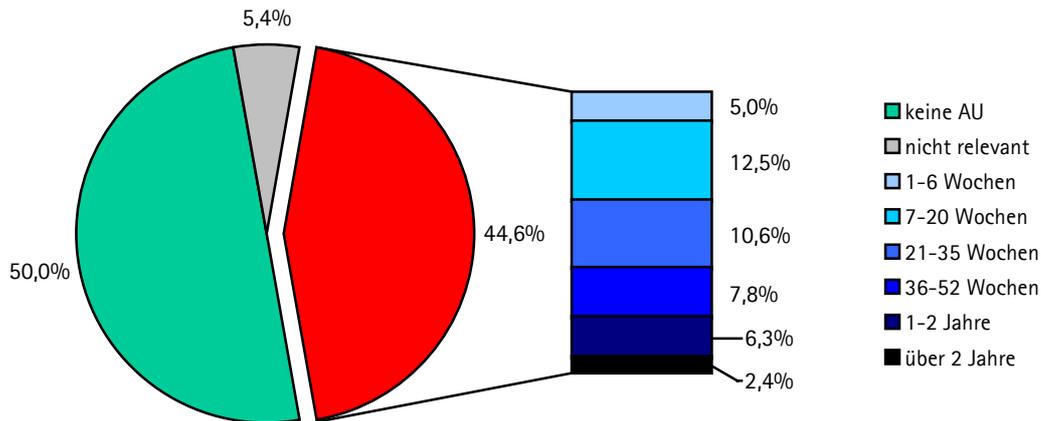


Abbildung 2.9
Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme

2.1.3.5 Rentenverfahren

Nachdem der Anteil an Patienten mit laufendem Rentenverfahren in den Jahren 1998 – 2001 auf über 15 % angestiegen ist, sank er im aktuellen Berichtszeitraum 2002/2003 mit 12,2 % fast wieder auf das Niveau der Jahre 1996–1997 ab (jeweils 11,7%). Diese Entwicklung ist auf der Basis eines Rückgangs des Anteils von Rentenantragstellern von 6,5 % auf 3,8 % zu sehen. Die Prozentanteile der anderen Untergruppen blieben weitgehend stabil (s. Abbildung 2.10).

2.1.4 Merkmale des Behandlungsverlaufes und Ergebnisse

2.1.4.1 Verweildauer und Patientenzahlen

Die durchschnittliche Behandlungsdauer nahm in den vergangenen Jahren deutlich ab (1996: 51,4 Tage; 1997: 51,9 Tage; 1998/1999: 46,9 Tage; 2000/2001: 47,7 Tage) und erreicht im aktuellen Berichtszeitraum mit 44,8 Tagen einen Tiefpunkt. Diese Entwicklung ist insbesondere vor dem Hintergrund der von allen Kostenträgern geforderten Verkürzung der Verweildauern zu sehen. Wie der Abbildung 2.11 zu entnehmen ist, gibt es nach wie vor eine breite Streuung der Verweildauern. Die Verteilungsgipfel bei sechs und acht Wochen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass die große Gruppe der BfA-Patienten eine 6-Wochen-Erstbewilligung hat, die, wenn überhaupt, am häufigsten um zwei Wochen verlängert wird.

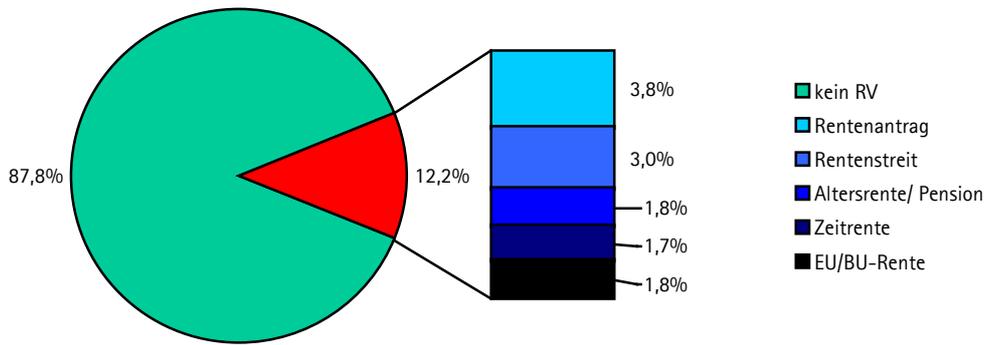


Abbildung 2.10
Rentenverfahren

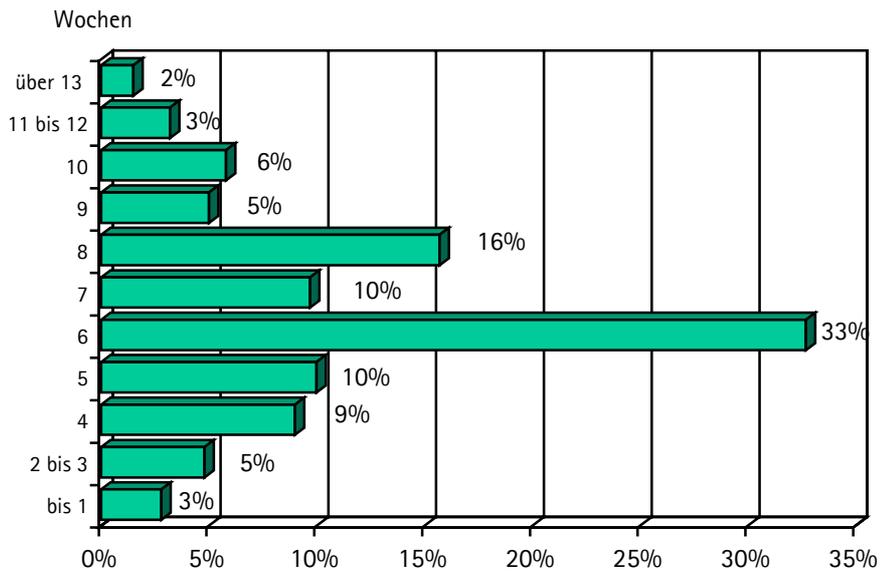


Abbildung 2.11
Stationäre Verweildauer

Die Anzahl behandelter Patienten ist in den vergangenen beiden Jahren vor dem Hintergrund der Verkürzung der Verweildauern weiter angestiegen (s. Abbildung 2.12).

Anzahl Patienten

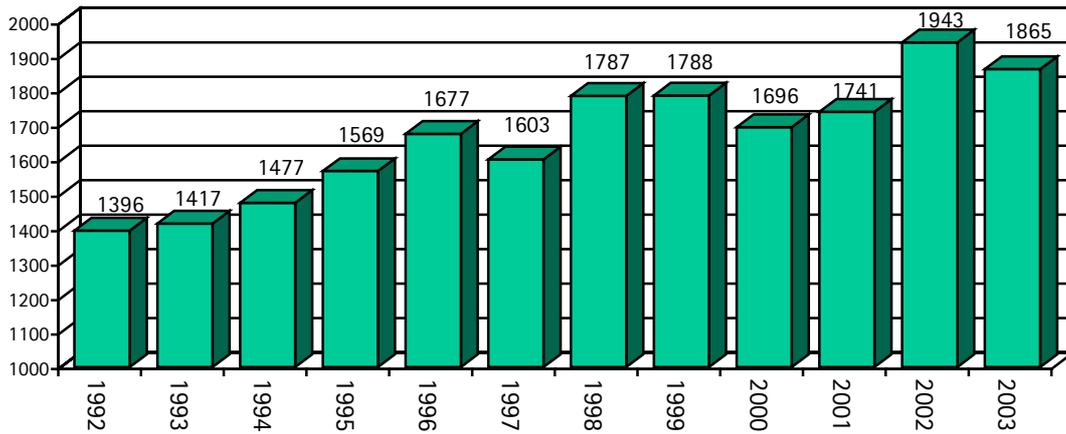


Abbildung 2.12
Anzahl der Patienten im Verlauf der letzten 10 Jahre

2.1.4.2 Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht

Die Bezugstherapeuten schätzen bei Entlassung ihrer Patienten deren Gesamtzustand sowie die Ausprägung der Hauptsymptomatik auf einer sechsstufigen Skala von „wesentlich gebessert“ bis „wesentlich verschlechtert“ ein. Aus Sicht der behandelnden Therapeuten ist der Gesamtzustand bei 84,1 % und die Hauptsymptomatik bei 84,3 % der Rehabilitanden leicht, deutlich oder wesentlich gebessert (s. Abbildung 2.13). Insgesamt werden die Behandlungsergebnisse von den Therapeuten sehr positiv beurteilt, ebenso positiv wie bereits in den Berichtsjahren 1998/1999 und 2000/2001. Aus ihrer Sicht konnten nur ca. 15 % der Patienten nicht profitieren.

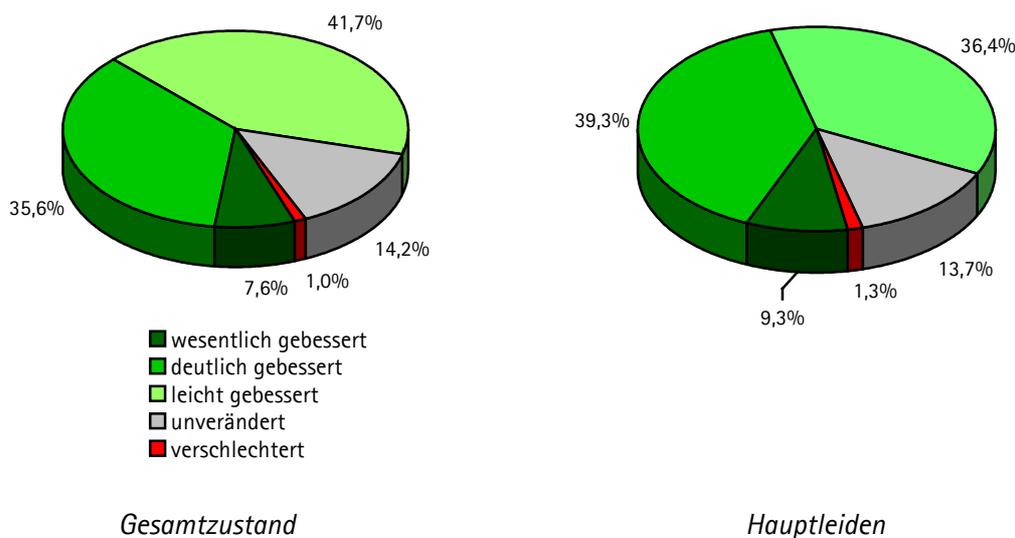


Abbildung 2.13
Zustand bei Entlassung

Auch die Prognoseeinschätzungen durch die Therapeuten sind denen der Berichtszeiträume 1998/1999 und 2000/2001 vergleichbar (s. Abbildung 2.14).

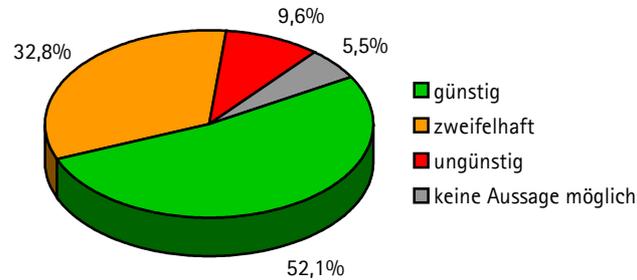


Abbildung 2.14
Prognose

2.1.4.3 Veränderungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit

Die Kosten- und Leistungsträger erwarten zum Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme eine sozialmedizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (bezogen auf die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit) und der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (positives und negatives Leistungsbild). Wie Abbildung 2.15 zeigt, waren zum Aufnahmezeitpunkt 44,6 % unserer Patienten arbeitsunfähig. Von diesen gingen 48,5 % wieder arbeitsfähig nach Hause. Diese Quote bedeutet eine Verbesserung gegenüber 2000/2001 um 3,2 %. Die hohen Quoten aus den Jahren 1997 (58,7 %) und 1998/1999 (53,7 %) konnten allerdings in diesem Berichtszeitraum nicht erreicht werden. Eine denkbare Ursache ist die Beschränkung der durchschnittlichen Verweildauer. Manche Patienten müssen arbeitsunfähig entlassen werden, obwohl im Zuge der stationären Reha-Maßnahme bei einer ausreichenden Behandlungsdauer Arbeitsfähigkeit erreichbar gewesen wäre.

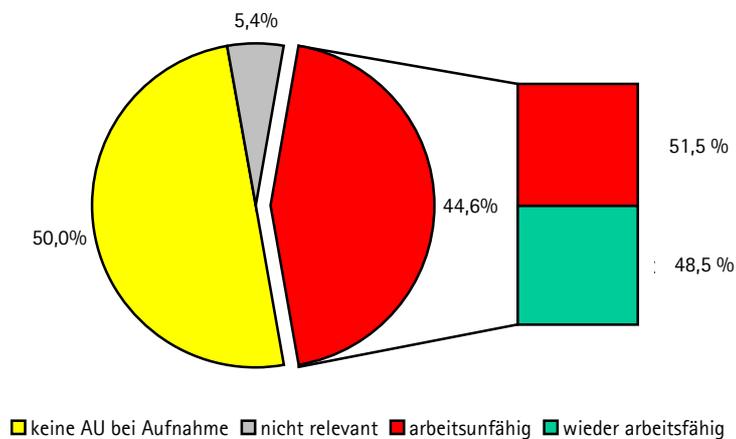


Abbildung 2.15
Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme (links) und bei Entlassung (rechts)

Aus dem Kollektiv der sowohl arbeitsunfähig Aufgenommenen als auch Entlassenen hatten 62,6 % eine vollschichtige Restleistungsfähigkeit, während 37,4 % eine quantitativ eingeschränkte bzw. aufgehobene Leistungsfähigkeit aufwiesen. Gegenüber dem vorherigen Berichtszeitraum 2000/2001 bedeutet dies einen Zunahme der vollschichtig leistungsfähig entlassenen Patienten unter den bei Entlassung weiterhin Arbeitsunfähigen um 3,7 %. Unter den wieder arbeitsfähigen Patienten ist der Prozentsatz derer, die vollschichtig leistungsfähig entlassen wurden, gegenüber 2000/2001 etwas gesunken (-2,3 %), er liegt bei 93,7 %. Bei der kleinen Gruppe untermittelschichtig leistungsfähiger, aber arbeitsfähiger Patienten (6,3 %) war in der Regel ein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz vorhanden (s. Abbildung 2.16).

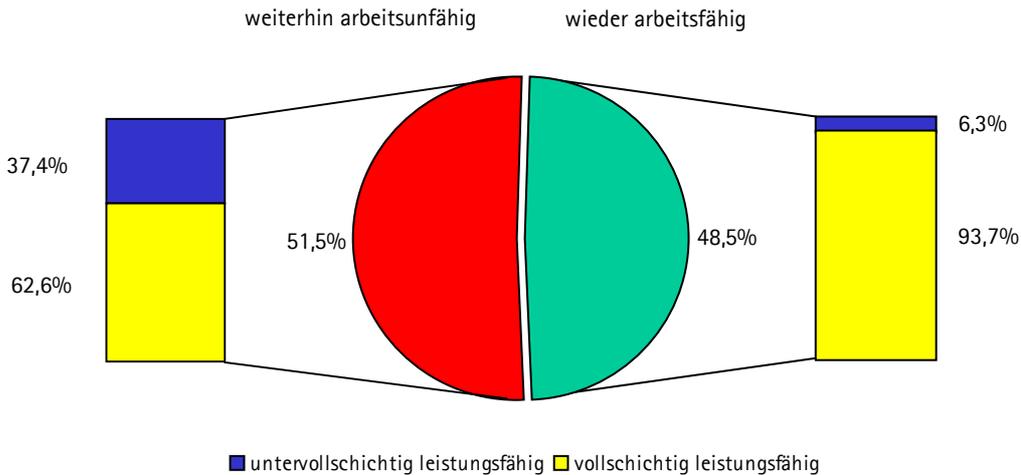


Abbildung 2.16
Entlassungsstatus der bei Aufnahme arbeitsunfähigen Patienten

Zusammengenommen sind die Ergebnisse bei den Patienten sowohl hinsichtlich der Therapeuteinschätzungen (Gesamteinschätzung, Einschätzung der Hauptsymptomatik und der Prognose) als auch hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit positiv zu werten. Sie schreiben das gute Niveau der Behandlungsergebnisse des vorangegangenen Berichtszeitraums 2000/2001 fort.

2.2 Patientenurteile und Therapieergebnisse

2.2.1 Ergebnisse des Entlassungsfragebogens

Seit mehreren Jahren wird von den Patienten aller AHG-Kliniken gegen Ende ihrer Behandlung ein einheitlicher Befragungsbogen ausgefüllt. Hierin werden die Eindrücke und Beurteilungen der Patienten zu „Veränderungen“, „Behandlungserfolg“, „Klinikbereiche“ und „Therapiemaßnahmen“ erfragt. Außerdem werden die Patienten um einen Kommentar über ihren Aufenthalt bzw. Kritik in freier Form gebeten. 2685 Patienten haben in den Jahren 2002 und 2003 den Entlassungsfragebogen ausgefüllt. In den nachfolgenden Tabellen sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Patientenurteile subjektive Eindrücke wiedergeben. Sie sind beeinflusst von den Verhaltens- und Erlebnisstilen der Patienten, von ihren Erwartungen, die sie mit der stationären Behandlung verbunden hatten, aber auch von dem Zeitpunkt der Befragung am Ende des stationären Aufenthaltes. Festzuhalten ist, dass insgesamt die überwiegende Zahl der Patienten mit positiven bis sehr positiven Eindrücken nach Hause zurückkehrten.

2.2.1.1 Beurteilung der eigenen Problembereiche

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Veränderungen in spezifischen Problembereichen dargestellt. Die in Abbildung 2.17 gezeigte Reihenfolge ergibt sich aus der Rangfolge der Problembereiche, die die Patienten als bedeutsam für ihre stationäre Behandlung betrachten. „Stimmung“ wurde am häufigsten als problemrelevant genannt, gefolgt von „Selbstkontrolle etc. Der Prozentanteil von Patienten, die einen Problembereich für sich als nicht relevant erachtet oder keine Angabe gemacht haben, wird in den Farbskalen graphisch in „gelb“ ausgedrückt. In den Tabellen angegebene Prozentwerte sind um diesen Prozentanteil der „Nicht-Beurteiler“ bereinigt. Die Prozentanteile der Patienten, die ihre Veränderungen in dem jeweiligen Bereich als günstig eingeschätzt haben (leicht, deutlich und wesentlich gebessert), werden in den Farbskalen in „grün“ wiedergegeben, „keine Veränderung“ in „grau“ und der Anteil von ungünstig beurteilten Veränderungen (leicht, deutlich und wesentlich verschlechtert) in „rot“.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse in Abbildung 2.17 für ein sehr positives Gesamtergebnis: Ein hoher Anteil von Patienten nahm zum Zeitpunkt ihrer Entlassung günstige Veränderungen in individuell relevanten Problembereichen wahr. Die Ergebnisse stimmen in hohem Maße mit den Ergebnissen des vorangegangenen Berichtszeitraums 2000/2001 überein.

2.2.1.2 Beurteilung von Therapiemaßnahmen

An dieser Stelle wird über die Beurteilungen spezifischer Therapiemaßnahmen berichtet. Die Art und Weise der Ergebnisdarstellung in Abbildung 2.18 entspricht der in Abbildung 2.17. Der gelbe Bereich der Farbskalen entspricht hier dem Anteil an Patienten, die an einer bestimmten Maßnahme nicht teilgenommen bzw. diese nicht beurteilt haben. Bei Maßnahmen, die alle Patienten in Anspruch nehmen (z.B. Einzeltherapie) entspricht dieser Anteil ausschließlich den „missings“. Die Skalen sind sechsstufig, sie erlauben keine Indifferenzurteile. Die Prozentanteile der Patienten, die eine Maßnahme positiv bewertet haben (trifft völlig zu, trifft zu, trifft ziemlich zu), werden in den Farbskalen in „grün“ wiedergegeben, der Anteil von negativen Beurteilungen (trifft eher nicht zu, trifft nicht zu, trifft überhaupt nicht zu) in „rot“. Beim Vergleich der grünen und roten Anteile in der Tabelle wird sofort ersichtlich, dass ein sehr hoher Anteil der Patienten mit den Therapieangeboten zufrieden war. Die Ergebnisse stimmen in hohem Maße mit den Ergebnissen des vorangegangenen Berichtszeitraums 2000/2001 überein.

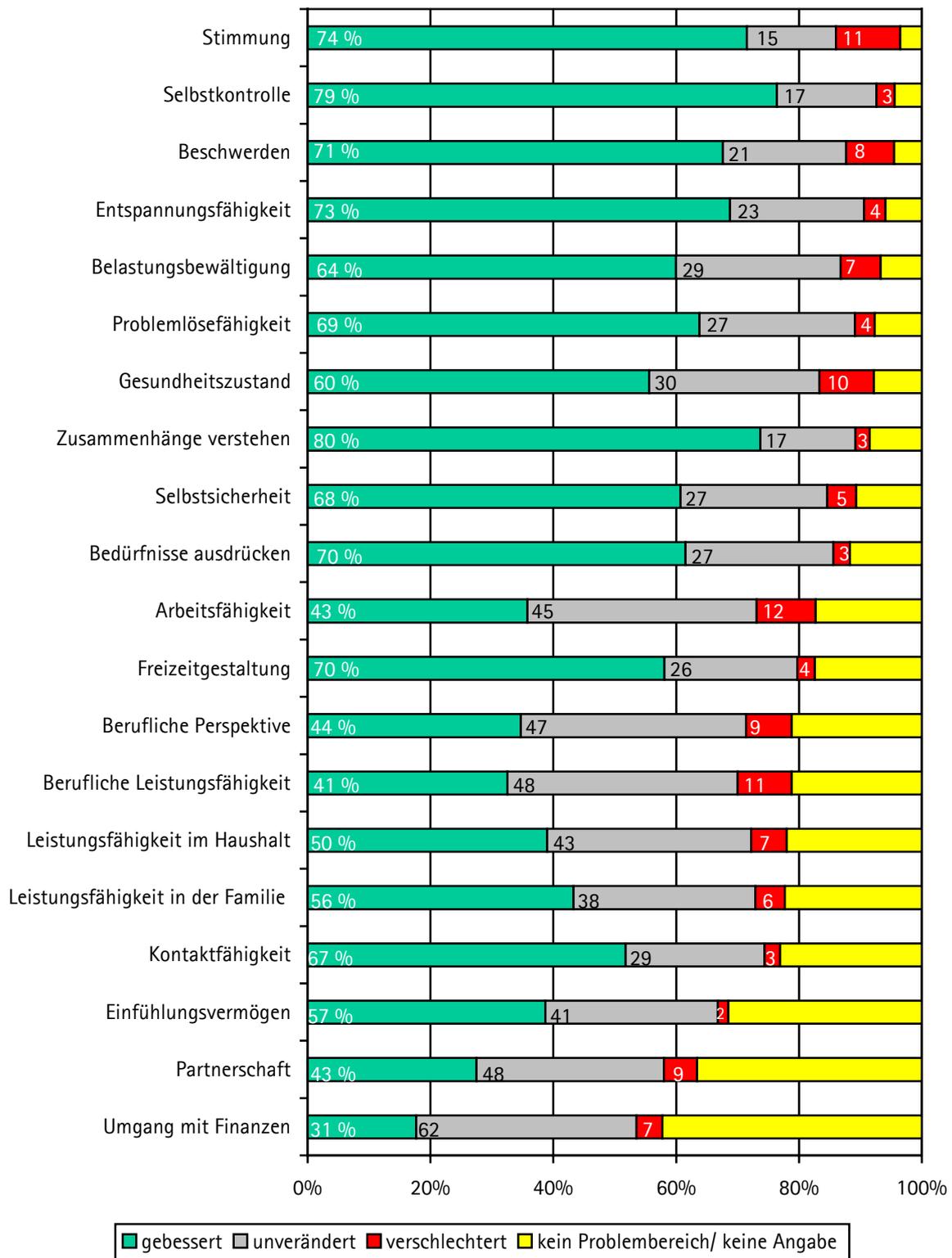


Abbildung 2.17
 Problembereiche und deren Veränderung aus Patientensicht

„Mit folgenden Maßnahmen war ich zufrieden...“

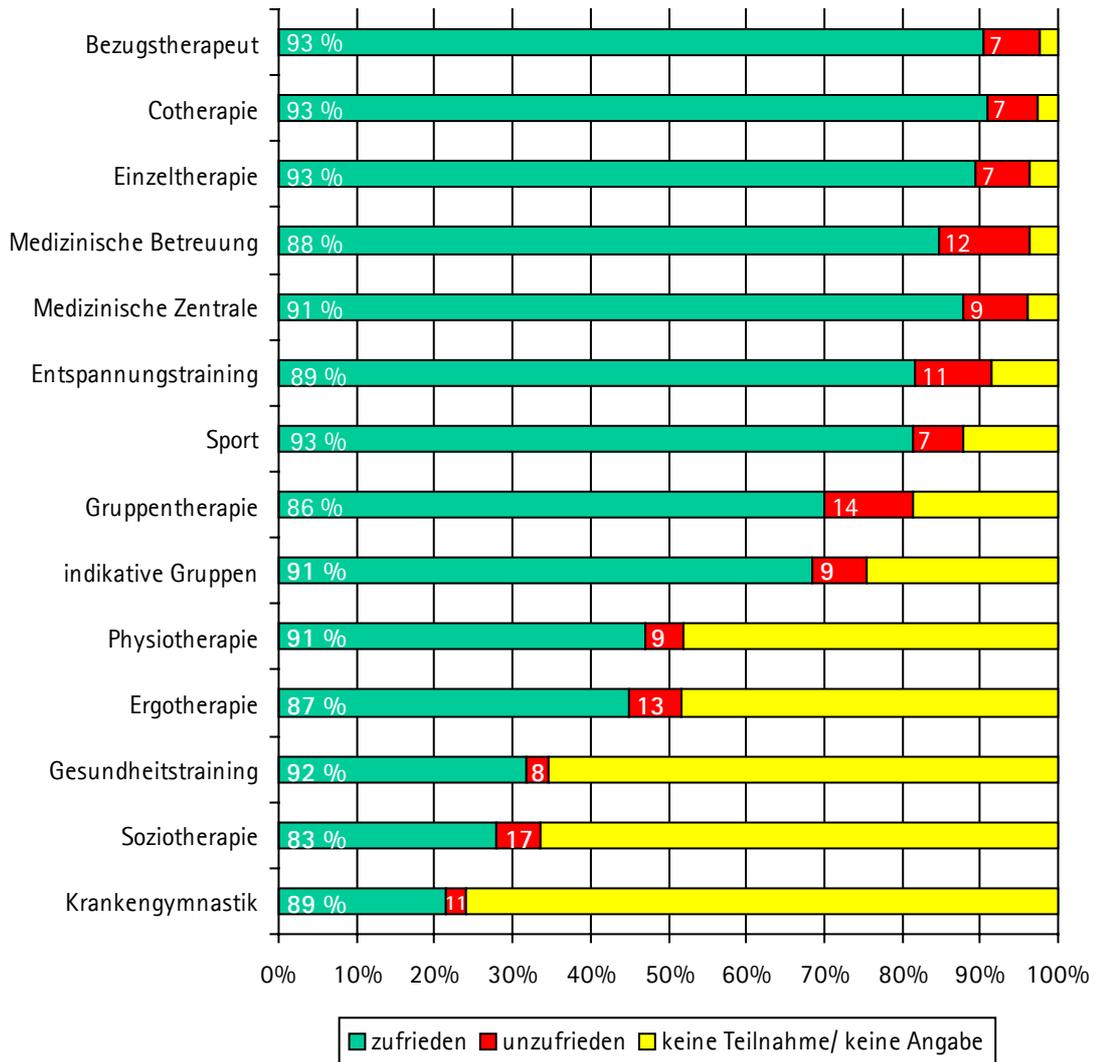


Abbildung 2.18
Zufriedenheit mit Therapiemaßnahmen

Traditionell werden die Bezugstherapeuten und die Einzeltherapie, die Arbeit der Co-Therapeuten und der Sporttherapie von den Patienten besonders geschätzt. Die Soziotherapeuten sehen hingegen häufiger die Patienten mit komplexen psychosozialen Problemstellungen, unangemessenen Versorgungserwartungen oder schwierigen sozialmedizinischen Leistungsbildern. Als Überbringer unangenehmer Wahrheiten bekommen sie nicht selten kritische Rückmeldungen. Ähnliches gilt für die Ergotherapeuten, die in den letzten Jahren verstärkt wegen ihrer Möglichkeiten und Kompetenzen zur Beobachtung der Leistungsfähigkeit der Patienten angefragt werden und dadurch in zunehmendem Maße am Zustandekommen der Leistungseinschätzungen beteiligt sind (vgl. Kapitel 6.3). Kritisch gesehen werden des Öfteren auch die medizinischen Versorgungsangebote und Einrichtungen. Möglicherweise drückt sich in der Unzufriedenheit aus, dass wir in der psychosomatischen Rehabilitation manchmal Erwartungen der Patienten, welche aus den Gepflogenheiten in der ambulanten Versorgung herrühren, aus konzeptionellen Gründen frustrieren müssen – und z. B. eben nicht die gewohnheitsmäßig eingenommenen Medikamente fraglos weiter verschreiben.

2.2.1.3 Beurteilung von Klinikbereichen und -leistungen

An dieser Stelle werden die Bewertungen spezifischer Klinikleistungen berichtet. Die Art und Weise der Ergebnisdarstellung in Abbildung 2.19 entspricht der in den beiden vorangegangenen Abbildungen 2.17 und 2.18. Der gelbe Bereich der Farbskalen entspricht hier dem Anteil an Patienten, die eine bestimmte Klinikleistung nicht in Anspruch genommen oder diese nicht beurteilt haben. Die Skalen sind sechsstufig, sie erlauben keine Indifferenzurteile. Die Prozentanteile der Patienten, die eine Klinikleistung positiv bewertet haben (trifft völlig zu, trifft zu, trifft ziemlich zu), werden in den Farbskalen in „grün“ wiedergegeben, der Anteil von negativen Beurteilungen (trifft eher nicht zu, trifft nicht zu, trifft überhaupt nicht zu) in „rot“.

Beim Vergleich der grünen und roten Anteile in der Tabelle zeigt sich deutlich, dass ein sehr hoher Anteil der Patienten mit den Klinikbereichen und -leistungen zufrieden war. Die Ergebnisse stimmen in hohem Maße mit den Ergebnissen des vorangegangenen Berichtszeitraums 2000/2001 überein. Deutlich besser wurden die Bereiche „Unterbringung“ und „öffentliche Räume“ bewertet (2000/2001: 79 % und 82 %; 2002/2003: jeweils 90 %). Die höhere Zufriedenheit in diesen beiden Bereichen dürfte auf An- und Umbauarbeiten und die Fertigstellung eines neuen Kliniktrakts zurückzuführen sein. Diese Maßnahmen haben zur Folge, dass mittlerweile den meisten Patienten Einzelzimmer zur Verfügung stehen und wir über eine moderne Sporthalle und einen neuen Wintergarten (der als Speisesaal dient) verfügen. Im Zuge der An- und Umbaumaßnahmen fühlten sich 2000/2001 sehr viele Patienten durch „Lärmbelästigung“ gestört (nur 57 % günstige Bewertungen). Der Prozentanteil günstiger Bewertungen stieg 2002/2003 wieder auf 74 %. Der nach wie vor relativ hohe Anteil von unzufriedenen Patienten (26 %) dürfte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass die Bauarbeiten sich noch für einen kurzen Zeitraum mit dem aktuellen Berichtszeitraum überschneiden haben (die Einweihung des Neubaus war im Juni 2002).

„Mit folgenden Bereichen oder Leistungen war ich zufrieden...“

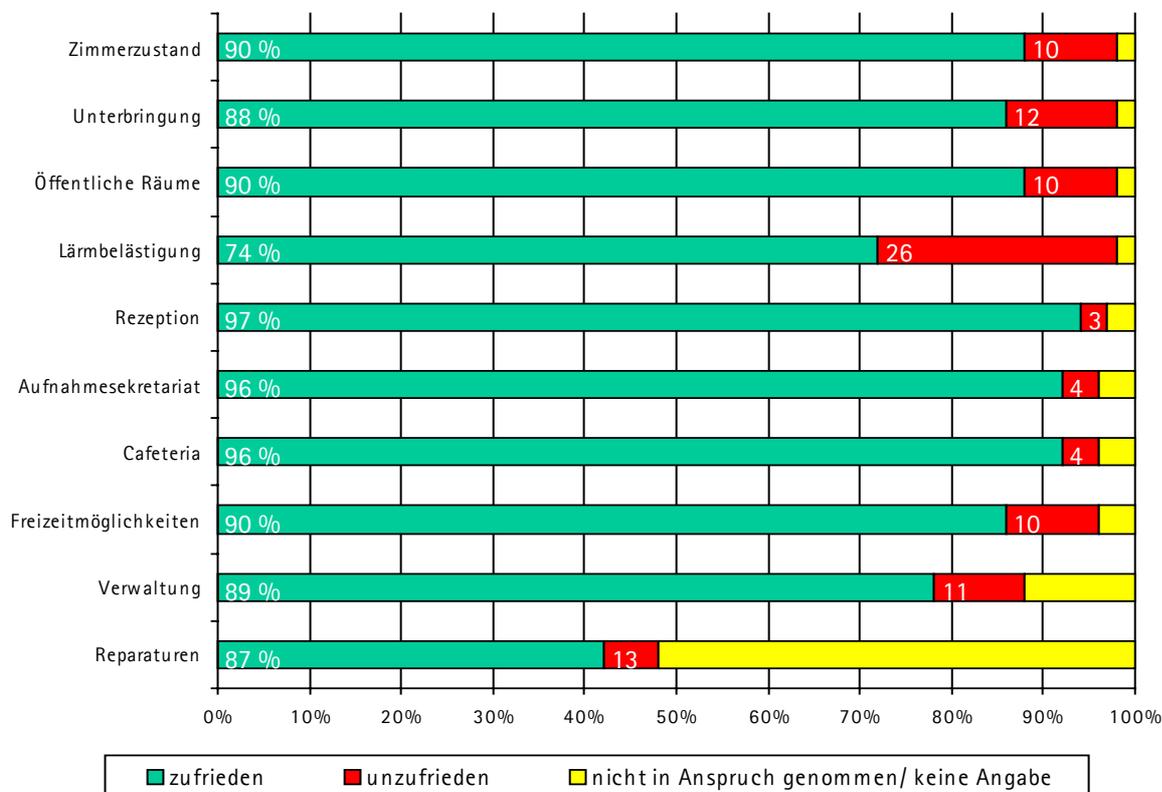


Abbildung 2.19
Zufriedenheit mit der Klinik und ihren Einrichtungen

2.2.2 Allgemeine Therapieeffekte: Ergebnisse in störungsunspezifischen Variablen psychischer und körperlicher Gesundheit

2.2.2.1 Methodik

Zur Überprüfung allgemeiner Therapieeffekte werden im Folgenden die Daten aus drei Messverfahren (s. Box 2.1) ausgewertet, die im Rahmen des sog. **psychologischen Routinelabors (PRL)**, Gönner & Bischoff, 2002; s. auch Kapitel 6.1 im vorliegenden Jahresbericht) zur allgemeinen, störungsunspezifischen Diagnostik und Ergebnisevaluation bei allen Patienten der Klinik zu drei Messzeitpunkten – bei Aufnahme in die Klinik (**A**), bei Entlassung aus der Klinik (**E**) sowie zur Kattamnese ein Jahr nach Entlassung (**K**) – eingesetzt werden.

- Mit der **Symptomcheckliste-K-9** (Klaghofer & Brähler, 2001) wird auf 9 Items der **psychische Beschwerdedruck** erfasst. Inhaltlich entspricht die erfasste Dimension dem GSI der SCL-90-R (Franke, 1995), die in unserer Klinik – vor dem Start einer differenzierten störungsspezifischen Testdiagnostik durch das PRL – mehrere Jahre als Breitbanddiagnostikum eingesetzt wurde. Die Items sind von „0“ („überhaupt nicht“) bis „4“ (sehr stark“) skaliert. Hohe Werte sprechen für einen hohen Beschwerdedruck.
- Der **Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12** (Bullinger & Kirchberger, 1998) erfasst auf 12 Items die beiden Dimensionen **psychische und körperliche Gesundheit/ Lebensqualität**. Hohe Werte sprechen für eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Der **Fragebogen zu psychosozialen Fähigkeiten FpF** (Gönner, Zielke & Husen, i.V.) erfasst auf 16 Items zwei Dimensionen: Die erste Skala „**psychosoziale Basisfähigkeiten**“ erfasst grundlegende Fähigkeiten zur Bewältigung psychosozialer Belastungen. Die zweite Skala „**Anforderungsbewältigung**“ beschreibt Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen im privaten und beruflichen Bereich. Die Items sind von „1“ („sehr gut“) bis „6“ (sehr schlecht“) skaliert. Niedrige Werte sprechen dafür, dass ein Patient eine bestimmte Fähigkeit bei sich in hohem Maße wahrnimmt.

Box 2.1

Messverfahren zur Überprüfung allgemeiner Therapieeffekte

Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird versucht, wissenschaftlichen Standards gerecht zu werden. Dem an einer präzisen wissenschaftlichen Darstellung weniger interessierten Leser wird empfohlen, direkt in Kapitel 2.2.2.3 zu springen, da die Ergebnisse dort allgemeinverständlich zusammengefasst werden.

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** erfolgt für jede Skala innerhalb des klassischen „Prä-Post-Designs“, d.h. mittels **indirekter Veränderungsmessung** durch Differenzbildung zwischen Prä- und Postmessung. Zur Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen wurden **t-Tests für abhängige Stichproben** (zweiseitige Testung, Signifikanzniveau: $\alpha = 1\%$) durchgeführt. Berichtet werden die folgenden Parameter:

- t: t-Wert
df: Freiheitsgrade
p: Wahrscheinlichkeit dieses oder eines größeren t-Wertes, unter der Voraussetzung, dass die Nullhypothese gilt.
 M_A : Mittelwert bei Aufnahme
 M_E : Mittelwert bei Entlassung
 SD_A : Standardabweichung bei Aufnahme
 SD_E : Standardabweichung bei Entlassung

Darüber hinaus werden **standardisierte Effektgrößen (SES = standardized effect size)** ermittelt (vgl. Kazis, Anderson & Meenann, 1989; Schuck, 2000), die - von der Stichprobengröße unabhängige - Aussagen über *das Ausmaß* von Veränderungen zulassen. Zu ihrer Berechnung wird die Mittelwertsdifferenz zwischen Prä- und Postmessung durch die Standardabweichung der Präwerte dividiert (s. Formel 2.1).

Formel zur Berechnung standardisierter Effektgrößen	$SES = (M_A - M_E) / SD_A$	M_A :	Mittelwert bei Aufnahme
		M_E :	Mittelwert bei Entlassung
		SD_A :	Standardabweichung bei Aufnahme

Formel 2.1 Berechnung der Effektgrößen

Cohen (1992) schlägt folgende **Einteilung von Effektgrößen** vor:

kleiner Effekt: 0.2 *mittlerer Effekt:* 0.5 *großer Effekt:* 0.8

Der Zeitraum der **Datenerhebung** umfasst die Zeitspanne seit Einführung des PRL im Juni 2002 bis Ende Dezember 2003. In die Ergebnisse gehen nur die Daten von Patienten ein, die 21 Tage und länger stationär behandelt wurden (In den Jahren 2002/2003 weisen insgesamt nur 6 % der Patienten eine Verweildauer < 21 Tage auf). Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnesen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Jahresberichts noch nicht in ausreichendem Umfang vor, so dass in den folgenden Analysen nur die Daten der Erhebungen zu Beginn und zum Ende der stationären Reha eingehen.

2.2.2.2 Ergebnisse

In der **SCL-K-9** liegt der Mittelwert bei Aufnahme mit $M_A = 2,05$ ($SD_A = .85$) mehr als drei Standardabweichungseinheiten über dem Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ($M = .41$, $SD = .51$; s. Klaghofer & Brähler, 2001). Dieser hohe Mittelwert zeigt, dass die in unserer Klinik behandelten Patienten psychisch sehr stark belastet sind. Nach der stationären Behandlung zeigen die Patienten ($N = 1822$) eine statistisch signifikante ($t = 33.7$; $df = 1821$; $p < .001$) und deutliche Verminderung ihres **psychischen Beschwerdedrucks** im SCL-K-9 auf $M_E = 1.37$ ($SD_E = .87$). Es ergibt sich ein großer Effekt in Höhe von $SES = 0.80$.

Werden nur solche Patienten in den Analysen berücksichtigt, die sich zu Beginn der Behandlung im SCL-K-9 auch deutlich psychisch belastet wahrnehmen, so zeigt sich ebenfalls eine statistisch bedeutsame Veränderung ($M_A = 2.22$; $SD_A = .72$; $M_E = 1.46$; $SD_E = .86$, $t = 36.0$; $df = 1625$; $p < .001$) und ein noch höherer Effekt von $SES = 1.05$ (Als Ausschlusskriterium wurde ein kritischer Grenzwert von $A_{krit} = .91$ (Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe plus eine SD-Einheit) festgelegt; 11 % der Patienten ($n = 196$) lagen unter diesem kritischen Wert und wurden in der Analyse nicht berücksichtigt). Die Ergebnisse sind in Abbildung 2.20 dargestellt.

Noch günstigere Ergebnisse zeigen sich hinsichtlich der **psychischen Gesundheit/ Lebenszufriedenheit** (s. Abbildung 2.21). In der **psychischen Summenskala der SF-12** liegt der Mittelwert bei Aufnahme mit $M_A = 30.00$ ($SD_A = 9.79$) fast drei Standardabweichungseinheiten unter dem Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ($M = 52.24$, $SD = 8.10$; vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998). In diesem hohen Mittelwert zeigt sich, dass die in unserer Klinik behandelten Patienten in ihrer psychischen Lebensqualität stark eingeschränkt sind. Die Patienten ($N = 1263$) zeigen nach der Behandlung eine statistisch signifikante ($t = -28.6$; $df = 1262$; $p < .001$) und starke Zunahme ihrer psychischen Gesundheit auf $M_E = 39.52$ ($SD_E = 11.69$). Es ergibt sich ein großer Effekt in Höhe von $SES = 0.98$.

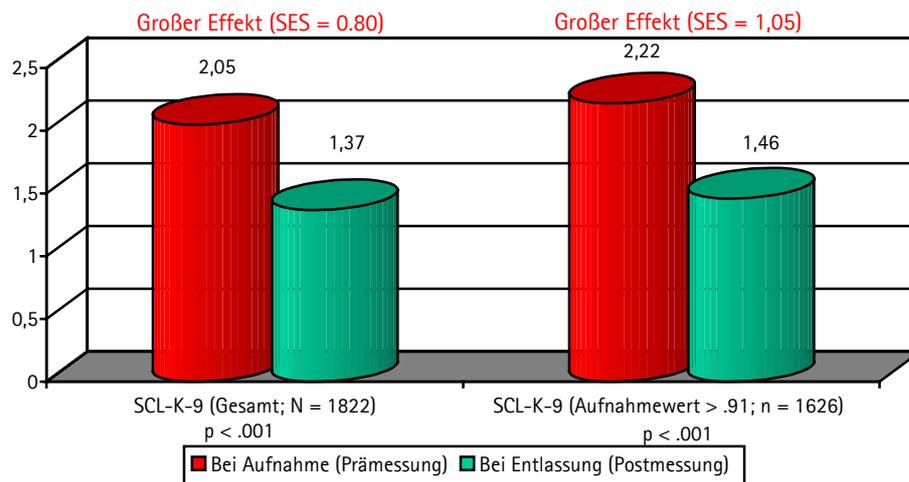


Abbildung 2.20
Effekte auf den psychischen Beschwerdedruck

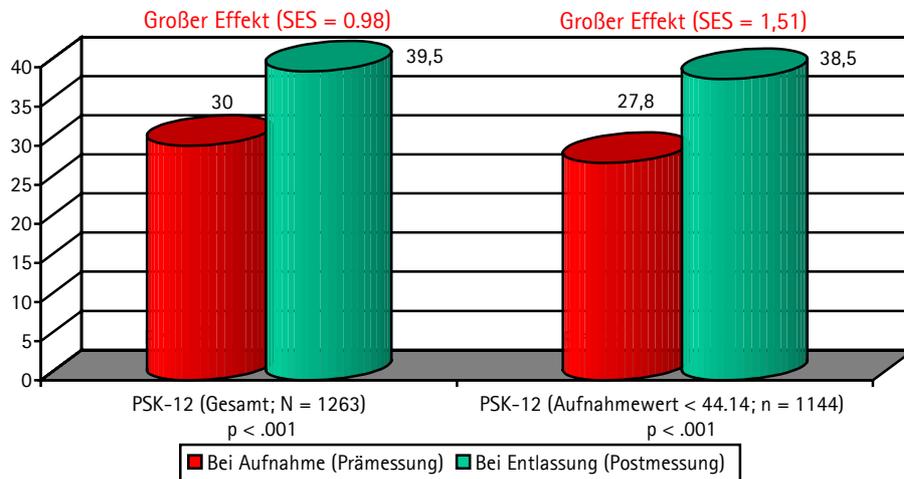


Abbildung 2.21
Effekte auf die psychische Gesundheit/ Lebensqualität

Werden nur Patienten in den Analysen berücksichtigt, die sich zu Beginn der Behandlung in ihrer psychischen Lebenszufriedenheit deutlich eingeschränkt zeigen, so ergibt sich ebenfalls eine statistisch bedeutsame Veränderung ($M_A = 27.76$; $SD_A = 7.13$; $M_E = 38.53$; $SD_E = 11.42$, $t = -31.9$; $df = 1143$; $p < .001$) und ein noch höherer Effekt von $SES = 1,51$ (Als Ausschlusskriterium wurde ein kritischer Grenzwert von $A_{krit} = 44.14$ (Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe minus eine SD-Einheit) festgelegt; 9 % der Patienten ($n = 119$) lagen bei Aufnahme über diesem kritischen Wert und wurden in der Analyse nicht berücksichtigt).

In der körperlichen Summenskala der SF-12 liegt der Mittelwert bei Aufnahme mit $M_A = 41,61$ ($SD_A = 11.13$) weniger als eine Standardabweichungseinheit unter dem Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ($M = 49.03$, $SD = 9.35$; vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998). Die Patienten ($N = 1263$) zeigen nach ihrer Behandlung insgesamt eine leichte, statistisch signifikante ($t = -15.4$; $df = 1262$; $p < .001$) Zunahme ihrer körperlichen Gesundheit/ Lebenszufriedenheit auf $M_E = 45.58$ ($SD_E = 10.60$). Die Höhe des Effektes über alle Patienten ist mit $SES = .36$ klein ausgeprägt.

Es ist in diesem Zusammenhang anzunehmen, dass bei einem wesentlichen Teil der Patienten, die eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, körperliche Beschwerden nicht im Vordergrund stehen und/ oder zu spezifisch sind, um durch die körperliche Summenskala abgebildet zu werden. Werden nur Patienten in den Analysen berücksichtigt, die sich zu Beginn der Behandlung in ihrer körperlichen Lebenszufriedenheit deutlich eingeschränkt zeigen – das sind lediglich 45 % ($n = 567$) –, so ergibt sich ebenfalls eine statistisch bedeutsame Veränderung ($M_A = 31.26$; $SD_A = 5.58$; $M_E = 38.86$; $SD_E = 10.20$, $t = -31.9$; $df = 1143$; $p < .001$) und ein hoher Effekt von $SES = 1,37$ (Als Ausschlusskriterium wurde ein kritischer Grenzwert von $A_{krit} = 39.68$ (Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe minus eine SD-Einheit) festgelegt; 55 % der Patienten ($n = 696$) lagen bei Aufnahme über diesem kritischen Wert und wurden in der Analyse nicht berücksichtigt). Dieses Ergebnis zeigt, dass bei Patienten, die sich in dem durch die SF-12 abgebildeten körperlichen Gesundheitsspektrum als beeinträchtigt erleben, auch hinsichtlich ihrer körperlichen Lebenszufriedenheit hohe Therapieeffekte durch das Behandlungsprogramm in unserem Haus erzielen lassen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2.22 dargestellt.

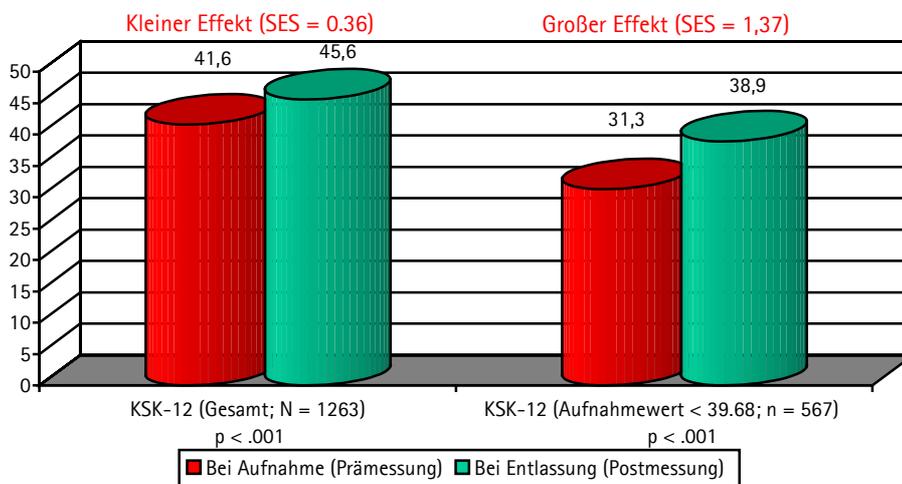


Abbildung 2.22
Effekte auf die körperliche Gesundheit/ Lebensqualität

Die im Vergleich zu den anderen Messinstrumenten deutlich verminderten Stichprobengrößen in den SF-12-Skalen (s. hierzu ausführlich Gönner & Bischoff, 2004) sind u.a. darauf zurückzuführen, dass die Auswertungsalgorithmen des SF-12 bereits bei einem einzigen fehlenden Item die Berechnung eines Skalenwerts nicht mehr zulassen.

Auch in der Skala „**psychosoziale Basisfähigkeiten**“ des FpF zeigt sich ein deutlicher Effekt (s. Abbildung 2.23). Ein Mittelwert von $M_A = 3.67$ ($SD_A = .84$) bei Aufnahme zeigt, dass sich ein wesentlicher Anteil der Patienten hinsichtlich **grundlegender psychosozialer Fähigkeiten** eingeschränkt wahrnimmt (59 % der Patienten haben Skalenwerte ≥ 3.5). Die Patienten ($N = 1802$) zeigen nach ihrer Behandlung insgesamt eine statistisch signifikante ($t = 34.3$; $df = 1801$; $p < .001$) und deutliche Zunahme ihrer subjektiv wahrgenommenen psychosozialen Fähigkeiten auf $M_E = 3.01$ ($SD_E = .84$). Der Effekt liegt in Höhe von $SES = 0.78$.

Werden nur Patienten in den Analysen berücksichtigt, die zu Beginn der Behandlung ihre psychosozialen Basisfähigkeiten insgesamt negativ beurteilen, so ergibt sich ebenfalls eine statistisch bedeutsame Veränderung ($M_A = 4.23$; $SD_A = .53$; $M_E = 3.31$; $SD_E = .84$, $t = 36.8$; $df = 1055$; $p < .001$) und ein sehr hoher Effekt von $SES = 1,74$ (Als Ausschlusskriterium wurde ein kritischer Grenzwert von $A_{krit} = 3.5$ festgelegt; 41 % der Patienten ($n = 746$) lagen bei Aufnahme unter diesem kritischen Wert und wurden in der Analyse nicht berücksichtigt).

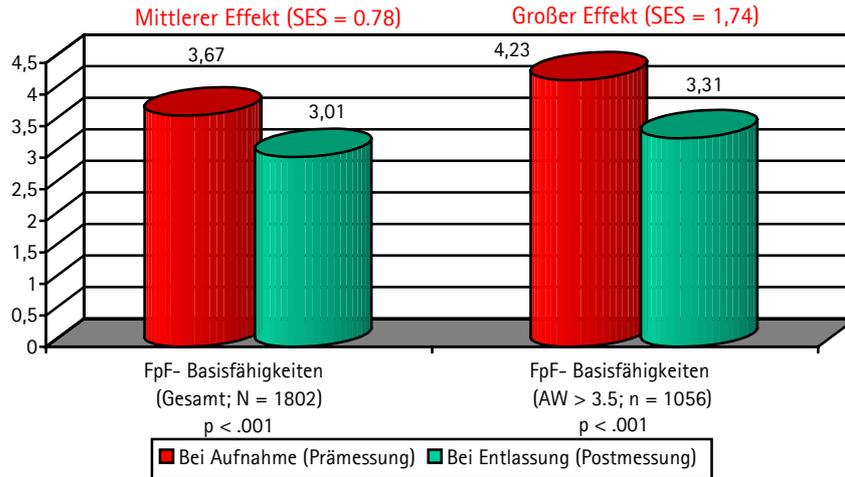


Abbildung 2.23
Veränderung psychosozialer Basisfähigkeiten

Ein Mittelwert von $M_A = 3.84$ in der FpF-Skala „Anforderungsbewältigung“ bei Aufnahme zeigt, dass sich ein wesentlicher Anteil der Patienten hinsichtlich ihrer **Anforderungsbewältigung in Alltag, Familie und Beruf** eingeschränkt wahrnimmt (64 % der Patienten haben Skalenwerte ≥ 3.5). Eine Standardabweichung in Höhe von $SD_A = 1.05$ indiziert eine deutliche Variation zwischen Patienten: Im Vergleich zur Subskala „Basisfähigkeiten“ fühlt sich eine höhere Zahl von Patienten hinsichtlich ihrer Anforderungsbewältigung stark oder nur wenig eingeschränkt. Die Patienten ($N = 1730$) zeigen nach ihrer Behandlung insgesamt eine leichte, statistisch signifikante ($t = 20.0$; $df = 1729$; $p < .001$) Zunahme ihrer subjektiv wahrgenommenen Fähigkeiten zur Anforderungsbewältigung auf $M_E = 3.38$ ($SD_E = 1.14$). Der Effekt liegt in Höhe von $SES = 0.44$ (s. Abbildung 2.24).

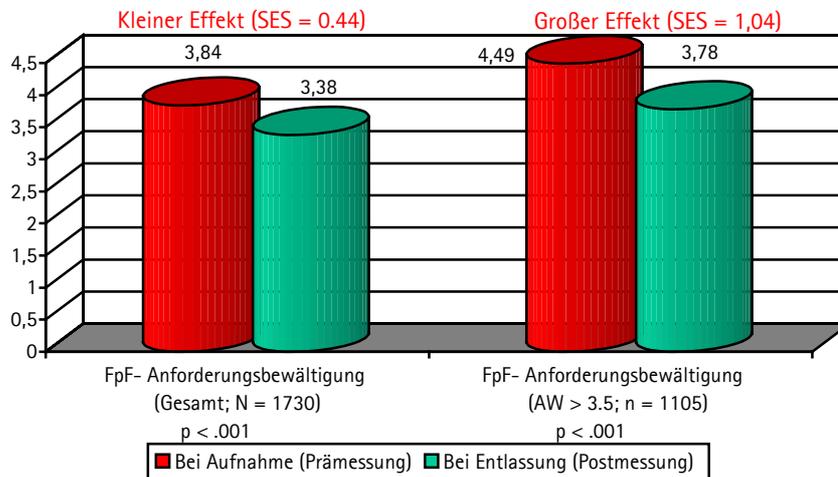


Abbildung 2.24
Veränderung der Anforderungsbewältigung

Werden nur Patienten in den Analysen berücksichtigt, die zu Beginn der Behandlung ihre psychosoziale Anforderungsbewältigung insgesamt negativ beurteilen, so ergibt sich ebenfalls eine statistisch bedeutsame Veränderung ($M_A = 4.49$; $SD_A = .68$; $M_E = 3.78$; $SD_E = 1.10$, $t = 24.2$; $df = 1104$; $p < .001$) und ein hoher Effekt von $SES = 1,04$. (Als Ausschlusskriterium wurde ein kritischer Grenzwert von $A_{krit} = 3.5$ festgelegt; 36 % der Patienten ($n = 625$) lagen bei Aufnahme unter diesem kritischen Wert und wurden in der Analyse nicht berücksichtigt).

2.2.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse belegen eindrucksvoll, dass Patienten, die an dem Behandlungsprogramm der psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim teilgenommen haben, insgesamt sehr günstige Veränderungen in allgemein therapieerfolgsrelevanten Verhaltens- und Erlebensaspekten zeigen. In den erfassten störungunspezifischen Kriterien des Therapieerfolgs können substantielle Effekte nachgewiesen werden (s. Abbildung 2.25 „Höhe der Effektgrößen im Überblick“): Bei Patienten, die unser verhaltensmedizinisches Behandlungsangebot in Anspruch nehmen, zeigen sich am Ende der stationären Rehabilitation sehr günstige Veränderungen hinsichtlich ihrer psychischen Belastung, ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit/ Lebensqualität und ihrer subjektiven psychosozialen Fähigkeiten zur Belastungs- und Anforderungsbewältigung. Diese Ergebnisse sind insgesamt als sehr positiv zu bewerten, insbesondere wenn in Rechnung gestellt wird, dass sie trotz einer weiteren Verkürzung der Verweildauern in diesem Berichtszeitraum (s. Kapitel 2.1.4.1) erreicht werden konnten.

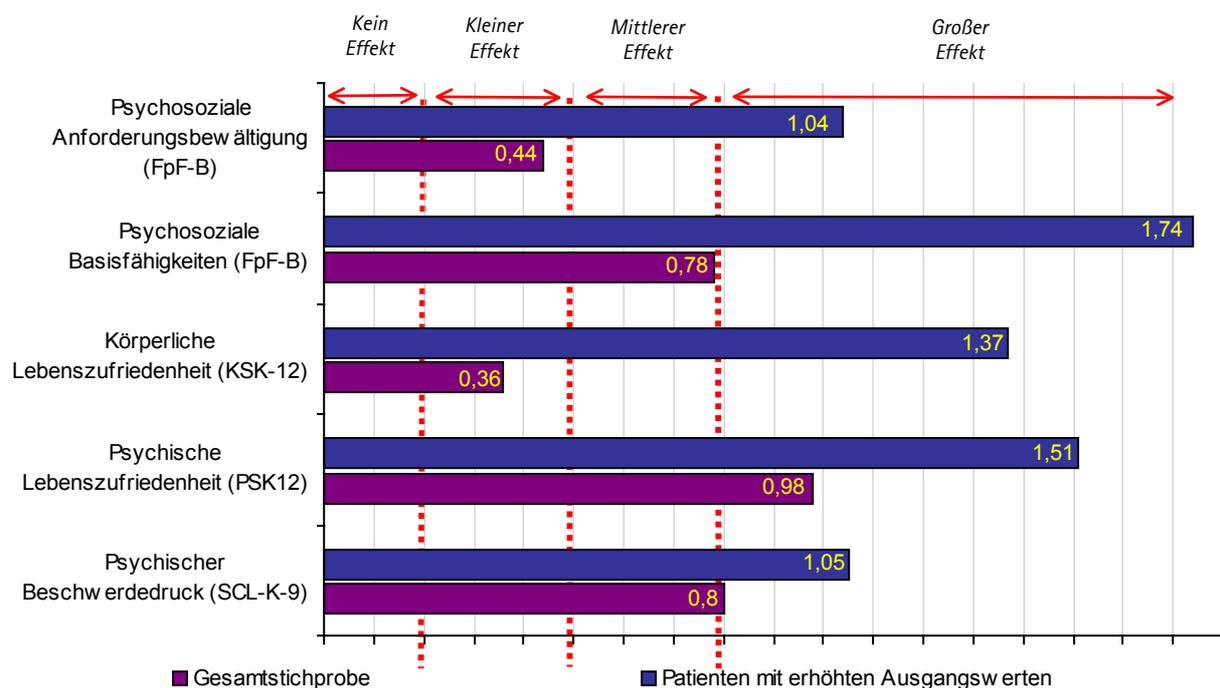


Abbildung 2.25
Höhe der Effektgrößen im Überblick

Literatur:

- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36). Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin* 112, 155-159.
- Franke, G. (1995). Die Symptom-Check-Liste von Derogatis (SCL-90-R). Göttingen: Hogrefe.
- Gönner, S. & Bischoff, C. (2002). Das psychologische Routinelabor: Ein System zur routinemäßigen globalen und symptom-spezifischen Ergebnisevaluation und -rückmeldung in der stationären psychosomatischen Versorgungspraxis. <http://www.ahg.de/duerkheim> (12/02).
- Gönner, S. & Bischoff, C. (2004, in Druck). Effekte ambulanter prä- und poststationärer Maßnahmen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In C. Maurischat, M. Morfeld & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Short Form-12 / 36 in der medizinischen Rehabilitation*. Lengerich: Pabst.
- Gönner, S. Zielke, M. & Husen, E. (in Vorbereitung). Fragebogen zu psychosozialen Fähigkeiten. Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim.
- Kazis, L.E., Anderson, J.J. & Meenann, R.F. (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care* 27 [Suppl], 178-189.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Schuck, P. (2000). Designs und Kennziffern zur Ermittlung der Änderungssensitivität von Fragebogen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 125-130.