
**BERICHT DER
EXTERNEN EVALUATION UND QUALITÄTSSICHERUNG
DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KLINIKEN UND ABTEILUNGEN
DER WICKER-GRUPPE**

**Analyse des Behandlungsergebnisses 2000-2001
anhand einer retrospektiven 1-Jahres-Katamnese**

Dipl.-Psych. T. Harfst
Dipl.-Psych. D. Barghaan
Dipl.-Psych. J. Dirmaier
Prof. Dr. Dr. U. Koch
Dr. H. Schulz

Arbeitsgruppe „Psychotherapie- und Versorgungsforschung (AGPV)“
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie
Hamburg, April 2003



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

1	EINFÜHRUNG	2
2	DESKRIPTIVE ANALYSEN	8
2.1	Zusammensetzung der Gesamtstichprobe	8
2.2	Soziodemographische Angaben	8
2.2.1	Altersverteilung	8
2.2.2	Geschlechterverteilung	9
2.2.3	Schulbildung.....	10
2.2.4	Berufliche Position	11
2.2.5	Erwerbssituation.....	11
2.2.6	Familienstand und aktuelle Partnersituation	15
2.2.7	Kostenträger/Sozialversicherungsstatus.....	16
2.2.8	Arbeitsfähigkeit zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung	17
2.3	Klinische Merkmale	20
2.3.1	Behandlungsdiagnosen.....	20
2.3.2	Behandlungsdauer	25
3	BEHANDLUNGSERGEBNISSE	26
3.1	Patientenzufriedenheit	26
3.2	Veränderung der Beschwerden über die Zeit	28
3.3	Veränderung der AU-Zeiten	37
3.4	Nachsorgemaßnahmen und weitere Behandlungen	39
3.5	Belastungen und Outcome spezifischer Subgruppen	41
3.5.1	Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeitsdauer vor der stationären Behandlung ...	41
3.5.2	Verlauf der Beschwerden bei den häufigsten Diagnosegruppen	41
3.5.3	Erwerbssituation.....	47
4	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	50
5	LITERATUR	54

1 Einführung

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 wurde die rechtliche Basis für eine seit dieser Zeit zu beobachtende Intensivierung von Maßnahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland geschaffen. Gewachsenes Qualitätsbewusstsein bei den Leistungsträgern, den Leistungserbringern und den Nutzern einerseits und die mit den knapper werdenden Ressourcen verbundenen Sparzwänge andererseits sind zentrale Motive dieser Entwicklung. In den im Januar 2000 in Kraft getretenen Veränderungen im Sozialgesetzbuch V, §135a, Absatz (1) wurde festgeschrieben, dass die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. In Absatz (2) verpflichtet das Gesetz Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser und Erbringer von Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sich an einrichtungsübergreifenden (externen) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Darüber hinaus sind die genannten Einrichtungen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Im Bereich der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin finden sich hinsichtlich der Qualitätssicherungsmaßnahmen erst in jüngerer Zeit einige systematische Ansätze. Gerade in diesen in starker Expansion befindlichen Disziplinen erscheinen solche Maßnahmen in besonderem Maße notwendig (Schulz & Koch, 2002). So kann die Bereitschaft zur Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen als berufsethische Verpflichtung verstanden werden, sich einer den Bedürfnissen der Patienten angemesseneren Versorgung anzunähern. Gleichzeitig stellt dies eine angemessene Strategie dar, eine größere Akzeptanz in der Bevölkerung, bei anderen Professionen im Gesundheitswesen, bei den Leistungsträgern und in der Gesundheitspolitik zu erreichen.

Qualitätssicherung versteht sich in diesem Zusammenhang als Maßnahmenbündel, das durch die Etablierung von Standards und Kontrollen im Erbringungsprozess und über kontinuierliche Rückmeldungsprozesse eine Optimierung der angebotenen Leistungen anstrebt. Neben den Aspekten der Strukturqualität und der Prozessqualität kommen hierbei Maßnahmen zur Prüfung der Ergebnisqualität eine wichtige Funktion zu. Die Dimensionen der Ergebnisqualität können hierbei in die Gesichtspunkte der Inanspruchnahme bzw. Akzeptanz, des Erfolgs und der Kosten und Nutzenaspekte untergliedert werden. Für die Bewertung der Akzeptanz ist neben der absoluten und relativen Inanspruchnahme des therapeutischen Angebotes und der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot auch die Zielgenauigkeit, mit der in besonderem Maße bedürftige Personen erreicht werden, von besonderer Bedeutung.

Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist zunächst nach der systematischen Einschätzung durch den Patienten zu fragen. Neben den globalen Einschätzungen des Erfolgs haben hier vor allem standardisierte psychometrische Instrumente eine herausgehobene Bedeutung, die auch eine Vergleichbarkeit mit ähnlichen Leistungserbringern gewährleisten. Je nach Zielsetzung der Behandlung sind auch der Nachweis von Veränderungen auf der Symptomebene, im Verhalten, im Persönlichkeits- und Einstellungsbereich, der Lebensqualität und auf der sozialmedizinischen Ebene wichtige Indikatoren der Ergebnisqualität. Bemühungen um den Nachweis nicht nur kurzfristiger, sondern auch langfristiger Effekte über Routinekatamnesen stellen hierfür ein wichtiges Qualitätsmerkmal in der Qualitätssicherung dar.

Im internationalen Raum finden sich für die Behandlung psychosomatischer und psychischer Störungen bislang kaum Studien zum Nachweis längerfristiger Effekte in der Routine. Die meisten Untersuchungen hierzu beschränken sich auf den Vergleich der wichtigsten Outcomeparameter von Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt und umfassen im Wesentlichen die Symptomebene. Die Situation stellt sich für den bundesdeutschen Raum etwas anders dar. In den letzten Jahren hat im Zuge der Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen und psychischen Störungen auch die Durchführung von Katamnesen eine zunehmende Bedeutung gewonnen (Kawski & Koch, 2002; Koch & Tiefensee, 1998; Schulz & Koch, 2002). Umfangreiche wissenschaftliche Studien zur Evaluation der Effektivität stationärer Psychotherapie bzw. der Psychosomatischen Rehabilitation sind durchgeführt worden, welche die längerfristige Effektivität solcher Maßnahmen hinsichtlich relevanter Outcome-Maße nachweisen konnten (Broda, Bürger, Dinger-Broda & Massing, 1996; Gerdes, Weidemann & Jäckel, 2000; Nübling, Puttenhöfer, Wittmann, Schmidt & Wittich, 1995; Schmidt, 1991; Schulz, Lotz-Rambaldi, Koch, Jürgensen & Rüdell, 1999; Zielke, 1993). Schmidt (1991) wies in der Zauberbergstudie die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Therapie nach, Zielke (1993) untersuchte den Nutzen einer verhaltensmedizinischen Behandlung. Die Studien von Broda et al. (1996) und Nübling et al. (1995) erbrachten den Nachweis langfristiger Effekte stationärer Rehabilitation, wohingegen Schulz et al. (1999) den Fokus auf die Effekte differentieller Zuweisung legten und die Protos-Studie (Gerdes et al., 2000) die Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mittels Therapiezielerfassung und -erreichung, unter anderem auch des Indikationsbereichs Psychosomatik, untersuchte. Durch diese Studien und aufgrund einer intensiven Diskussion der Effektivität von Behandlungsmaßnahmen im Sinne einer Qualitätssicherung ist die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen der externen Evaluation verstärkt deutlich geworden.

Mit dem Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements wurde in den Kliniken der Wicker-Gruppe seit 1998 begonnen. Die Wicker-Gruppe, als eines der Gründungsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), war dabei an der Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens der DEGEMED beteiligt, welches die Grundlage für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems bildete. Die Anforderungen dieses Zertifizierungsverfahrens (DIN ISO 9001) wie auch des externen Qualitätssicherungsprogramms der Gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) wurden in einem übergreifenden Qualitätsmanagementsystem in den Kliniken berücksichtigt.

Seit dem Sommer 2000 haben alle psychotherapeutischen Abteilungen der Wicker-Gruppe bzw. die jeweilige Klinik als Ganzes ihre Zertifizierung erfolgreich abgeschlossen und haben alle weiteren jährlich stattfindenden Überwachungsaudits sowie die dreijährlichen Re-Zertifizierungsaudits erfolgreich durchlaufen.

Im Mai 2000 wurde ein Kooperationsvertrag der Wicker-Kliniken mit der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung (AGPV) der Abteilung Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf abgeschlossen. Zielsetzung der längerfristig angelegten Kooperation ist die Implementierung und Weiterentwicklung einer gemeinsamen Basisdokumentation und die Durchführung von Routinekatamnesen als Kernbestandteile der qualitätssichernden Maßnahmen zur Ergebnisqualität. Die Ergebnisse der externen Evaluation finden dabei im internen Qualitätsmanagement der einzelnen Kliniken Berücksichtigung, um auf diese Weise Hinweise auf Verbesserungspotentiale zu erhalten, geeignete Maßnahmen zu entwickeln und diese zu implementieren.

Darüber hinaus wurde die Untersuchung spezifischer Forschungsfragen im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation vereinbart. Hierbei sollen insbesondere Fragen der Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation und der Vernetzung mit ambulanten Rehabilitationsangeboten sowie Fragen der Therapiezielentwicklung, -abstimmung und -erreichung fokussiert werden.

Als ein Bestandteil des Implementierungsprozesses wurde im Herbst 2001 eine erste – retrospektiv angelegte – Ein-Jahres-Katamnese durchgeführt. Zum Einsatz kam dabei ein Katamnesebogen der Abteilung Medizinische Psychologie, der auf der Grundlage bereits publizierter und in früheren Studien der Abteilung vielfach eingesetzter Instrumente entwickelt (Schulz et al., 1999) und für die spezifischen Erfordernisse des Klinik-Verbundes ergänzt und modifiziert worden war.

An der Katamnese nahmen alle sechs Abteilungen bzw. Kliniken teil, die Patienten mit psychosomatischen/psychischen Störungen behandelten, einbezogen werden konnte darüber hinaus auch mit einer Teilstichprobe die Abteilung für Psychotherapeutische Medizin der Klinik

am Osterbach, in der beginnend im Herbst 2002 die katamnestische Erhebung durchgeführt wurde. Im Einzelnen sind dies:

- die Psychosomatische Abteilung der Habichtswald-Klinik in Kassel
- die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Hardtwaldklinik I in Bad Zwesten
- die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der Hardtwaldklinik I in Bad Zwesten
- die Hardtwaldklinik II in Bad Zwesten
- die Psychosomatische Abteilung der Klinik am Homberg in Bad Wildungen
- die Abteilung für Psychotherapeutische Medizin der Klinik am Osterbach in Bad Oeynhausen
- die Abteilung für Psychosomatik/Psychotherapie der Wicker-Klinik in Bad Wildungen

Insgesamt verfügen die untersuchten Psychosomatischen Abteilungen bzw. Kliniken über annähernd 1000 Behandlungsplätze. Die psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe zeichnen sich hierbei durch eine Breite des Behandlungsspektrums aus, welches mit Ausnahme der F0 - (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) und F1 - Diagnosen (Störungen durch psychotrope Substanzen) nach ICD-10 die gesamte Vielfalt der psychischen Störungen als primäre Behandlungsdiagnose umfasst. Die Behandlungskonzepte in den einzelnen Kliniken sehen neben einem breiten Spektrum psychischer/psychosomatischer Störungen jeweils gesonderte Schwerpunktbildungen vor, u.a. hinsichtlich Psychose, Trauma, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Tinnitus. Besondere Berücksichtigung erfährt auch die Behandlung beruflicher Probleme. Neben tiefenpsychologisch bzw. verhaltenstherapeutischen orientierten Einzel- und Gruppentherapien finden sich jeweils auch ergänzend Ansätze der Behandlung durch Elemente der Gestalttherapie, des Psychodrama und der Gesprächspsychotherapie. Des weiteren zeichnen sich die psychotherapeutischen Konzepte in den Kliniken durch eine besondere Betonung und Integration der kreativ- und körpertherapeutischen Therapiemaßnahmen aus. Letzteres dokumentiert sich sowohl in Umfang der angebotenen Therapien und Qualifizierung der entsprechenden Therapeutinnen und Therapeuten als auch in der Integration dieser Berufsgruppen in das therapeutische Kernteam.

Im Rahmen der katamnestischen Befragung wurde als ergänzende Fragestellung auch untersucht, welchen Einfluss eine monetäre Anreizbedingung und das Ausmaß der zeitlichen Belastung durch das Ausfüllen des katamnestischen Fragebogens auf die Rücklaufquote hat. Hierzu wurde bei einer zufällig ausgewählten Teilstichprobe von der Hälfte der angeschriebenen Patienten¹ dem ersten Anschreiben als Anreiz ein Fünf Mark-Schein

¹ Im folgenden wird aus sprachlichen Gründen stets die maskuline Schreibweise verwendet, gemeint sind jedoch in gleichberechtigter Weise Patientinnen und Patienten.

beigelegt. Des Weiteren wurde die Länge des Fragebogens variiert, indem bei der Hälfte der angeschriebenen Patienten (ebenfalls per Zufallsauswahl bestimmt) die für die Basisdokumentation geplanten psychometrischen Instrumente (SCL-90-R, SF-36, ADS und IIP-D) in den Fragebogen integriert wurden. Die Darstellung der Ergebnisse dieser Fragestellung ist jedoch nicht Teil des vorliegenden Berichts, sie wird an anderer Stelle ausführlich dargestellt werden.

Der Basisteil des Fragebogens beinhaltete Items zu soziodemographischen und sozialmedizinischen Variablen. Darüber hinaus wurden Aspekte der körperlichen und psychosozialen Symptomatik, der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, der Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen und der persönlichen Belastungen und Ressourcen erfragt. Ergänzend wurden auch Basisdokumentationsdaten, insbesondere zur klinischen Diagnose und einige soziodemographische Variablen, die zu Behandlungsbeginn bzw. Behandlungsende erhoben worden waren, für die Analysen verwendet.

An statistischen Prüfverfahren kamen Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor (RMANOVA mit post-hoc berechneten t-Tests) und Chi²-Tests zum Einsatz². Zu diesen Tests wurden ergänzend Effektstärken *d* (nach Cohen, 1988), *eta*² und *phi* berechnet. Für die Berechnung von *d* wurden die Standardabweichungen der Mittelwerte zu *t*₀ verwendet, welche über die Patienten aller an der katamnestischen Untersuchung beteiligten Kliniken berechnet worden waren, um so fairere Vergleiche zwischen den Abteilungen und Kliniken zu ermöglichen.

Die Ergebnisse dieser katamnestischen Patientenbefragung werden in den folgenden Abschnitten des Berichts dargestellt. Nach kurzen Erläuterungen zu den Ergebnissen der Non-Responder-Analysen (Kap. 2.1) folgt zunächst eine Deskription der Patienten hinsichtlich soziodemographischer (Kap. 2.2), sozialmedizinischer (Kap. 2.2) und klinischer Variablen (Kap. 2.3). Im darauf folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Analysen zur Patientenzufriedenheit (Kap. 3.1) und zu den wichtigsten Outcome-Parametern (Kap. 3.2-3.4) dargestellt. Daran schließt sich die Untersuchung des Outcomes spezifischer Subgruppen an (Kap. 3.5). Im letzten Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse nochmals zusammengefasst und diskutiert (Kap. 4).

Die Daten der Klinik am Osterbach wurden lediglich deskriptiv in den Abbildungen mit aufgenommen, da die katamnestische Erhebung erst im Herbst 2002 begonnen und noch nicht abgeschlossen wurde. Die Angaben beziehen sich auf eine Teilstichprobe von 216

² In den Ergebnisdarstellungen und in den Abbildungen wird der Übersichtlichkeit halber auf die Nennung der jeweiligen Nennerfreiheitsgrade des F-Testes verzichtet, da diese in den entsprechenden Berechnungen mindestens > 250 ausfallen.

Patienten, von denen bis Ende Februar 2003 mindestens teilweise auswertbare Daten vorlagen.

Als externe Referenz wurden in Abhängigkeit der jeweils analysierten Daten zwei repräsentative bereits publizierte Stichproben katamnestisch befragter Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation herangezogen. Die im folgenden als repräsentative RV-Stichprobe bezeichnete Stichprobe umfasst konsekutiv untersuchte Versicherten zweier Landesversicherungsanstalten (LVA Rheinland-Pfalz und LVA Westfalen) und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), denen eine stationäre psychosomatisch/psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahme bewilligt worden war. Von der LVA Westfalen wurden im Zeitraum von September 2000 bis April 2001 $n = 1812$ Patienten angeschrieben, von der LVA Rheinland-Pfalz wurden im Zeitraum von November 2000 bis April 2001 $n = 871$ Patienten angeschrieben und von der BfA wurden im Zeitraum von Januar 2001 bis Februar 2001 $n = 4000$ Patienten angeschrieben. Insgesamt wurden 6683 Patienten angeschrieben, von denen zum Zeitpunkt der Katamnese 3113 auswertbare Fragebögen vorlagen.

Die Daten der Klinik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach beruhen auf einer prospektiv angelegten Katamnese von 208 Patienten einer konsekutiven Stichprobe von 302 Patienten, welche 2000 ein Jahr nach ihrer stationären Behandlung schriftlich befragt wurden (Schulz, Watzke, Koch, Jürgensen & Rüddel, 2001). Die katamnestische Befragung war hierbei um einige retrospektive Fragen ergänzt worden.

2 Deskriptive Analysen

2.1 Zusammensetzung der Gesamtstichprobe und Non-Responder-Analyse

Sechs konsekutive Stichproben wurden circa ein Jahr nach Beendigung der Behandlung in einer der psychotherapeutisch-psychosomatischen Kliniken oder Abteilungen der Wicker-Gruppe angeschrieben. Die Stichprobengrößen für die einzelnen Kliniken wurden unter Berücksichtigung der Bettenzahl so gewählt, dass bei einer vorab geschätzten Rücklaufquote von 50-60 Prozent die Durchführung von Subgruppenanalysen in den einzelnen Kliniken und Abteilungen gewährleistet war.

Vier Wochen nach Aussendung des ersten Schreibens wurde allen Patienten, von denen bis dahin keine Rückantwort vorlag, ein Erinnerungsschreiben zugesandt. Der durchschnittliche Katamnesezeitraum lag bei 63,8 Wochen (SD: 12 Wochen) und schwankte in den beteiligten Kliniken zwischen 57,1 Wochen in der Klinik am Homberg (SD: 6,3 Wochen) und 71,7 Wochen (SD: 13,2 Wochen) in der Habichtswaldklinik. Für 2032 der 3829 angeschriebenen Patienten liegen teilweise oder vollständig beantwortete Katamnesebögen vor. Die resultierende Rücklaufquote lag insgesamt bei 53,1%. Die Rücklaufquoten der einzelnen Kliniken und Abteilungen schwankten zwischen 46,8% in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I und 60,1% in der HWK-II. Zwischen Respondern und Non-Respondern zeigten für signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der Länge des Katamnesezeitraumes, sowie der hinsichtlich der Diagnosenverteilung. Die Responder waren im Durchschnitt zwei Jahre älter als die Non-Responder (47,6 Jahre vs. 45,3 Jahre) und der Katamnesezeitraum betrug bei den Respondern eine Woche weniger (63 Wochen vs. 64 Wochen). Darüber hinaus waren bei den Respondern Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (F60) oder einer Essstörung (F50) leicht unterrepräsentiert. Die Unterschiede fielen jedoch jeweils geringer als eine kleine Effektstärke aus und scheinen vernachlässigbar. Die nachfolgend beschriebenen Analysen und Prozentangaben beziehen sich auf die 2032 Patienten mit beantwortetem Katamnesebogen.

2.2 Soziodemographische Angaben

2.2.1 Altersverteilung

Die im aktuellen Berichtszeitraum erfassten Patienten sind zum Katamnesezeitpunkt im Mittel 47,6 Jahre alt bei einer Streuung (SD) von 10 Jahren. Der Altersdurchschnitt in den Kliniken schwankte zwischen 45,3 Jahren in den Wicker-Klinik und 49,6 Jahren in der Klinik am

Homberg (vgl. **Abbildung 1**). Im Vergleich mit der aktuellen Statistik des VDR zu den stationären Rehabilitationsleistungen für diesen Indikationsbereich (Durchschnittsalter der Rehabilitanden im Berichtsjahr 2000: 45,6 Jahre) sind die Patienten lediglich in einigen Kliniken signifikant älter (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001).

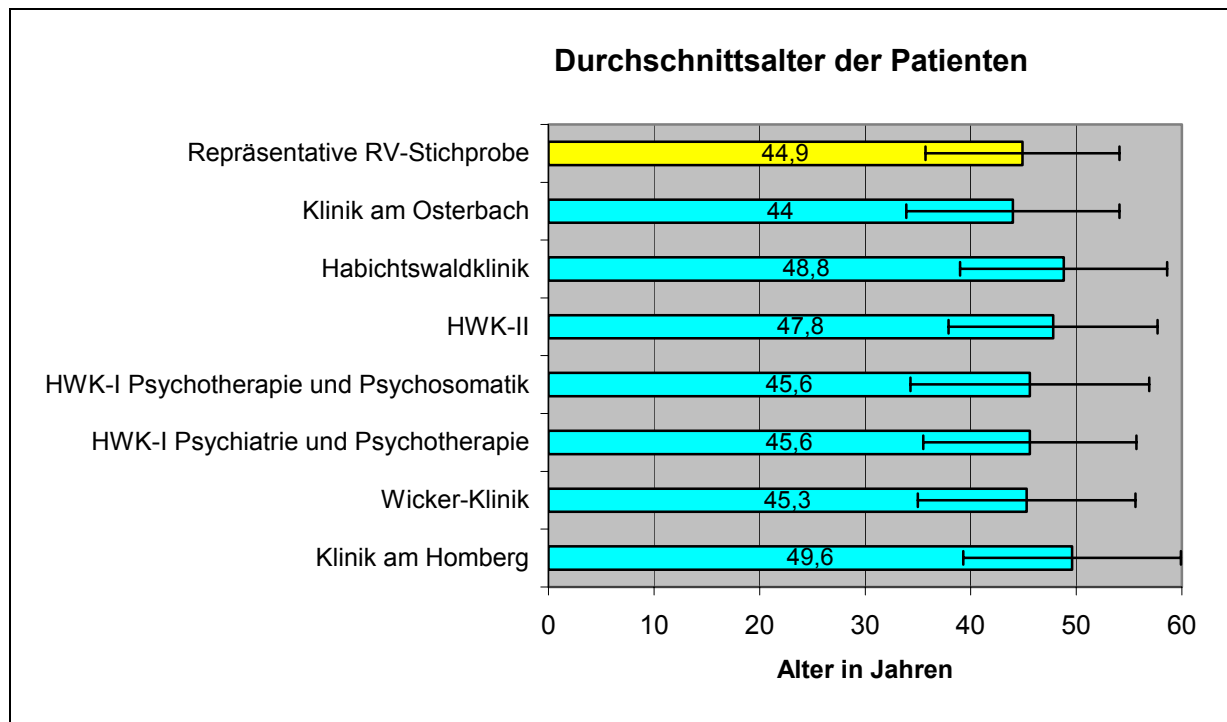


Abbildung 1: Altersdurchschnitt der Patienten in den einzelnen Kliniken

2.2.2 Geschlechterverteilung

Die weiblichen Patienten sind, wie es in der psychosomatischen Rehabilitation häufig anzutreffen ist, mit 72,6% überrepräsentiert (vgl. **Abbildung 2**). Zwischen den einzelnen Kliniken schwankte der Anteil der weiblichen Patienten zwischen 62,5% in der HWK-I Psychiatrie und Psychotherapie und 86,4% in der Wicker-Klinik. Der Anteil der weiblichen Patienten unterschied sich hierbei signifikant zwischen den Kliniken ($\chi^2=52.2$; $df=5$; $p<.001$; $\Phi=.16$), wobei der Anteil an weiblichen Patienten in der Wicker-Klinik im Vergleich zur Gesamtstichprobe überrepräsentiert und in den beiden Abteilungen der HWK-I unterrepräsentiert war. Im Vergleich zu den Angaben des VDR für Patienten mit psychischen Erkrankungen (ohne Sucht; F00-F09; F17, F20-F99) im Behandlungsjahr 2000, wonach der Frauenanteil 66% betrug, war die weibliche Überrepräsentation für die Gesamtstichprobe stärker ausgeprägt.

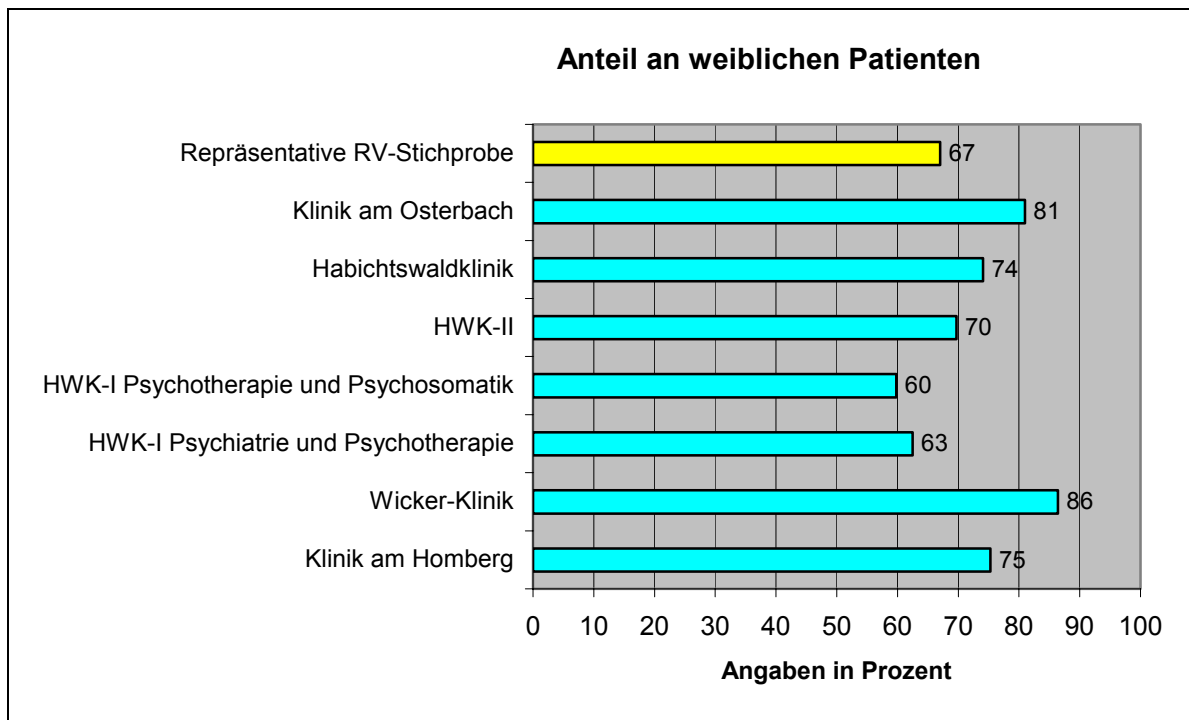


Abbildung 2: Anteil der weiblichen Patienten in den einzelnen Kliniken

2.2.3 Schulbildung

Das Bildungsniveau der Patienten in den psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe ist gegenüber Vergleichskliniken überdurchschnittlich. Insbesondere der Anteil an Patienten, die über eine Fach- oder allgemeine Hochschulreife verfügen, fällt mit 42,7% gegenüber anderen Kliniken (Broda et al., 1996; Gerdes et al., 2000; Nübling et al., 1995; Schmidt, 1991; Schulz et al., 1999; Zielke, 1993) deutlich höher aus (vgl. **Abbildung 3**). Auch im Vergleich zur repräsentativen RV-Stichprobe fällt der Anteil an Patienten mit höherem Schulabschluss in allen Kliniken der Wicker-Gruppe größer aus. Der Anteil an Patienten mit Fachhochschul- oder Hochschulreife unterschied sich hierbei signifikant zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe ($\chi^2=219.8$; $df=10$; $p<.001$; $\Phi=.33$), wobei diese Patienten mit höherer Schulbildung in der Klinik am Homberg mit 24,3% deutlich unterrepräsentiert und mit 65,7% in der Habichtswaldklinik deutlich überrepräsentiert waren.

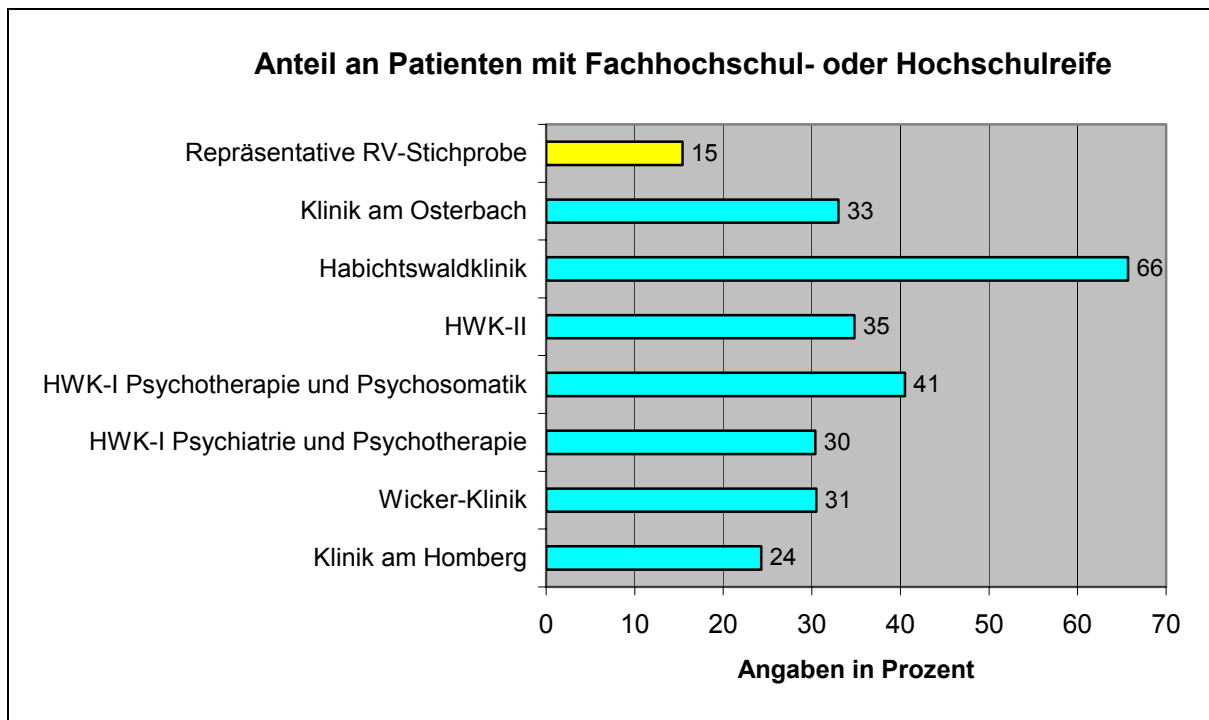


Abbildung 3: Anteil der Patienten mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss

2.2.4 Berufliche Position

In Bezug auf die letzte berufliche Position ordneten sich 61% der Patienten den Angestellten zu, hiervon 11,3% bzw. 32,5% mit einfacher bzw. mittlerer Tätigkeit, 13,1% mit leitender Tätigkeit und 4,1% mit umfassender Tätigkeit. Die weiteren Patienten verteilen sich neben einer Restkategorie auf die Gruppe der Arbeiter mit 6,1%, der Beamten mit 22% und der Selbständigen mit 5,2%. Auf eine detaillierte Darstellung der beruflichen Position der Patienten in den einzelnen Kliniken wird an dieser Stelle verzichtet, da sich die Schulbildung als Indikator für die soziale Schicht unter anderem auf Grund der höheren Zuverlässigkeit der Angaben besser eignet und hinsichtlich des Rehabilitationsziels der Wiedereingliederung in das Berufsleben die nachfolgenden Angaben zum Erwerbsstatus eine größere Relevanz besitzen.

2.2.5 Erwerbssituation

Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns stellten hinsichtlich der Erwerbssituation die vollschichtig berufstätigen Patienten mit 47,7% die größte Gruppe (vgl. **Abbildung 4**). Der Anteil der Patienten in einem formellen Beschäftigungsverhältnis belief sich auf insgesamt 72,1% (Teilzeit 23,2%; andere 1,4%). Die arbeitslosen Patienten stellten die nächst größere Gruppe mit weiteren 9,7%.

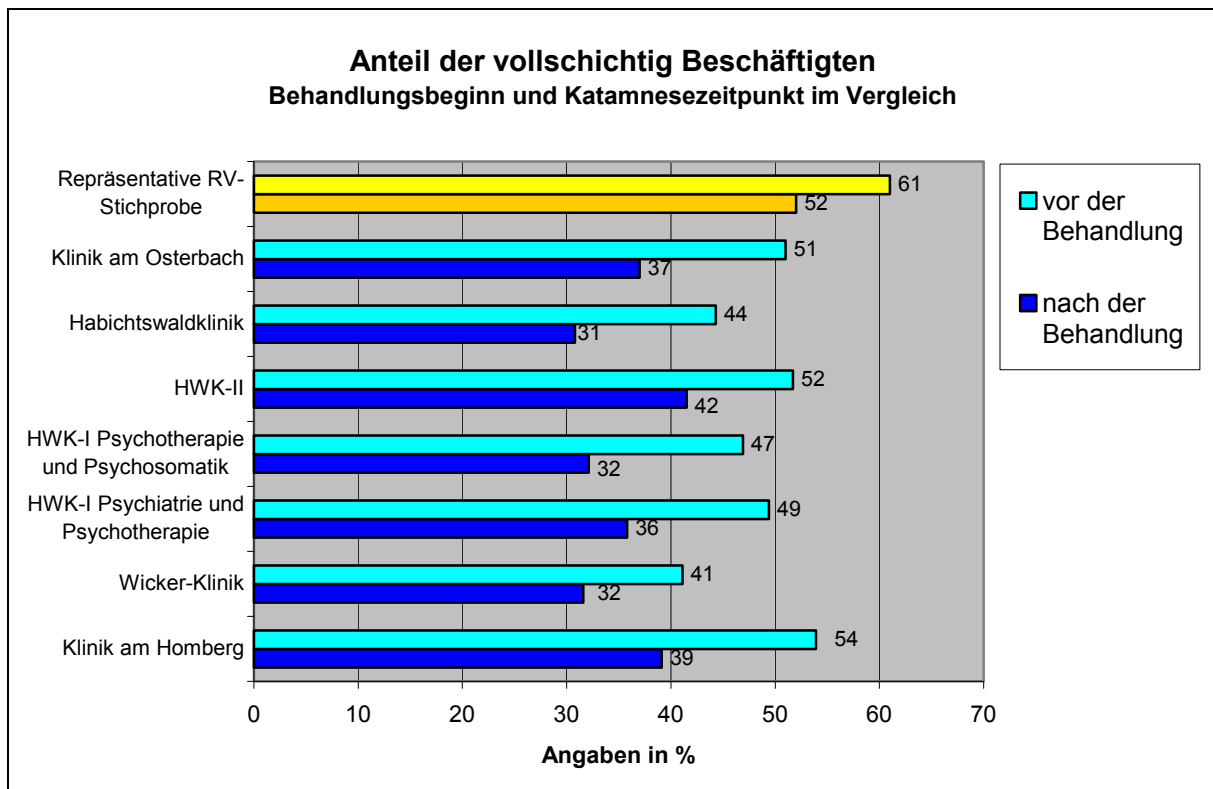


Abbildung 4: Anteil der vollschichtig Beschäftigten vor und nach der stationären Behandlung

Der Anteil der erwerbsunfähig Berenteten betrug zu Behandlungsbeginn 4,1%. Die nachfolgenden Abbildungen, in denen die wichtigsten Erwerbsgruppen getrennt dargestellt werden, verdeutlichen auch die Verschiebungen vom Behandlungszeitpunkt zum Katamnesezeitpunkt (vgl. **Abbildung 5-8**). Der Anteil der Vollzeit beschäftigten Personen reduzierte sich insgesamt auf 35,2%, während die Reduktion des Anteil der Teilzeitbeschäftigten auf 20,8% geringer ausfiel. Der Anteil der Patienten in Umschulung oder Ausbildung stieg leicht an auf 2,5%. Insgesamt befanden sich zum Katamnesezeitpunkt noch 58,7% der Patienten in einem formellen Beschäftigungsverhältnis. Der Anteil der erwerbsunfähig berenteten Patienten stieg insgesamt von 4,1% auf 12,3% an, während der Anteil der arbeitslosen Patienten mit 9% weitgehend konstant blieb. Der Anteil der alters- bzw. frühberenteten/pensionierten Patienten stieg von 4,8% auf 11,5% an.

Beim Vergleich zwischen den Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe hinsichtlich des Erwerbsstatus vor der Behandlung zeigten sich signifikante Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen ($\chi^2=105,7$; $df=20$; $p<.001$; $\Phi=.25$). Dabei fiel vor allem der deutlich geringere Anteil an arbeitslosen Patienten in der Habichtswald-Klinik auf.

Auch zum Katamnesezeitpunkt ließen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Erwerbsstatus zwischen der Kliniken nachweisen ($\chi^2=195,8$; $df=20$; $p<.001$; $\Phi=.33$). Dabei fielen vor allem der wiederum geringere Anteil an arbeitslosen Patienten in der Habichtswald-Klinik, der höhere Anteil an erwerbsunfähig Berenteten in der Abteilung

Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I, der Wicker-Klinik und der Klinik am Homberg sowie der höhere Anteil an alters- bzw. frühberenteten/pensionierten Patienten in der Habichtswald-Klinik und der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I auf.

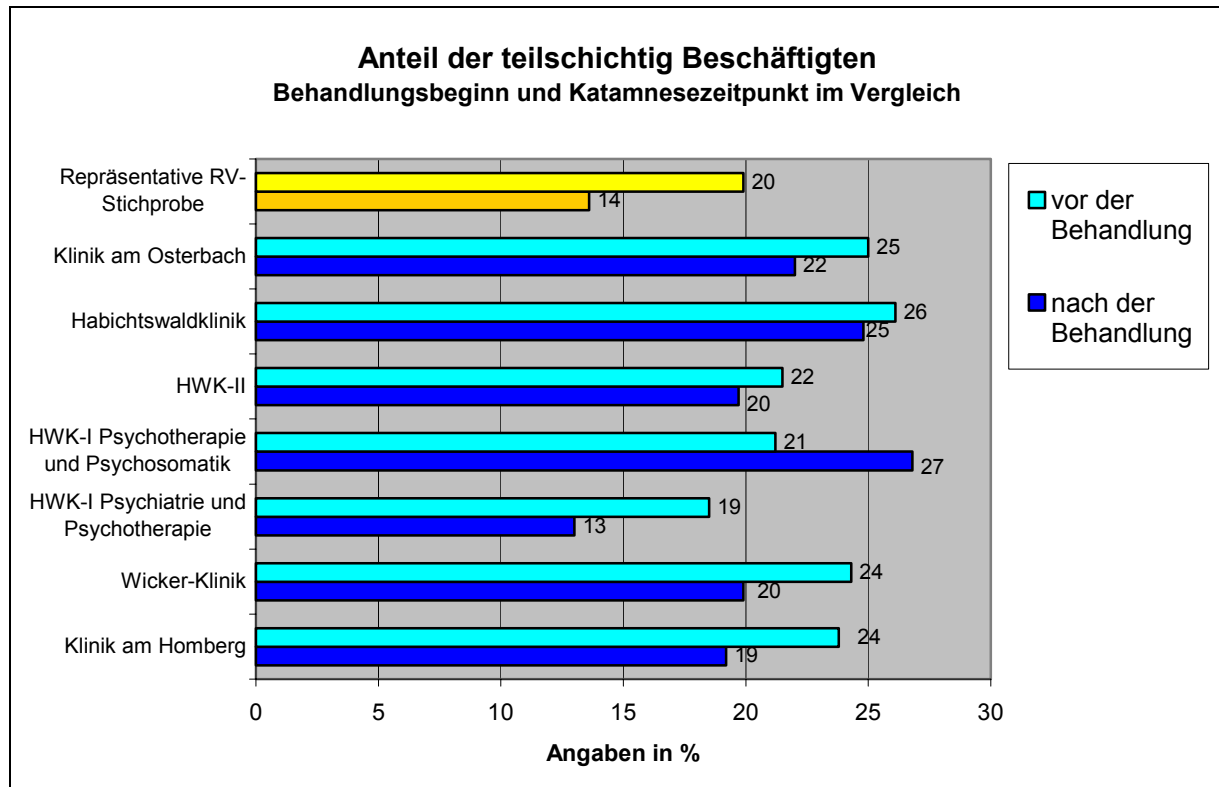


Abbildung 5: Anteil der teilschichtig Beschäftigten vor und nach der stationären Behandlung

Im Vergleich zur repräsentativen RV-Stichprobe fiel der Anteil der vollschichtig Berufstätigen mit knapp 48% gegenüber 61% deutlich geringer aus, während die Reduktion des Anteils dieser Patientengruppen mit 12,5% gegenüber 9% nur leicht höher ausfiel. Auffällig war darüber hinaus der geringere Anteil an EU-berenteten Patienten in der RV-Stichprobe insbesondere zum Katamnesezeitpunkt (8% vs. 12,3%). Dieser Unterschied fiel nochmals stärker aus, wenn auch der Anteil der frühberenteten bzw. pensionierten Patienten in der Habichtswaldklinik bzw. der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I berücksichtigt würde.

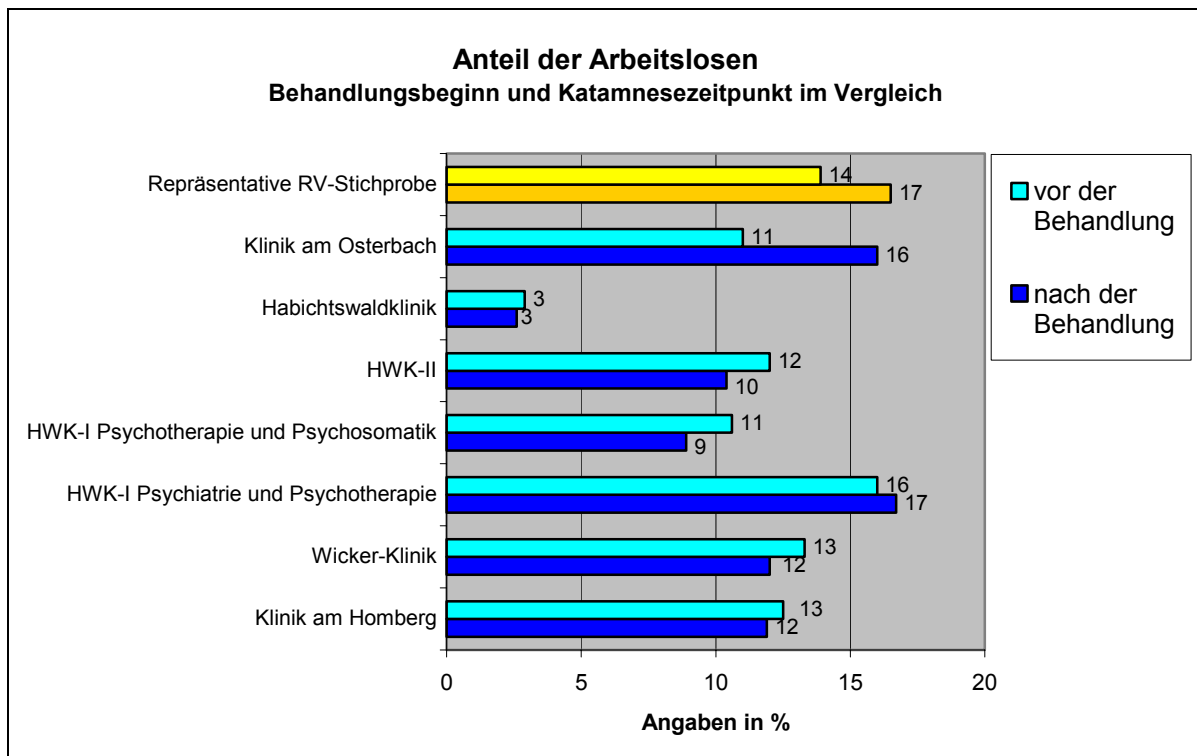


Abbildung 6: Anteil der Arbeitslosen vor und nach der stationären Behandlung

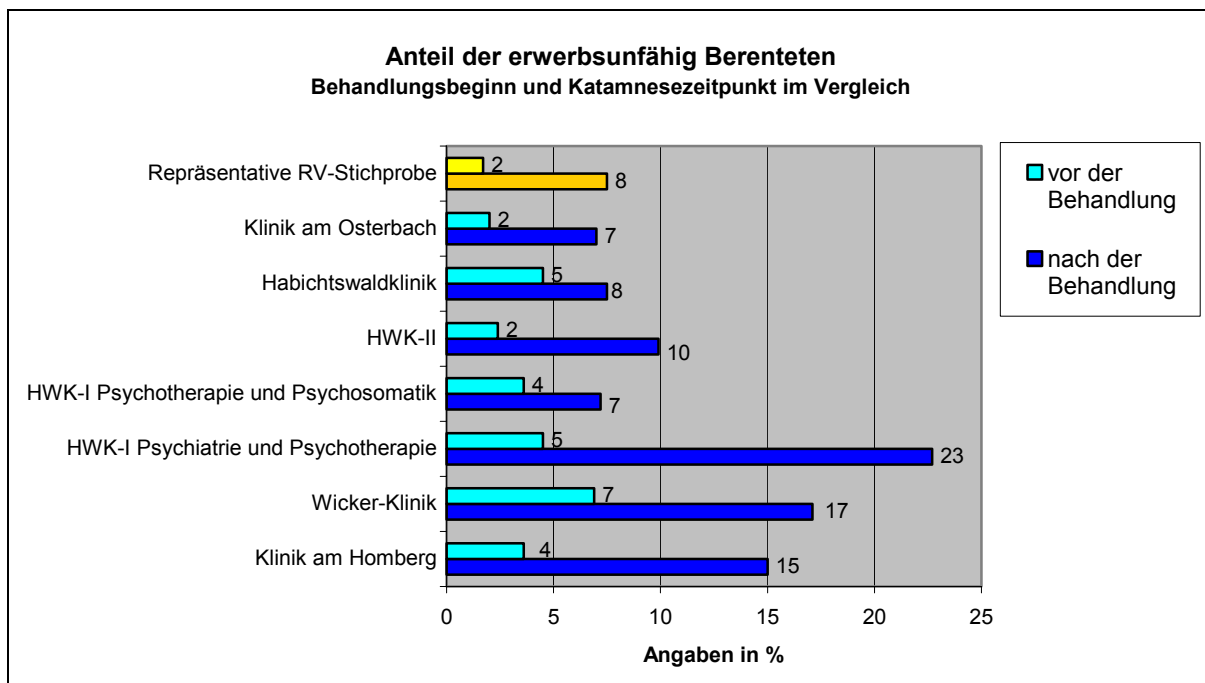


Abbildung 7: Anteil der erwerbsunfähig Berenteten vor und nach der stationären Behandlung

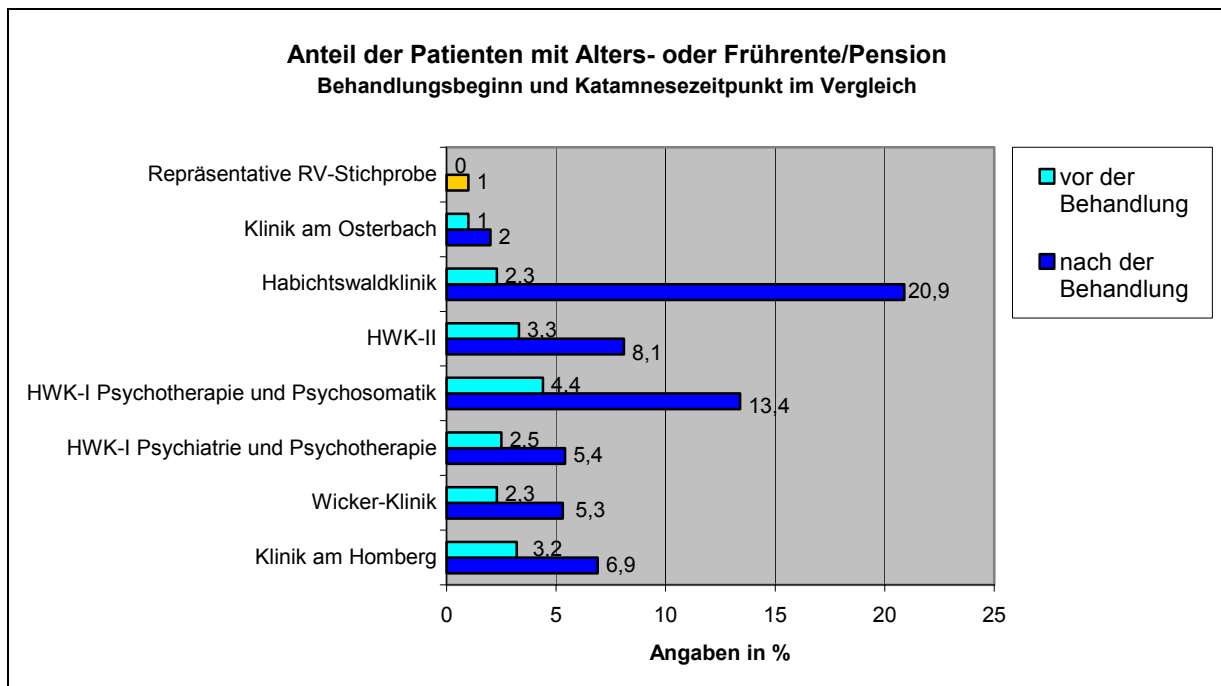


Abbildung 8: Anteil der Patienten mit Alters- oder Frührente/-pension vor und nach der stationären Behandlung

2.2.6 Familienstand und aktuelle Partnersituation

Die meisten der untersuchten Patienten waren verheiratet oder wieder verheiratet (49,4%) und lebten in einer festen Partnerschaft (69,5). Der Anteil der ledigen Patienten betrug 22,6%, der Anteil der geschiedenen oder getrennt lebenden Patienten lag bei insgesamt 23,7%. Der Anteil der verwitweten Patienten lag bei 4,4%. Der Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer festen Partnerschaft lebten, untergliedert sich in 2,4% mit wechselnden Partnern, 3,5% der Patienten, die kurzfristig (bis zu sechs Monaten), 9,7% der Patienten, die mittelfristig (sechs Monate bis drei Jahre) und 14,8% der Patienten, die seit über drei Jahren ohne Partner oder Partnerin lebten. Die Verteilung der Partnersituation wird in der **Abbildung 9** für die einzelnen Kliniken und Abteilungen getrennt dargestellt.

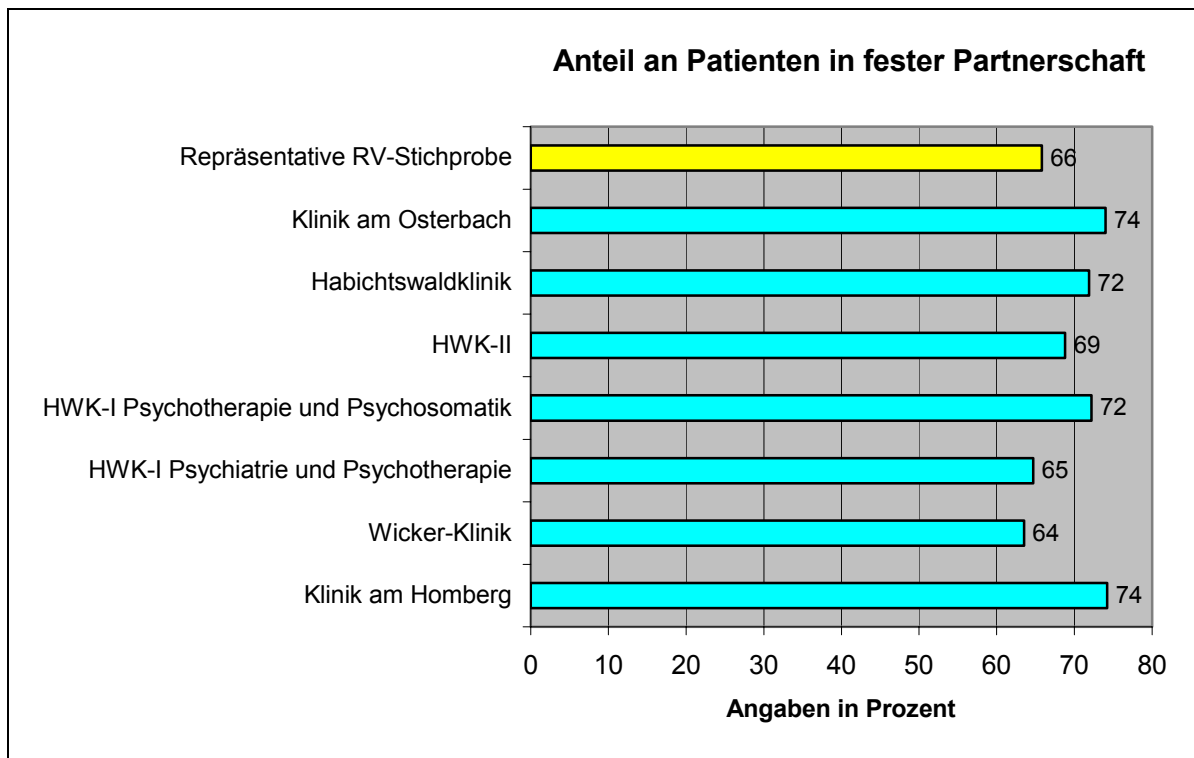


Abbildung 9: aktuelle Partnersituation

Die Unterschiede zwischen den Kliniken hinsichtlich des Anteil von Patienten in fester Partnerschaft werden nur knapp signifikant und entsprechen Differenzen, die geringer als eine kleine Effektstärke ausfallen ($\chi^2=11,7$; $df= 5$; $p<.05$; $\Phi=.08$).

Der Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Katamnese in einer festen Partnerschaft lebten, stimmt dabei weitestgehend mit dem entsprechenden Anteil in der repräsentativen RV-Stichprobe überein. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass in der RV-Stichprobe die entsprechenden Angaben zu Partnerschaftssituation vor der Behandlung und nicht wie in der Katamneseuntersuchung der Kliniken der Wicker-Gruppe zum Katamnesezeitpunkt erhoben wurden.

2.2.7 Kostenträger/Sozialversicherungsstatus

Die meisten der beteiligten psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen wurden primär über den Rentenversicherungsträger belegt (vgl. **Abbildung 10**).

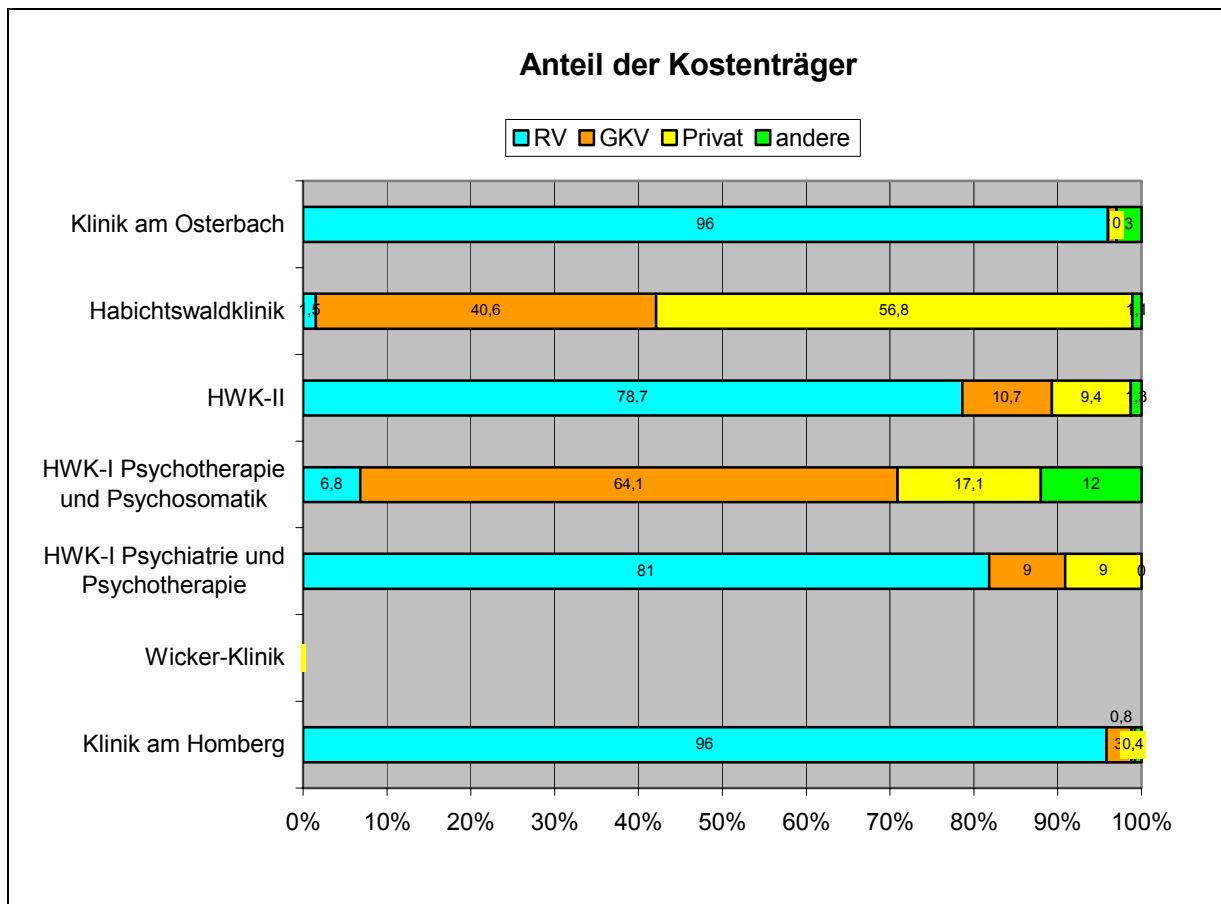


Abbildung 10: Anteile der verschiedenen Kostenträger

Abweichend hiervon wurden die Habichtswaldklinik und die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I primär über die privaten Krankenkassen bzw. die gesetzlichen Krankenkassen belegt. Für die Wicker-Klinik, die ebenfalls primär über die Rentenversicherungsträger (BfA) belegt wird, lagen für die untersuchte Stichprobe keine detaillierten Informationen vor.

2.2.8 Arbeitsfähigkeit zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der antwortenden Patienten waren nach Selbstausskunft der Patienten zur Arbeitsfähigkeit mit 46,1% die meisten Patienten zu *Behandlungsbeginn* arbeitsfähig (vgl. **Abbildung 11**). Die arbeitsunfähigen Patienten hatten einen Anteil von 40%, während die nicht berufstätigen Patienten einen Anteil von 13,9% stellten. Der Anteil an bei Aufnahme arbeitsfähigen Patienten schwankte hierbei zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe signifikant zwischen 25% in der Abteilung Psychotherapie und Psychiatrie der HWK-I und 59% in der Klinik am Homberg ($\chi^2=138,8$; $df= 10$; $p<.001$; $\Phi=.27$). Entsprechend schwankten die Anteile an bei Aufnahme arbeitsunfähigen Patienten zwischen 34% in der Wicker-Klinik und 59% in der Abteilung Psychotherapie und Psychiatrie der HWK-I sowie die

Anteil der nicht berufstätigen Patienten zwischen 5% in der Klinik am Homberg und 22% in der Habichtswald-Klinik.

Zu *Behandlungsende* stieg der Anteil der arbeitsfähigen Patienten für die Gesamtstichprobe auf 53,1% leicht an, während der Anteil der arbeitsunfähigen Patienten auf 32,6% absank. Weitgehend unverändert blieb die Gruppe der nicht berufstätigen Patienten. Die Unterschiede zwischen den Kliniken fielen hierbei wiederum signifikant aus ($\chi^2=120,2$; $df= 10$; $p<.001$; $\Phi=.25$). Während die Klinik am Homberg (68%) und die HWK-II einen überdurchschnittlichen Anteil an arbeitsfähigen Patienten aufwies, war die Patientengruppe in der Abteilung Psychotherapie und Psychiatrie der HWK-I mit 36% deutlich unterrepräsentiert. Umgekehrt fielen die Anteile der bei Entlassung arbeitsunfähigen Patienten in der Abteilung Psychotherapie und Psychiatrie (50%) und der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie (45%) der HWK-I überdurchschnittlich groß aus. Die Anteile der nicht berufstätigen Patienten hatten sich bei Entlassung nicht wesentlich verändert und schwankten weiterhin zwischen 5% in der Klinik am Homberg und 22,5% in der Habichtswald-Klinik.

Zum *Katamnesezeitpunkt* ergaben sich stärkere Veränderung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Der Anteil der arbeitsfähigen Patienten stieg in der Gesamtstichprobe auf 58,3% an, während nur noch 11,1% der Patienten arbeitsunfähig waren. Der Anteil der Gruppe der nicht Berufstätigen stieg dagegen zum Katamnesezeitpunkt auf 30,7%, was zu einem erheblichen Teil auf die zwischenzeitlichen Berentungen zurückzuführen war. Die Unterschiede zwischen den Kliniken entsprachen hierbei Differenzen mit kleiner Effektstärke ($\chi^2=47,9$; $df= 10$; $p<.001$; $\Phi=.16$).

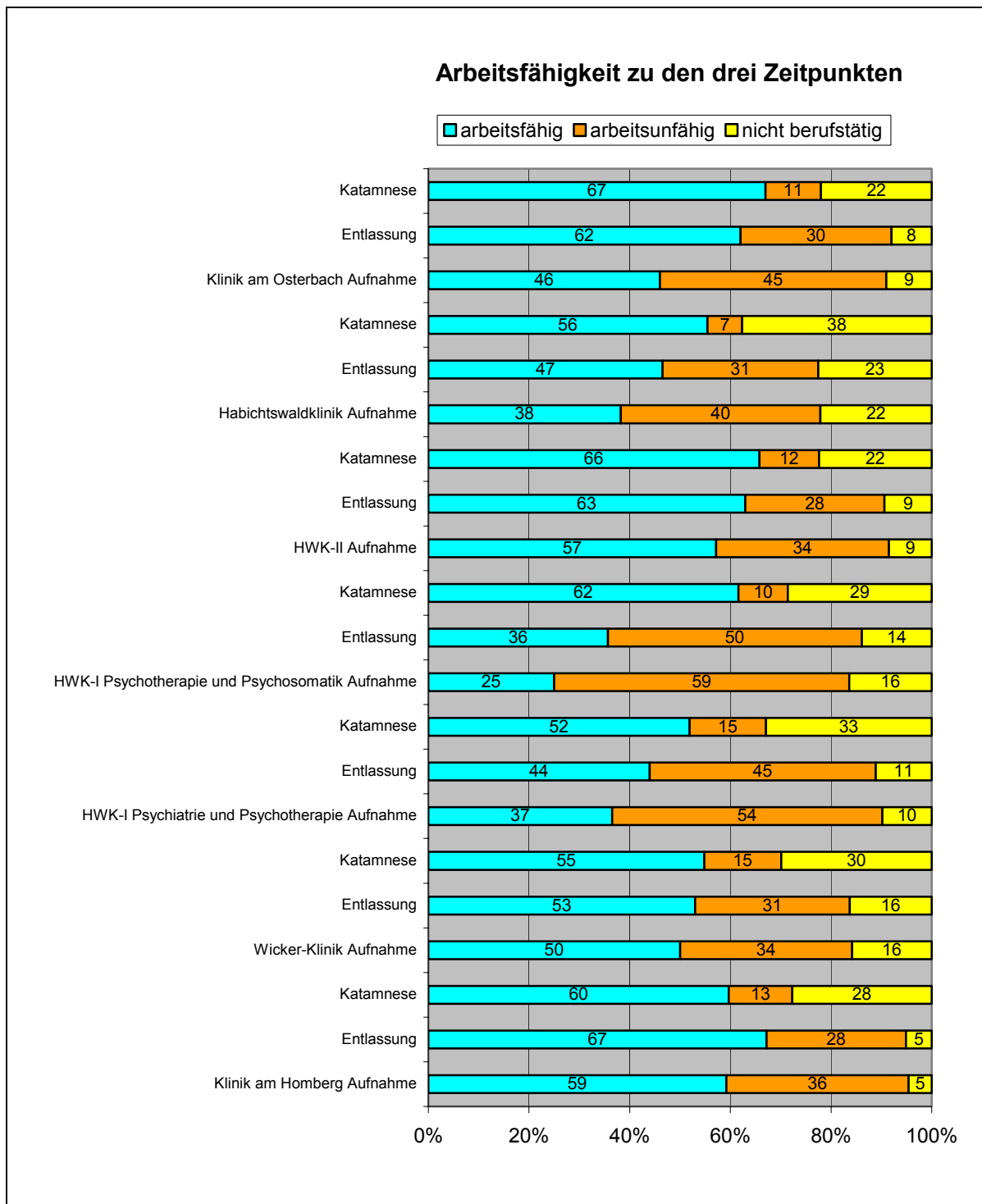


Abbildung 11: Veränderung der Arbeitsfähigkeit über die Zeit

Der Anteil an arbeitsfähigen Patienten schwankte bei Entlassung zwischen 53% in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I und 66% in der HWK-II. Bei der Gruppe der arbeitsunfähigen Patienten schwankten die Anteil in den Kliniken zwischen 7% in der Habichtswald-Klinik und 15% in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und der Wicker-Klinik. Den geringsten Anteil an bei Katamnese nicht-berufstätigen Patienten wies die

HWK-II mit 22% auf, während die Habichtswaldklinik mit 38% den größten Anteil an nicht-berufstätigen Patienten aufwies.

2.3 Klinische Merkmale

2.3.1 Behandlungsdiagnosen

Die Diagnosen werden nach ICD-10 dokumentiert. Im Sinne einer Komorbidität wurden bei Dreiviertel der Patienten (75,2%) mindestens zwei psychische Behandlungsdiagnosen vergeben. Die größte Diagnosegruppe unter Berücksichtigung der 1.-5. Entlassungsdiagnose bildeten mit 59,8% die Patienten mit einer depressiven Störung (F32-F34). Der Anteil der Patienten mit depressiven Störungen lag deutlich höher im Vergleich zur repräsentativen RV-Stichprobe (vgl. **Abbildung 12**).

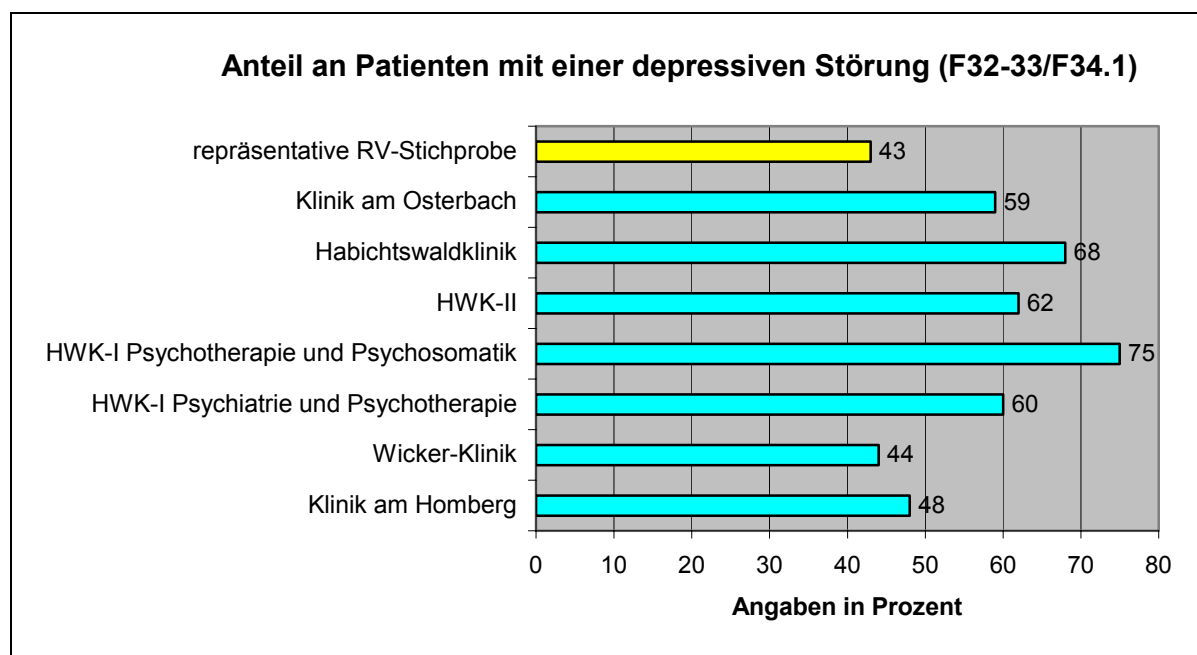


Abbildung 12: Anteil der Patienten mit einer depressiven Störung

Der Anteil der Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung schwankte zwischen 44% in der Wicker-Klinik und 75% in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I. Die signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken entsprachen dabei Differenzen von kleiner Effektstärke ($\chi^2=69,5$; $df= 5$; $p<.001$; $\Phi=.19$).

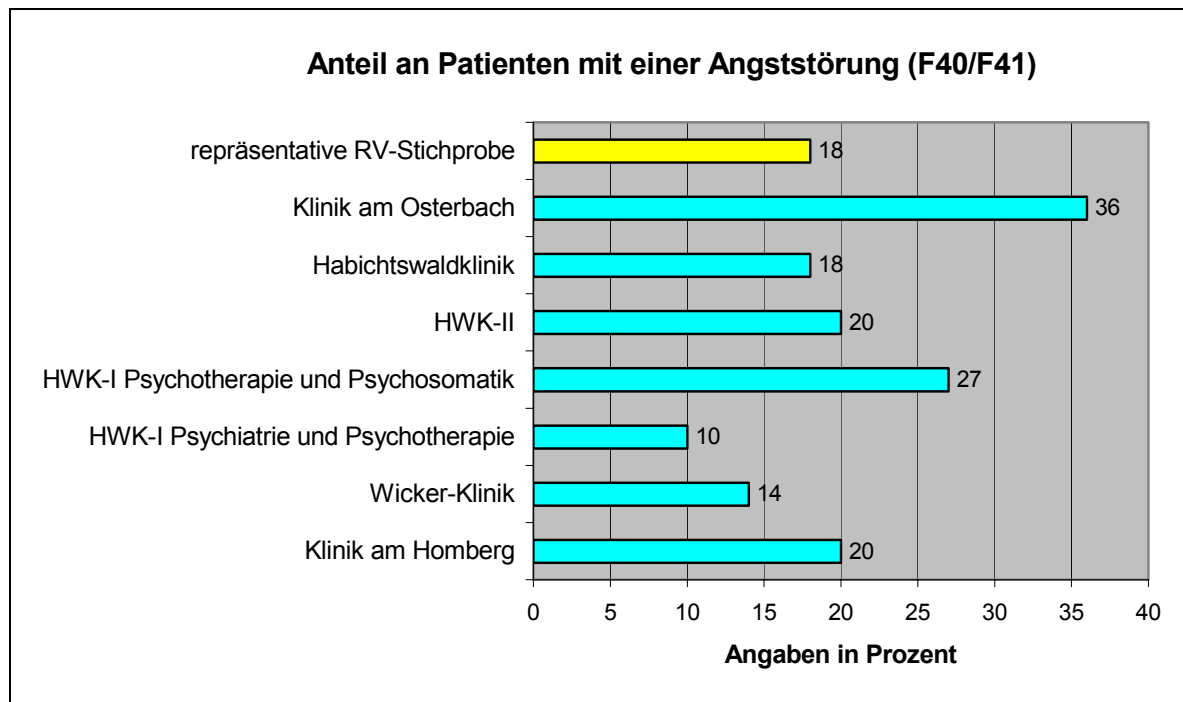


Abbildung 13: Anteil der Patienten mit einer Angststörung

Der Anteil der Patienten mit einer Angststörung lag für Gesamtstichprobe bei 17% und in vergleichbarer Größe zu der repräsentativen RV-Stichprobe (18%). Der Anteil schwankte dabei in den Kliniken zwischen 10% in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I und 27% in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I (vgl. **Abbildung 13**). Die Unterschiede zwischen den Kliniken entsprachen wiederum Differenzen mit kleiner Effektstärke aus ($\text{Chi}^2=22,1$; $\text{df}= 5$; $p<.001$; $\text{Phi}=.10$).

Die Behandlung von Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stellt in einigen der beteiligten Kliniken der Wicker-Gruppe einen besonderen Behandlungsschwerpunkt dar. Entsprechend fiel der Anteil der Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung für die Gesamtstichprobe mit 9% im Vergleich zur repräsentativen Gesamtstichprobe (2%) größer aus (vgl. **Abbildung 14**).

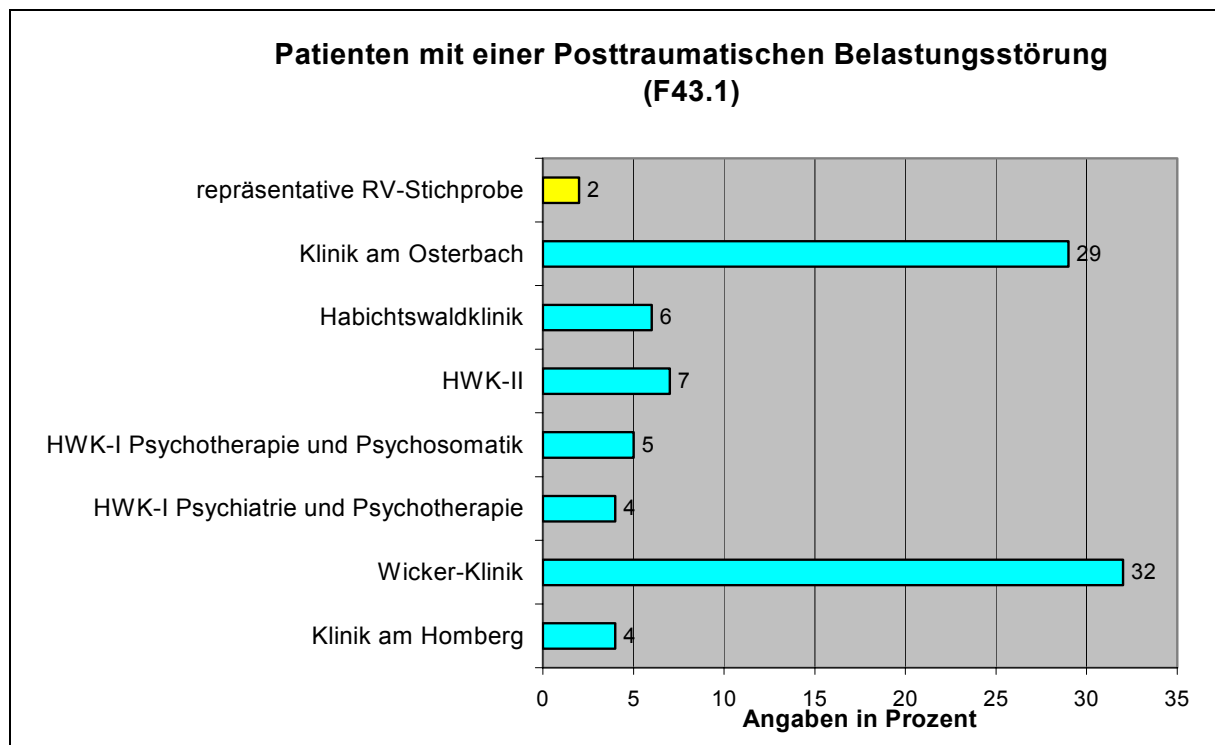


Abbildung 14: Anteil der Patienten mit einer PTBS (F43.1)

Auch innerhalb der Wicker-Gruppe konnten signifikante Abweichungen in den Häufigkeiten dieser Diagnosegruppe zwischen den Kliniken nachgewiesen werden, die Unterschieden mit mittlerer Effektstärke entsprachen ($\chi^2=193,3$; $df= 5$; $p<.001$; $\Phi=.31$), und auf den erhöhten Anteil in der Wicker-Klinik zurückzuführen waren.

Der Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störungen (F45) lag bezogen auf die Gesamtstichprobe bei 19% und fiel damit etwas geringer aus als in der repräsentativen RV-Stichprobe (23%). Der Anteil an Patienten mit einer somatoformen Störung schwankte in den Kliniken der Wicker-Gruppe zwischen 12% in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I und 24% in der HWK-II (vgl. **Abbildung 15**). Die signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe entsprachen einer kleiner Effektstärke ($\chi^2=26,1$; $df= 5$; $p<.001$; $\Phi=.11$).

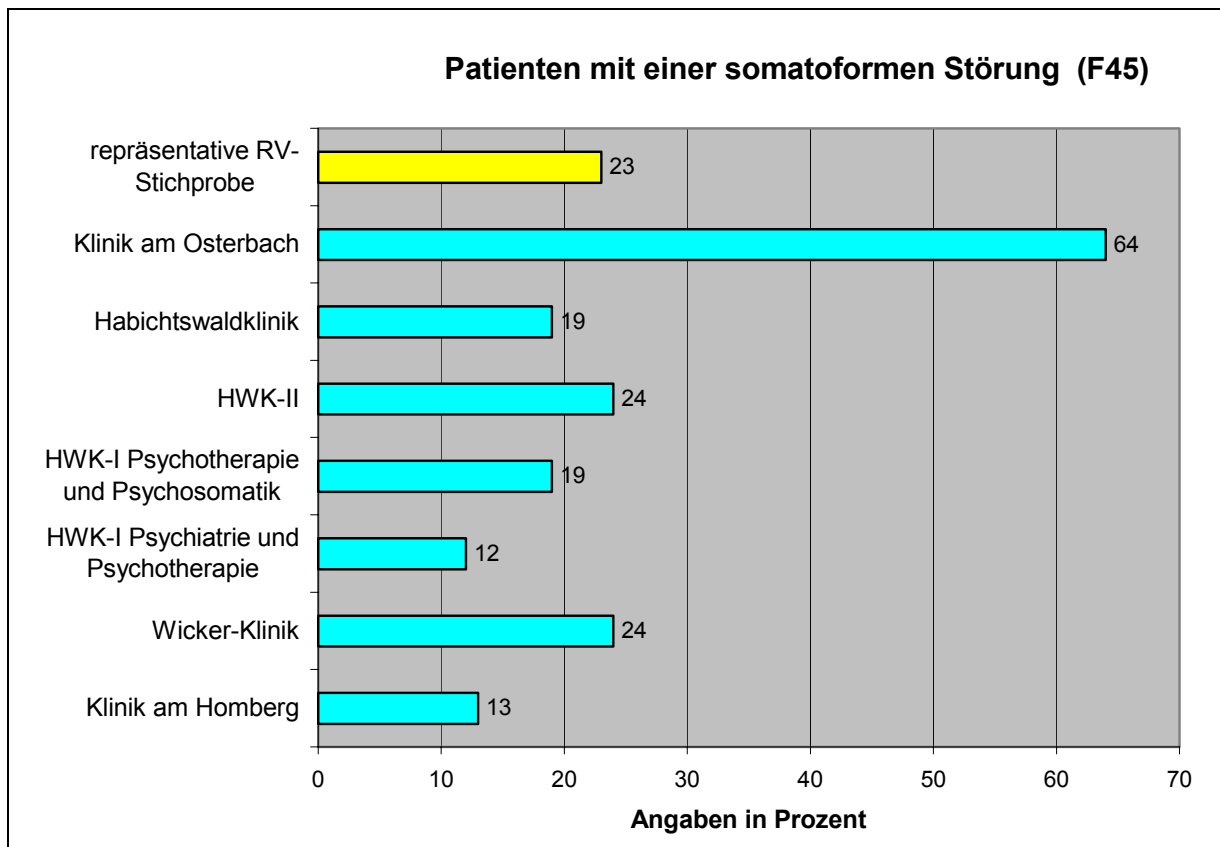


Abbildung 15: Patienten mit einer somatoformen Störung (F45)

Der Anteil an Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (F60/F61) fiel bezogen auf die Gesamtstichprobe mit 19% deutlich höher als in der repräsentativen RV-Stichprobe (10%).

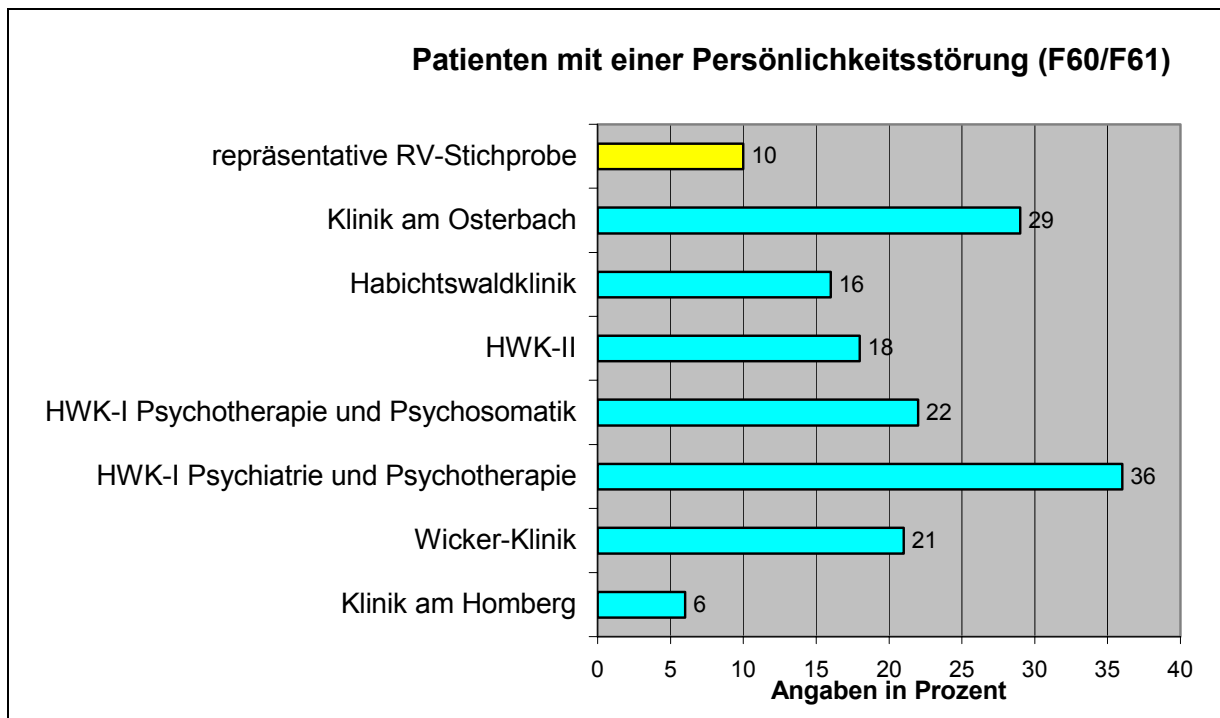


Abbildung 16: Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (F60/61)

Der Anteil an Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung schwankte in den Kliniken der Wicker-Gruppe zwischen 6% in der Klinik am Homberg und 36% in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I (vgl. **Abbildung 16**). Die signifikanten Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen entsprachen dabei einer kleinen Effektstärke ($\chi^2=81,0$; $df= 5$; $p<.001$; $\Phi=.20$).

Hinsichtlich der somatischen Diagnosen nach ICD10 hatten 70% der Gesamtstichprobe mindestens eine somatische Diagnose im Vergleich zu 76% der Patienten in der repräsentativen RV-Stichprobe (vgl. **Abbildung 17**).

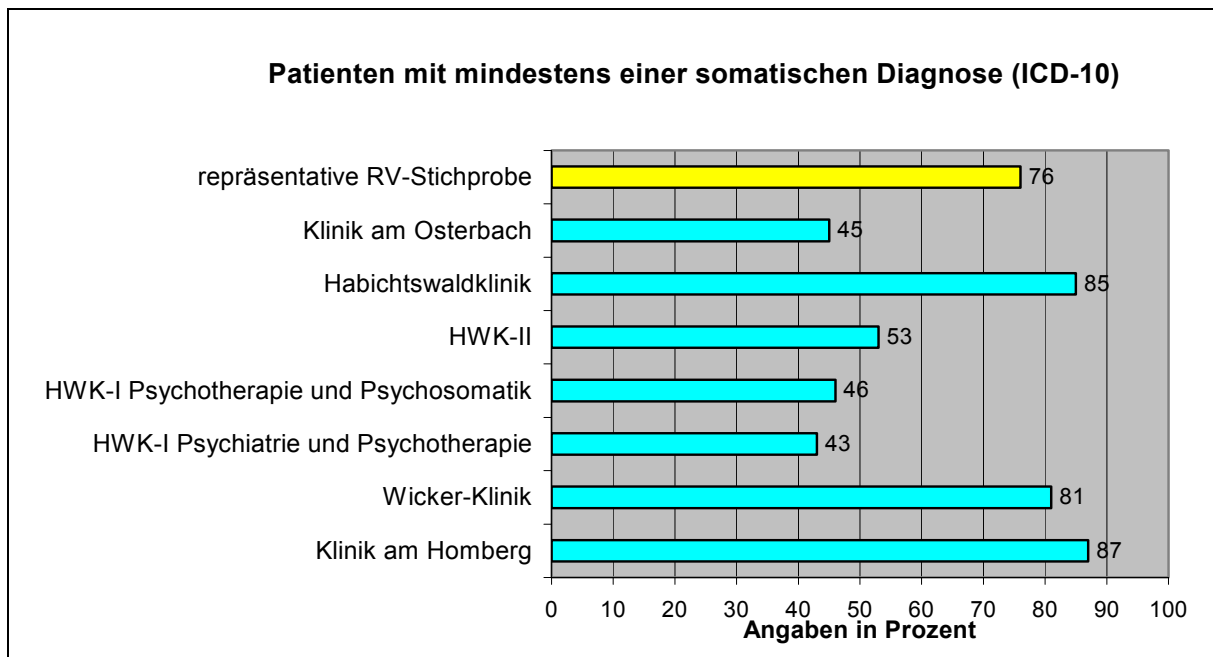


Abbildung 17: Anteil der Patienten mit mindestens einer somatischen Diagnose nach ICD-10

Der Anteil an Patienten mit mindestens einer somatischen Diagnose schwankte in den psychotherapeutischen Kliniken der Wicker-Gruppe zwischen 43% in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I und 87% in der Klinik am Homberg. Die signifikanten Unterschiede zwischen der Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe entsprachen hierbei einer mittleren Effektstärke ($\chi^2=298,0$; $df= 5$; $p<.001$; $\Phi=.38$).

2.3.2 Behandlungsdauer

Verglichen mit einer mittleren Behandlungsdauer von 40 Tagen, welche vom VDR für Rehabilitationsbehandlungen von Patienten mit Psychischen Erkrankungen ohne Sucht (F00-09, F17, F20-99) im Jahr 2000 verzeichnet wurde und auch für die repräsentative RV-Stichprobe zutrifft ($M=40$ Tage; $SD: 13$ Tage), fällt die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Gesamtstichprobe der psychotherapeutischen Kliniken der Wicker-Gruppe mit 42 Tagen ($SD: 14$ Tage) etwas länger. Die durchschnittlichen Behandlungsdauern in den Kliniken der Wicker-Gruppe schwanken dabei zwischen 37 Tagen in der Habichtswaldklinik und 58 Tagen in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I (vgl. **Abbildung 18**). Die Behandlungsdauern unterscheiden sich hierbei signifikant zwischen den Kliniken ($F=100,3$; $df=5$; $p<.001$). In den Post-hoc Tests ließ sich eine signifikant geringere mittlere Behandlungsdauer für die Habichtswald-Klinik im Vergleich zu allen anderen Kliniken mit Ausnahme der Wicker-Klinik nachweisen ($p<.001$ bzw. $<.005$). Die beiden Abteilungen der HWK-I wiesen eine signifikant längere mittlere Behandlungsdauer im Vergleich zu allen

anderen Kliniken und Abteilungen auf, wobei die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie nochmals eine signifikant längere durchschnittliche Behandlungsdauer aufwies im Vergleich zur Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I ($p < .001$).

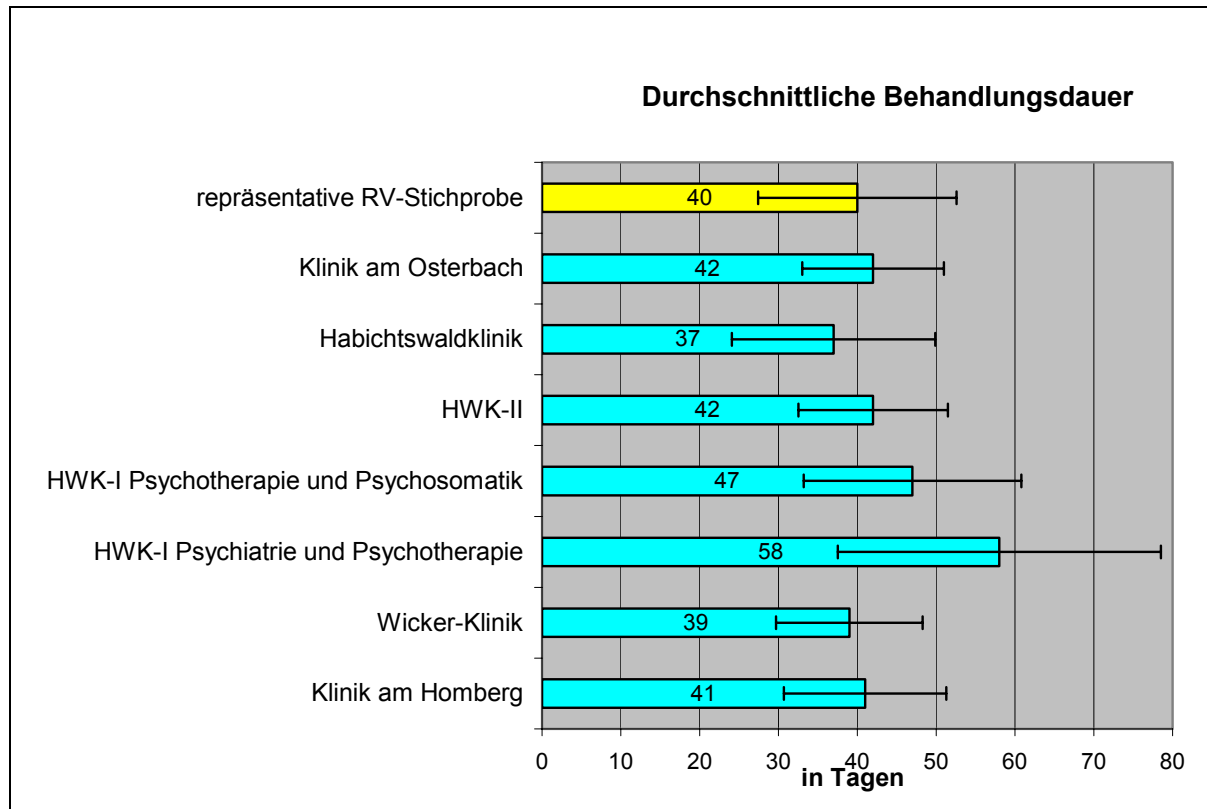


Abbildung 18: Verteilung der Behandlungsdauern

3 Behandlungsergebnisse

3.1 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wurde über zwei Items erfasst. Zum einen wurde auf einer fünfstufigen Skala von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (trifft voll und ganz zu) danach gefragt, ob aus Sicht der Patienten die richtige Klinik für sie ausgesucht wurde. Dies wurde bezogen auf die Gesamtstichprobe von 77% der Patienten als voll und ganz zutreffend (52%) bzw. eher zutreffend (25%) beurteilt. Insgesamt 6% der Patienten beurteilten dies als überhaupt nicht (2%) bzw. eher nicht zutreffend (4%). Dies bezüglich unentschieden waren weitere 17% der Patienten. Die Patientenurteile in der Gesamtstichprobe der psychotherapeutischen Kliniken der Wicker-Gruppe ($M=3,2$; $SD:1,0$) fielen hierbei im Mittel positiver aus als in der

repräsentativen RV-Stichprobe ($M=2,5$; $SD=1,3$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Patientenurteile in den einzelnen Kliniken sind in der **Abbildung 19** dargestellt.

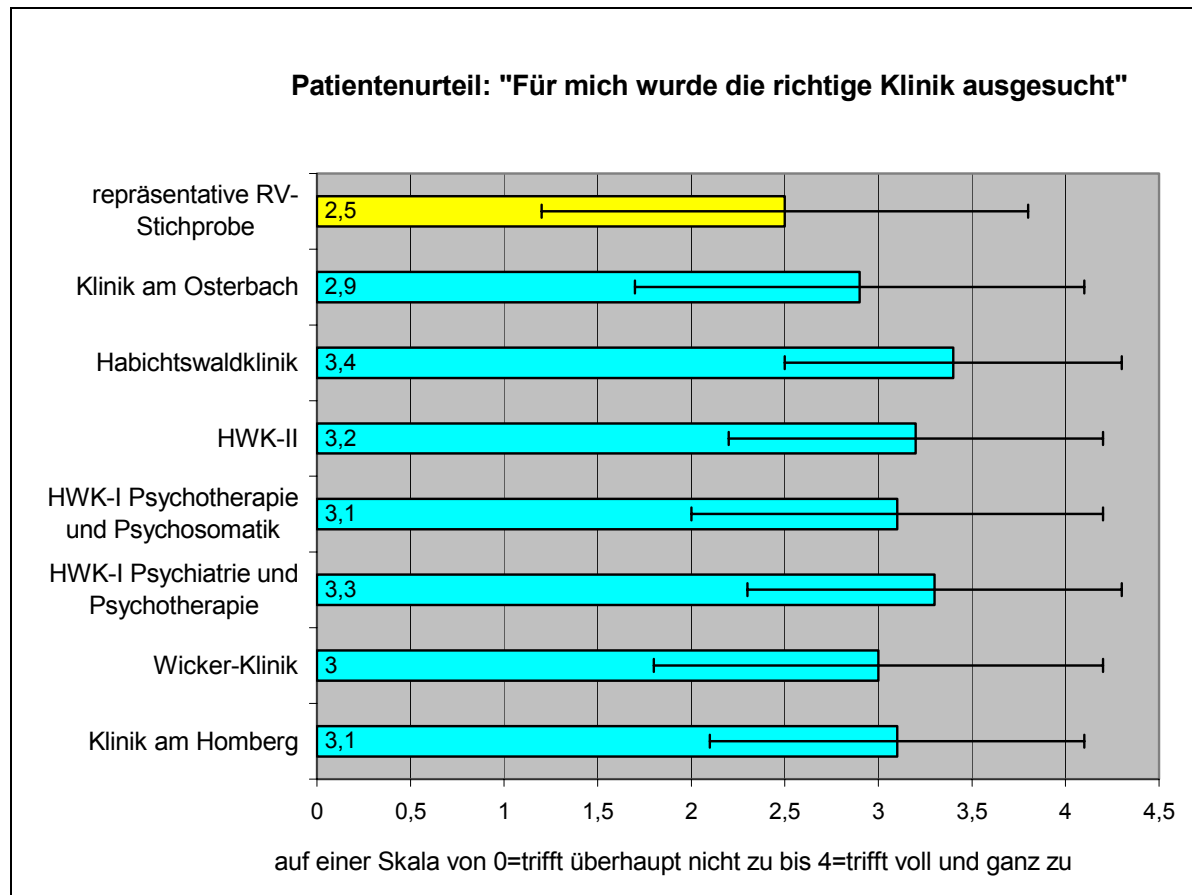


Abbildung 19: Einschätzung der Patienten, inwieweit die richtige Klinik ausgesucht wurde.

Die Patientenurteile unterscheiden sich signifikant zwischen den Kliniken ($F=10,0$; $df=5$; $p<.001$). In den Post-hoc Tests ließ sich eine signifikant bessere Bewertung der Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Bewertungen der Patienten der Wicker-Klinik ($p<.001$; $d=.42$), der Klinik am Homberg ($p<.001$; $d=.34$), der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I ($p<.005$; $d=.33$) und der HWK-II ($p<.05$; $d=.21$) nachweisen. Die Unterschiede entsprechen in allen Einzelvergleich einer kleinen Effektstärke. Darüber hinaus ließen sich keine weiteren signifikanten Unterschiede in den Patientenurteilen zwischen den Kliniken nachweisen.

Zusätzlich wurde auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (ausgezeichnet) nach einer Gesamtbeurteilung der stationären Behandlung gefragt. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wurde die Behandlung im Mittel mit 7,8 ($SD=2,1$) beurteilt. Damit fällt im Vergleich zur repräsentativen RV-Stichprobe ($M=6,2$; $SD=2,7$) die Gesamtbeurteilung der Behandlung in den psychotherapeutischen Abteilungen der Wicker-Gruppe im Mittel positiver aus. Die

Verteilung der Gesamturteile in den verschiedenen Kliniken ist zur Veranschaulichung in der **Abbildung 20** dargestellt.

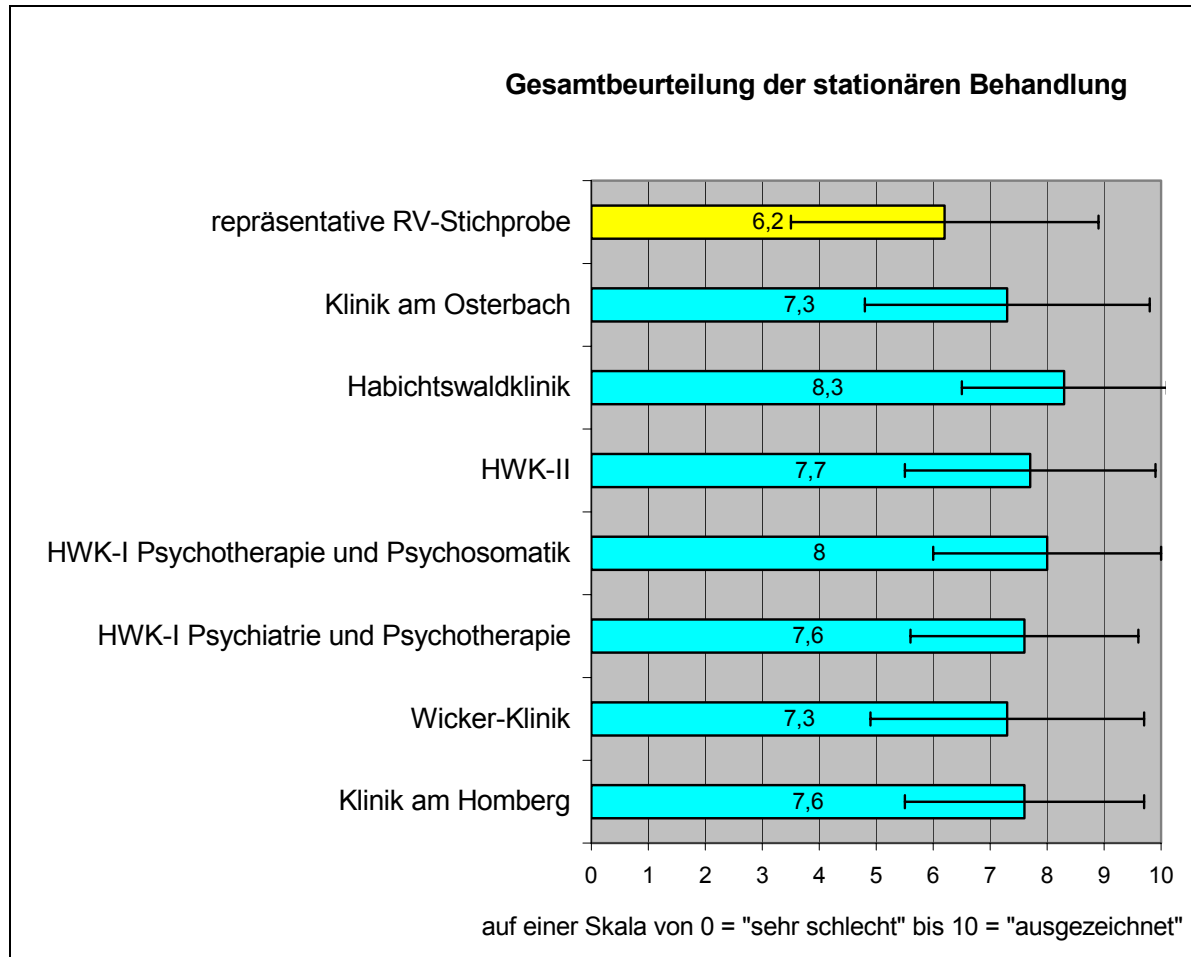


Abbildung 20: Gesamtbeurteilung der stationären Behandlung

Auch für die Gesamtbeurteilung der stationären Behandlung ließen sich zwischen den Kliniken signifikante Unterschiede nachweisen ($F=13.0$; $df=5$; $p<.001$). In den Post-hoc-Tests ließen sich wiederum signifikant bessere Bewertungen der Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Bewertungen der Patienten der Wicker-Klinik ($p<.001$; $d=.49$), der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I ($p<.005$; $d=.38$), der Klinik am Homberg ($p<.001$; $d=.35$) und der HWK-II ($p<.05$; $d=.32$) nachweisen. Die Unterschiede entsprechen in allen Einzelvergleichen einer kleinen bis annähernd einer mittleren Effektstärke.

3.2 Veränderung der Beschwerden über die Zeit

In retrospektiven Einschätzungen wurden die körperlichen und die seelischen Beschwerden sowie die Beeinträchtigungen im Selbstwert, Belastungen auf Grund von sozialen Kompetenzdefizite und Belastungen in den privaten Beziehungen zu den Messzeitpunkten

„vor der Behandlung“, „bei Entlassung“ und zum Katamnesezeitpunkt („jetzt“) auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (sehr stark) erhoben.

In varianzanalytischen Auswertungen zeigt sich, dass die Patienten bei der Einschätzung ihrer seelischen Beschwerden im Mittelwertsvergleich signifikante Verbesserungen vom Zeitpunkt vor der Behandlung (t_0) zum Entlassungszeitpunkt (t_1) und zum Katamnesezeitpunkt (t_2) angeben (vgl. **Abbildung 21**). Die bei Entlassung erreichten Verbesserungen in der Intensität der seelischen Beschwerden blieben auch zum Katamnesezeitpunkt vollständig erhalten.

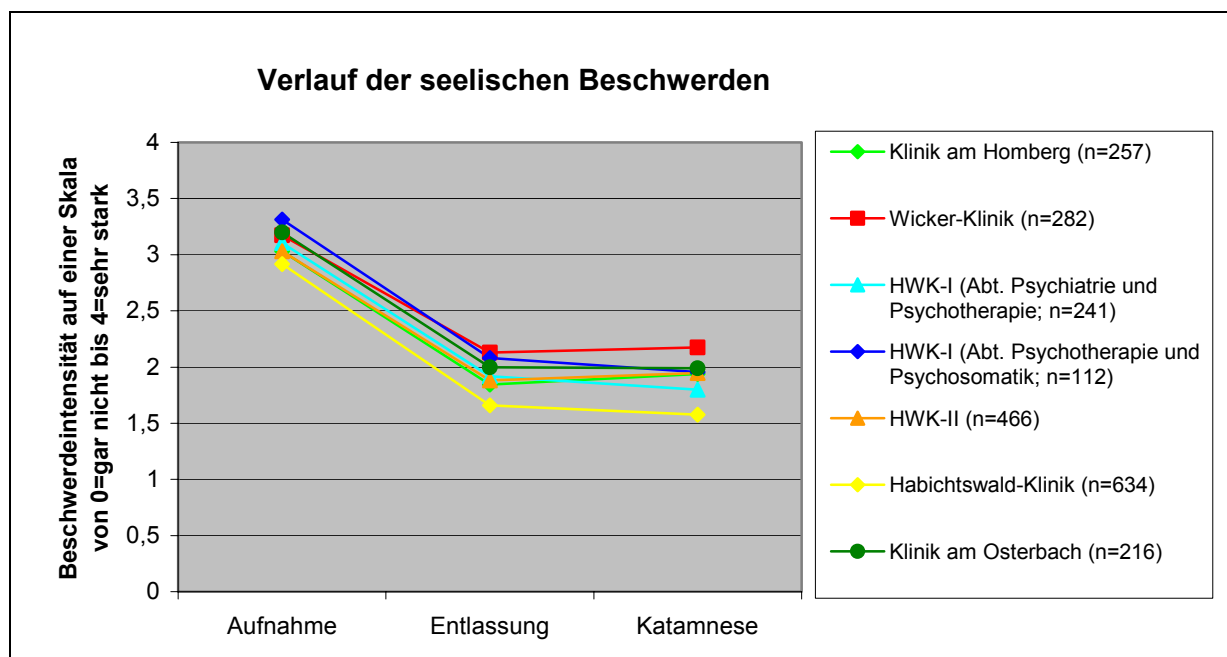


Abbildung 21: Verlauf der seelischen Beschwerden

Der Verlauf der seelischen Beschwerden der Patienten ist zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe im wesentlichen vergleichbar. Für die Gesamtstichprobe entsprechen die erzielten Verbesserungen in der Beschwerdeintensität sowohl zum Entlassungszeitpunkt ($d_{t_0-t_1}=1,41$) als auch zum Katamnesezeitpunkt ($d_{t_0-t_2}=1,39$) einer großen Effektstärke. Bei der Berechnung der Effektstärken in den einzelnen Kliniken wurde die jeweilige Standardabweichung der Gesamtstichprobe zum Aufnahmezeitpunkt herangezogen, um dadurch faire Vergleiche zwischen den Kliniken zu ermöglichen. Beim Vergleich zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe ließ sich zwar ein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Beschwerdereduktion in den Kliniken der Wicker-Gruppe nachweisen, dieser fiel jedoch niedriger als einer kleinen Effektstärke aus ($F=2.8$; $df=10$; $p<.005$; $\eta^2=.007$). Dagegen ließen sich Unterschiede im allgemeinen Beschwerdeniveau zwischen den Kliniken nachweisen, die Unterschieden mit einer kleinen Effektstärke entsprachen ($F=19.0$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.046$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen

hinsichtlich der psychischen Beschwerden bei den Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Patienten aller anderen Kliniken ($p < .005$) sowie darüber hinaus signifikant höheren Belastungen der Patienten der Wicker-Klinik im Vergleich zu den Patienten der HWK-II, der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I sowie der Klinik am Homberg ($p < .05$). In der **Abbildung 22** sind die Effektstärken in den verschiedenen psychotherapeutischen Kliniken der Wicker-Gruppe im Vergleich zu den publizierten Katamnesedaten der Psychosomatischen Klinik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach dargestellt.

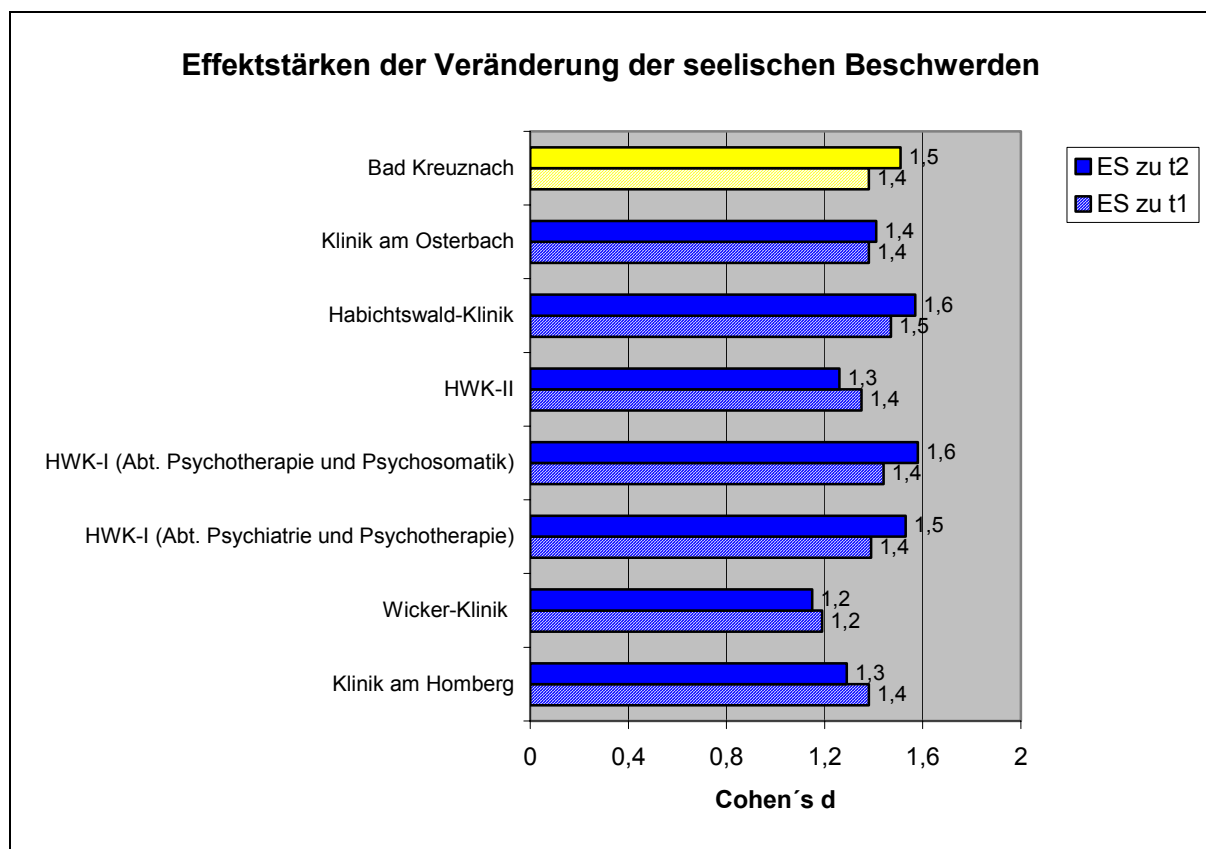


Abbildung 22: Effektstärken der Veränderung bei den seelischen Beschwerden

Auch bei den körperlichen Beschwerden wurden in allen psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe bezogen auf den Entlassungs- bzw. den Katamnesezeitpunkt signifikante Verbesserungen in der Beschwerdeintensität erzielt. Die durchschnittlichen Verläufe der körperlichen Beschwerden in den einzelnen Kliniken und Abteilungen sind in der **Abbildung 23** dargestellt. Bezogen auf die Gesamtstichprobe entsprechen die zum Entlassungszeitpunkt bzw. Katamnesezeitpunkt erzielten Verbesserungen in der Beschwerdeintensität einer großen bzw. einer annähernd großen Effektstärken ($dt_0-t_1=0,92$ und $dt_0-t_2=0,77$). Wie schon bei den psychischen Beschwerden konnte beim Vergleich des Verlaufs der körperlichen Beschwerden zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe zwar ein

signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Beschwerdereduktion in den Kliniken der Wicker-Gruppe nachgewiesen werden, dieser fiel jedoch niedriger als einer kleine Effektstärke aus ($F=2.8$; $df=10$; $p<.005$; $\eta^2=.007$). Dagegen ließen sich Unterschiede im allgemeinen Niveau der körperlichen Beschwerden der Patienten zwischen den Kliniken nachweisen, die Unterschieden mit einer kleiner Effektstärke entsprachen ($F=4.4$; $df=5$; $p<.005$; $\eta^2=.011$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen hinsichtlich der körperlichen Beschwerden bei den Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik ($p<.05$; $d=.20$) und der Klinik am Homberg ($p<.05$; $d=.19$) zurückführen.

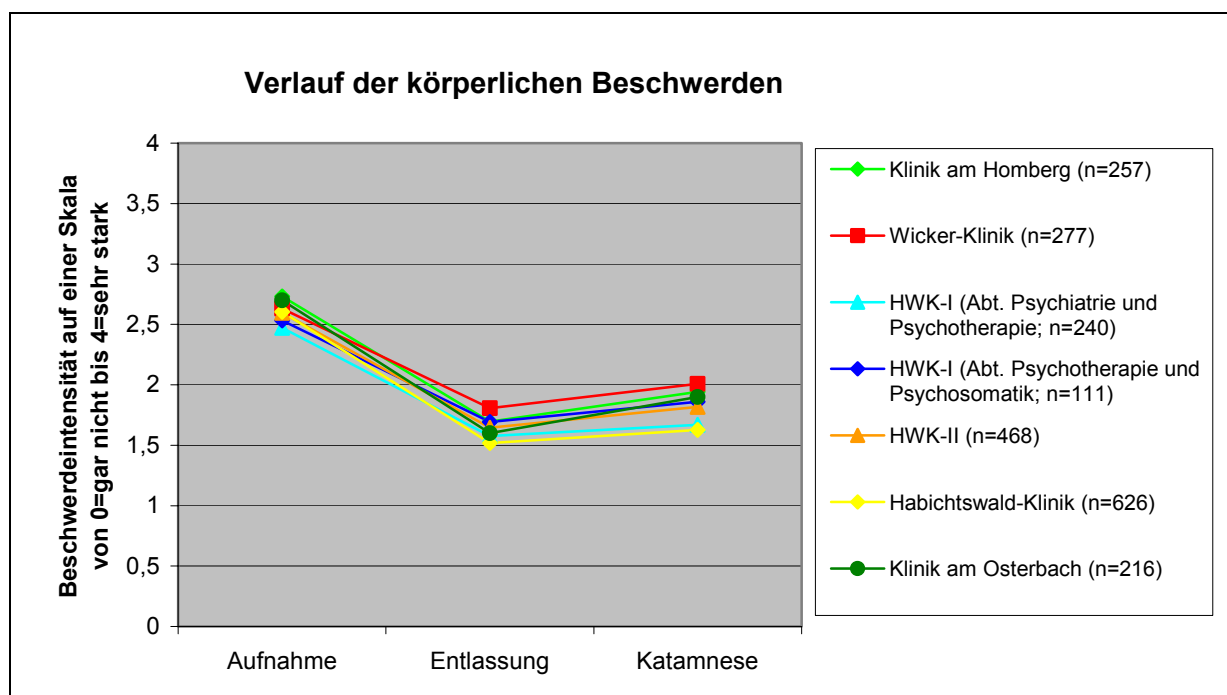


Abbildung 23: Verlauf der körperlichen Beschwerden

In der **Abbildung 24** sind die Effektstärken der Veränderung in der Beschwerdeintensität der körperlichen Beschwerden für die Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe im Vergleich zur den Katamnese-daten der Psychosomatischen Klinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach dargestellt.

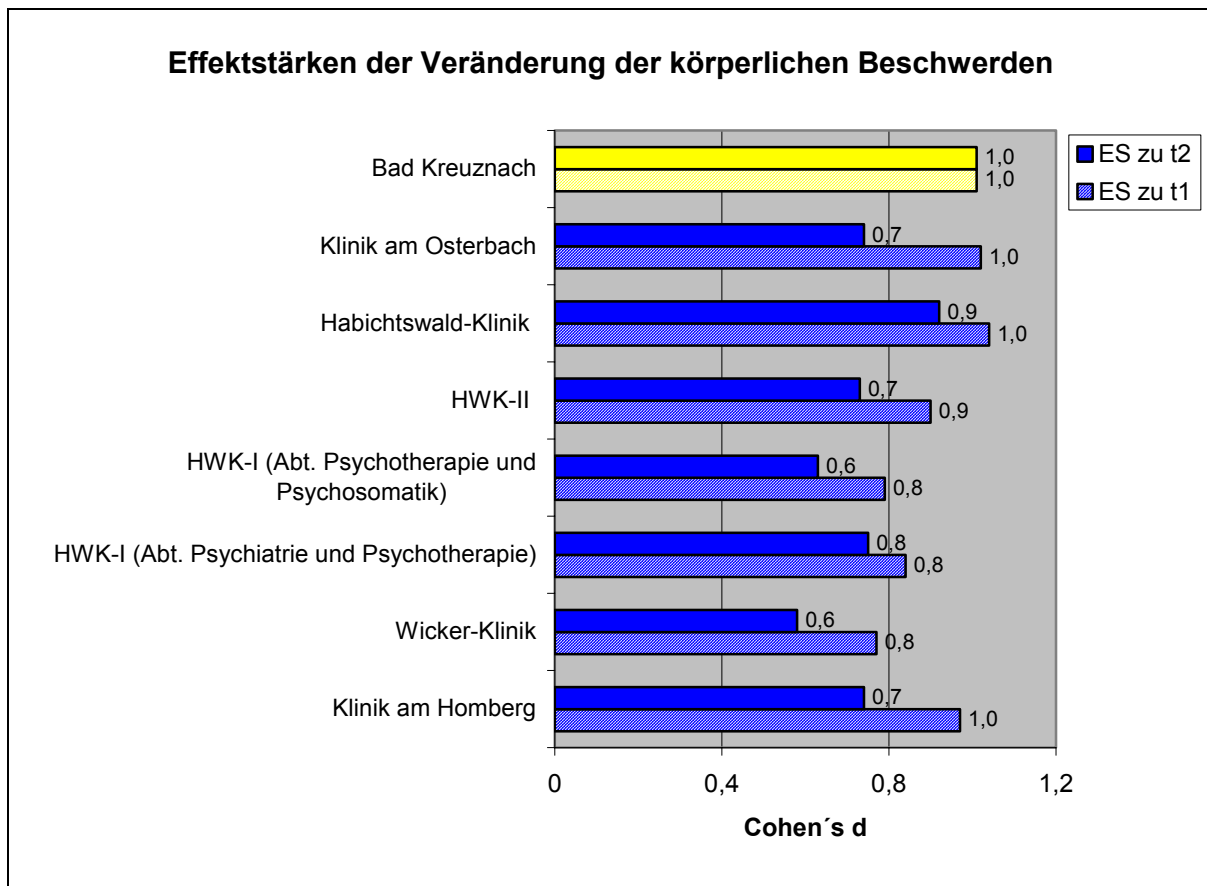


Abbildung 24: Effektstärken der Veränderung bei den körperlichen Beschwerden

Hinsichtlich der Beeinträchtigungen des Selbstwerts wurden ebenfalls in allen Kliniken der Wicker-Gruppe signifikante Verbesserungen zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. der Katamnese erzielt. Vergleichsdaten aus anderen Kliniken liegen für diesen Bereich nicht vor. Die zum Entlassungszeitpunkt erreichten Verbesserungen blieben dabei auch zur Katamnese stabil (vgl. **Abbildung 25**). Beim Vergleich der Beeinträchtigung des Selbstwerts zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe konnte zwar ein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Beschwerdereduktion in den Kliniken der Wicker-Gruppe nachgewiesen werden, dieser fiel jedoch niedriger als einer kleinen Effektstärke aus ($F=2.8$; $df=10$; $p<.005$; $\eta^2=.007$). Dagegen ließen sich Unterschiede im allgemeinen Niveau der Beeinträchtigung des Selbstwerts zwischen den Kliniken nachweisen, die Unterschieden mit einer kleinen Effektstärke entsprachen ($F=18.3$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.044$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen bei den Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Patienten aller anderer Kliniken der Wicker-Gruppe ($p<.005$; $d=.24$ in der Klinik am Homberg bis $p<.001$; $d=.50$ in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I) zurückführen.

Die Verlauf der Behandlung erzielten Verbesserungen des Selbstwerts entsprachen dabei in den meisten psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen sowohl zum Entlassungs- als auch zum Katamnesezeitpunkt einer großen Effektstärke (vgl. **Abbildung 26**).

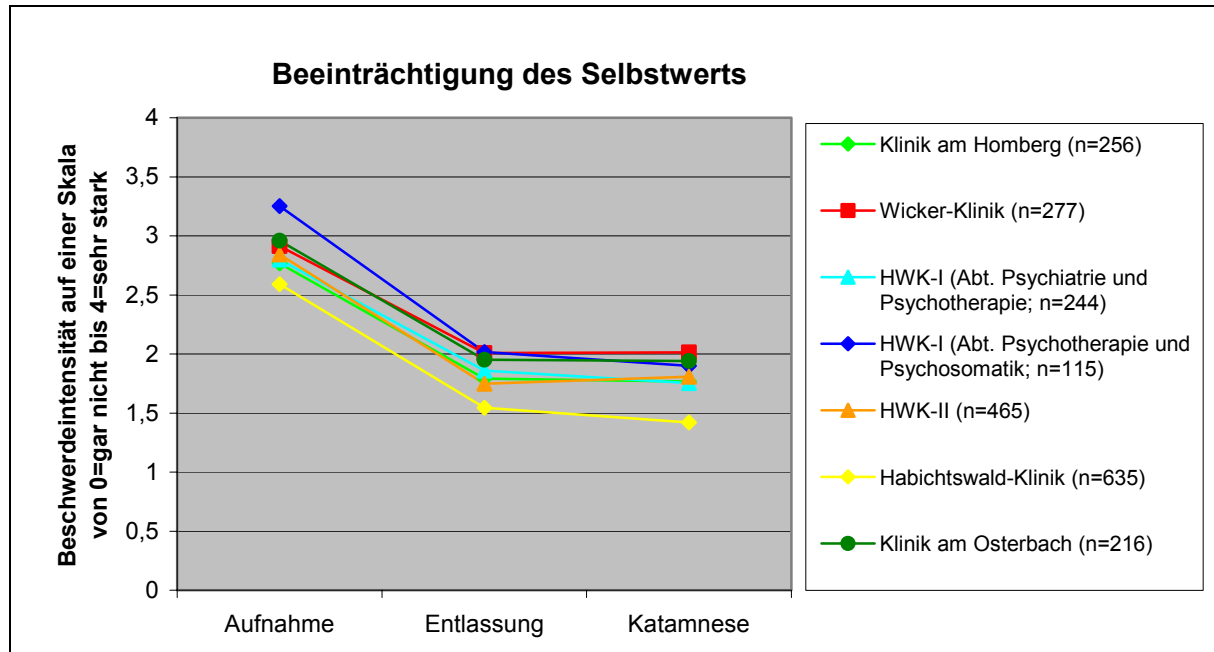


Abbildung 25: Verlauf der Beeinträchtigungen des Selbstwerts

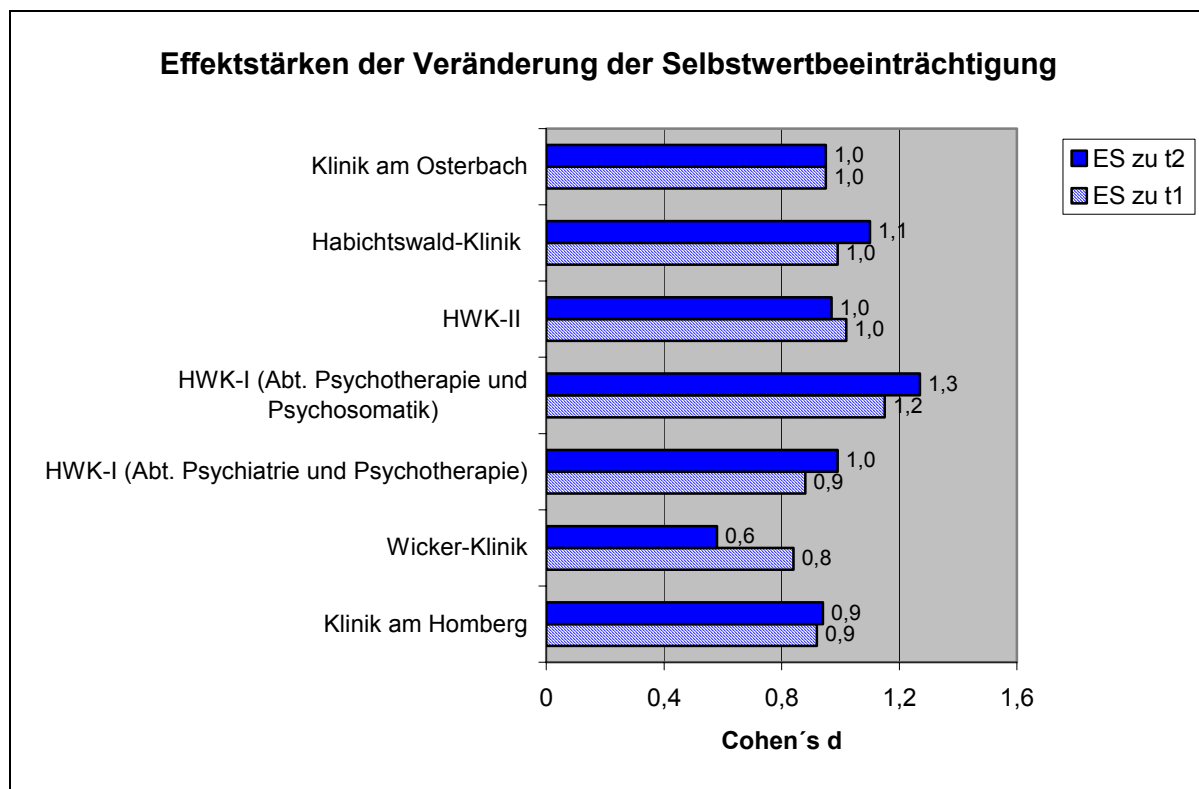


Abbildung 26: Verlauf der Beeinträchtigung des Selbstwerts

Im Durchschnitt konnten die Patienten der meisten Kliniken die während der Behandlung erreichten Verbesserungen hierbei auch zum Katamnesezeitpunkt stabilisieren bzw. teilweise leicht ausbauen.

Hinsichtlich der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite konnten für die Gesamtstichprobe sowohl zum Entlassungszeitpunkt als auch zum Katamnesezeitpunkt signifikante Verbesserungen erzielt werden. Die erreichten Verbesserungen während der Behandlung wurden dabei im Mittel über den Katamnesezeitraum noch leicht ausgebaut. Der durchschnittliche Verlauf der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite wird in der **Abbildung 27** für die einzelnen psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen dargestellt.

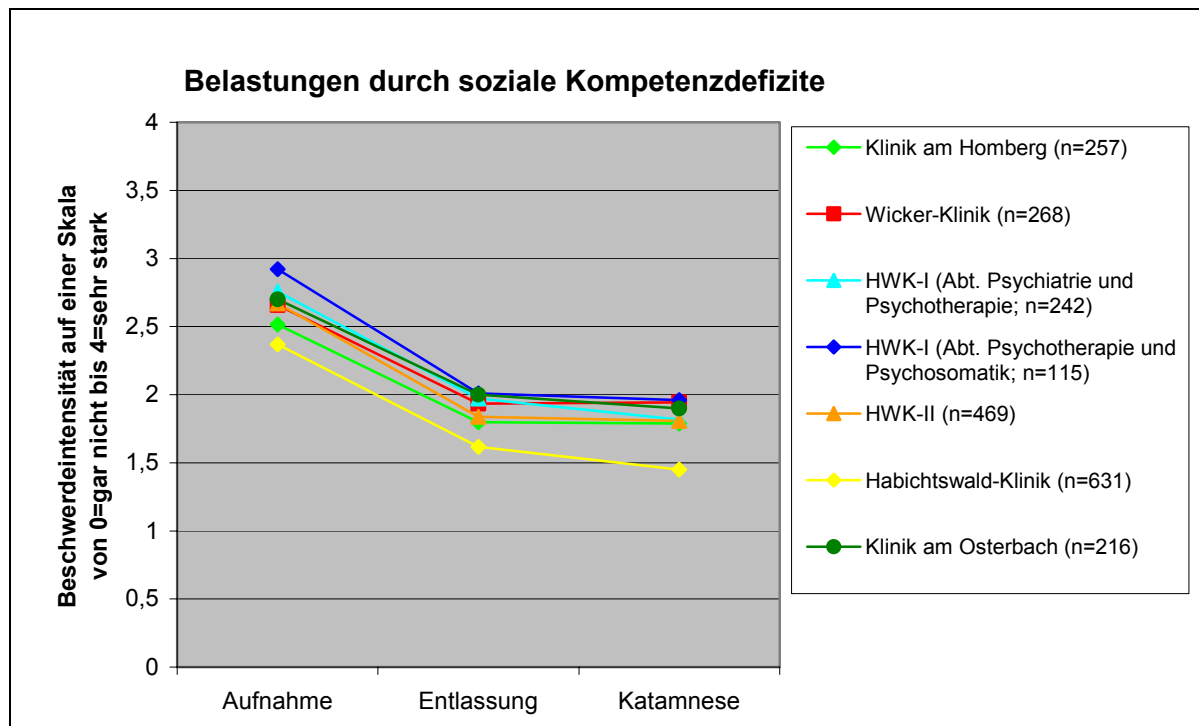


Abbildung 27: Verlauf der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite

Beim Vergleich der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe konnte zwar ein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Reduktion der Belastungen in den Kliniken der Wicker-Gruppe nachgewiesen werden, dieser fiel jedoch niedriger als einer kleinen Effektstärke aus ($F=2.1$; $df=10$; $p<.05$; $\eta^2=.005$). Dagegen ließen sich Unterschiede im allgemeinen Niveau der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite zwischen den Kliniken nachweisen, die Unterschieden mit einer kleineren Effektstärke entsprachen ($F=13.2$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.032$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen bei den Patienten der Habichtswald-

Klinik im Vergleich zu den Patienten aller anderer Kliniken der Wicker-Gruppe ($p < .05$; $d = .19$ in der Klinik am Homberg bis $p < .001$; $d = .42$ in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I) zurückführen.

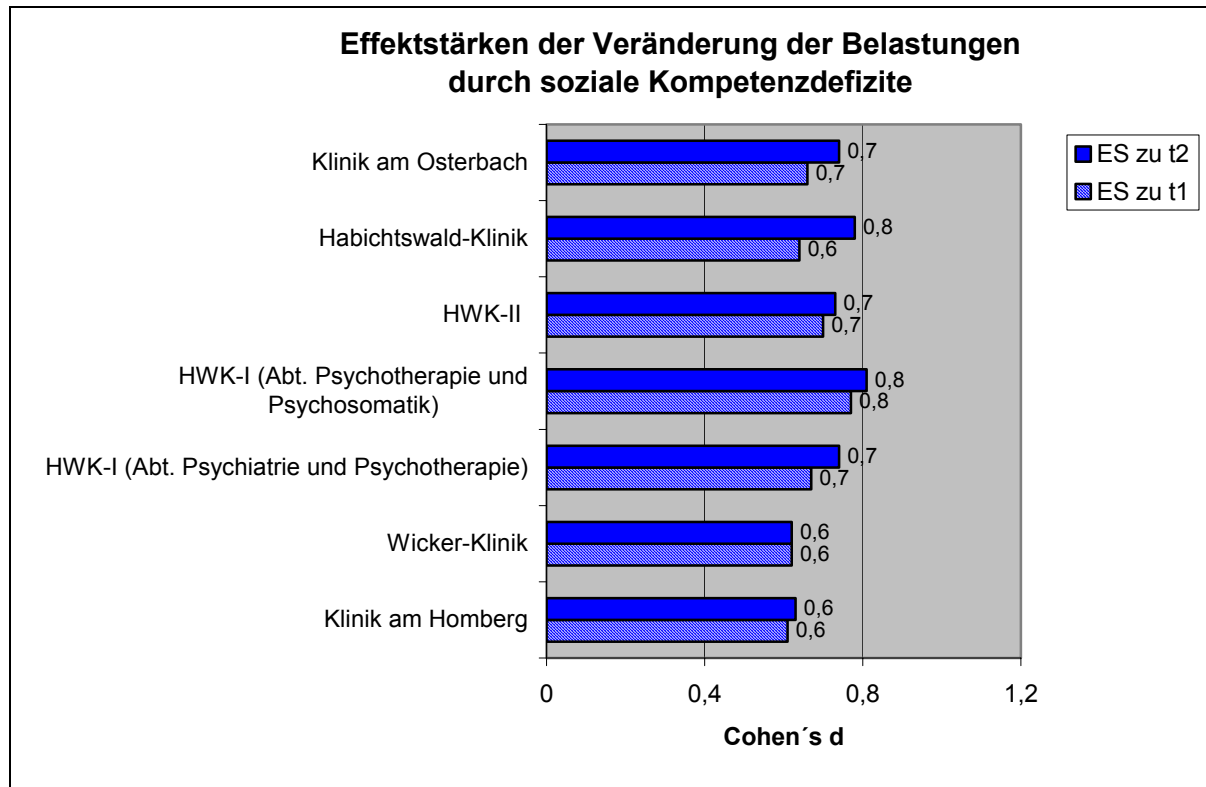


Abbildung 28: Effektstärken der Veränderung der Belastungen durch soziale Kompetenzdefizite

Als weiterer psychosozialer Bereich der Ergebnismessung wurde das Ausmaß der Belastung durch Probleme in den privaten Beziehungen erfragt. Auch hier zeigte sich zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Reduktion der erlebten Belastung durch Probleme in den privaten Beziehungen, welche zum Katamnesezeitpunkt stabilisiert bzw. weiter ausgebaut werden konnte. Die Verläufe der erlebten Belastung durch Probleme in den privaten Beziehungen ist in der **Abbildung 29** für die einzelnen psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen gesondert dargestellt. Die entsprechenden Effektstärken der Belastungsveränderung bezogen auf den Entlassungszeitpunkt (t1) und den Katamnesezeitpunkt (t2) sind für die einzelnen psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken in der **Abbildung 30** dargestellt.

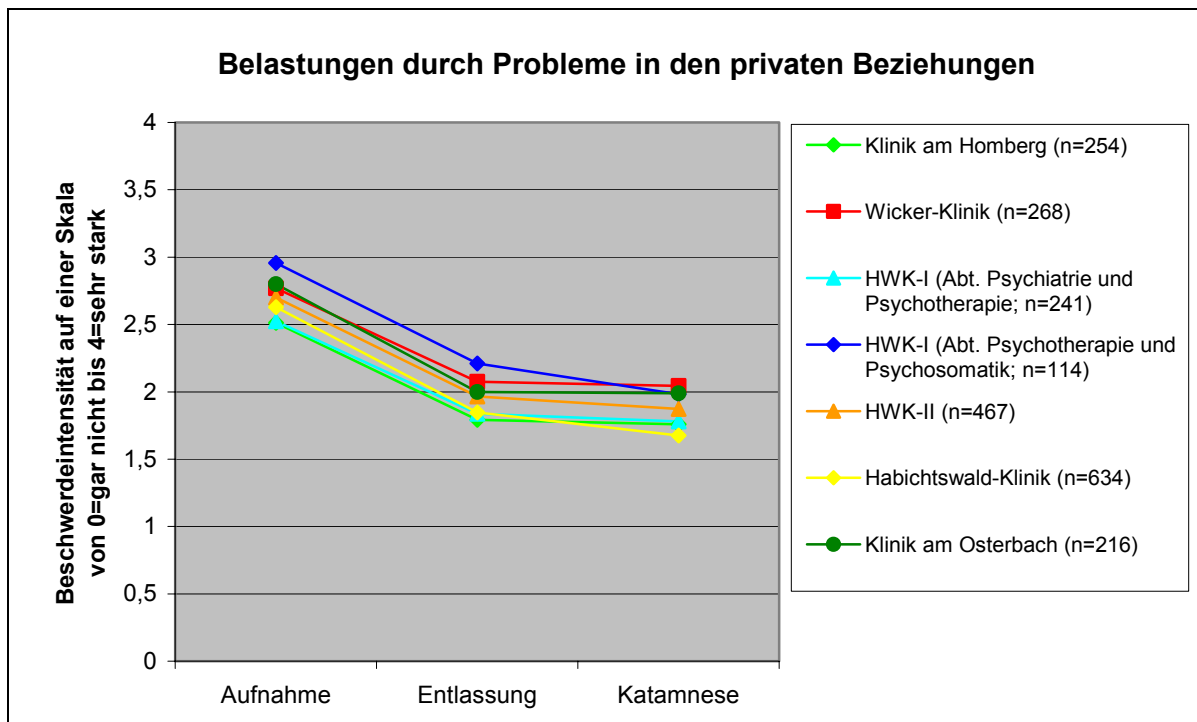


Abbildung 29: Verlauf der Belastung durch Probleme in den privaten Beziehungen

Beim Vergleich zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe hinsichtlich der Belastungen durch Probleme in den privaten Beziehungen konnte kein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Reduktion der Belastungen nachgewiesen werden ($F=1.4$; $df=10$; $p<.2$; $\eta^2=.003$). Dagegen ließen sich zwischen den Kliniken signifikante Unterschiede im allgemeinen Niveau der Belastungen durch Probleme in den privaten Beziehungen nachweisen, die Differenzen mit einer kleiner Effektstärke entsprachen ($F=5.5$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.014$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen bei den Patienten der Habichtswald-Klinik ($p<.05$; $d=.27$) und der Klinik am Homberg ($p<.05$; $d=.29$) im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik und der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I zurückführen.

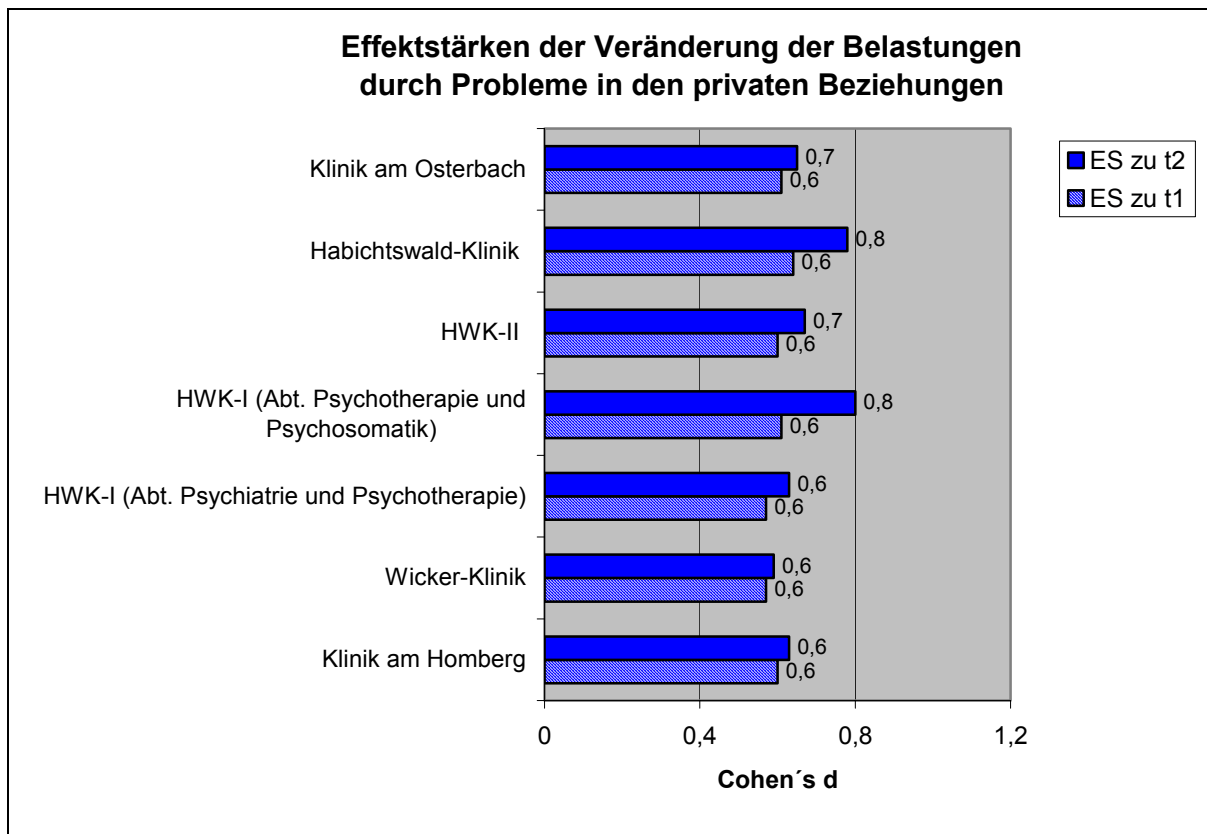


Abbildung 30: Effektstärken der Veränderung der Belastungen durch Probleme in den privaten Beziehungen

3.3 Veränderung der AU-Zeiten

Zur Erfassung relevanter sozialmedizinischer Variablen wurden die Patienten retrospektiv hinsichtlich ihrer Arbeitsunfähigkeitstage in der Zeit von 12 Monaten vor der Behandlung bzw. vor der katamnestischen Befragung gefragt. Die nicht Berufstätigen wurden dabei nach Krankheitszeiten gefragt, in denen die dadurch bedingte Einschränkung so ausgeprägt war, dass sie ihren Aufgaben nicht wie gewohnt nachgehen konnten. Die durchschnittlichen AU-Zeiten bzw. die Angaben zu den Krankheitszeiten der nicht Berufstätigen, werden in zwei gesonderten Abbildungen dargestellt (vgl. **Abbildung 31** und **Abbildung 32**). In die Analyse einbezogen wurden ausschließlich diejenigen Patienten, die zu beiden Referenzzeiten denselben Erwerbsstatus (berufstätig vs. nicht berufstätig) aufwiesen. In beiden Abbildungen werden als Referenz die Daten aus der repräsentativen RV-Stichprobe dargestellt, wenngleich diese auf Angaben jeweils bezogen auf einen Sechs-Monats-Zeitraum beruhen und für den Ein-Jahres-Zeitraum hochgerechnet wurden. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf statistische Vergleiche zwischen der Gesamtstichprobe der Kliniken der Wicker-Gruppe und der RV-Stichprobe verzichtet. Beim Vergleich zwischen den Kliniken der Wicker-

Gruppe hinsichtlich der AU-Zeiten konnte kein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Reduktion der AU-Zeiten nachgewiesen werden ($F=1.1$; $df=5$; $p<.4$; $\eta^2=.006$). Dagegen ließen sich zwischen den Kliniken signifikante Unterschiede hinsichtlich der AU-Zeiten insgesamt nachweisen, die Differenzen mit einer kleiner Effektstärke entsprachen ($F=7.2$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.035$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant längere AU-Zeiten bei den Patienten der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I im Vergleich zu den Patienten der Habichtswald-Klinik ($p<.001$; $d=.56$), der Klinik am Homberg ($p<.01$; $d=.40$) und der HWK-II ($p<.01$; $d=.36$) zurückführen.

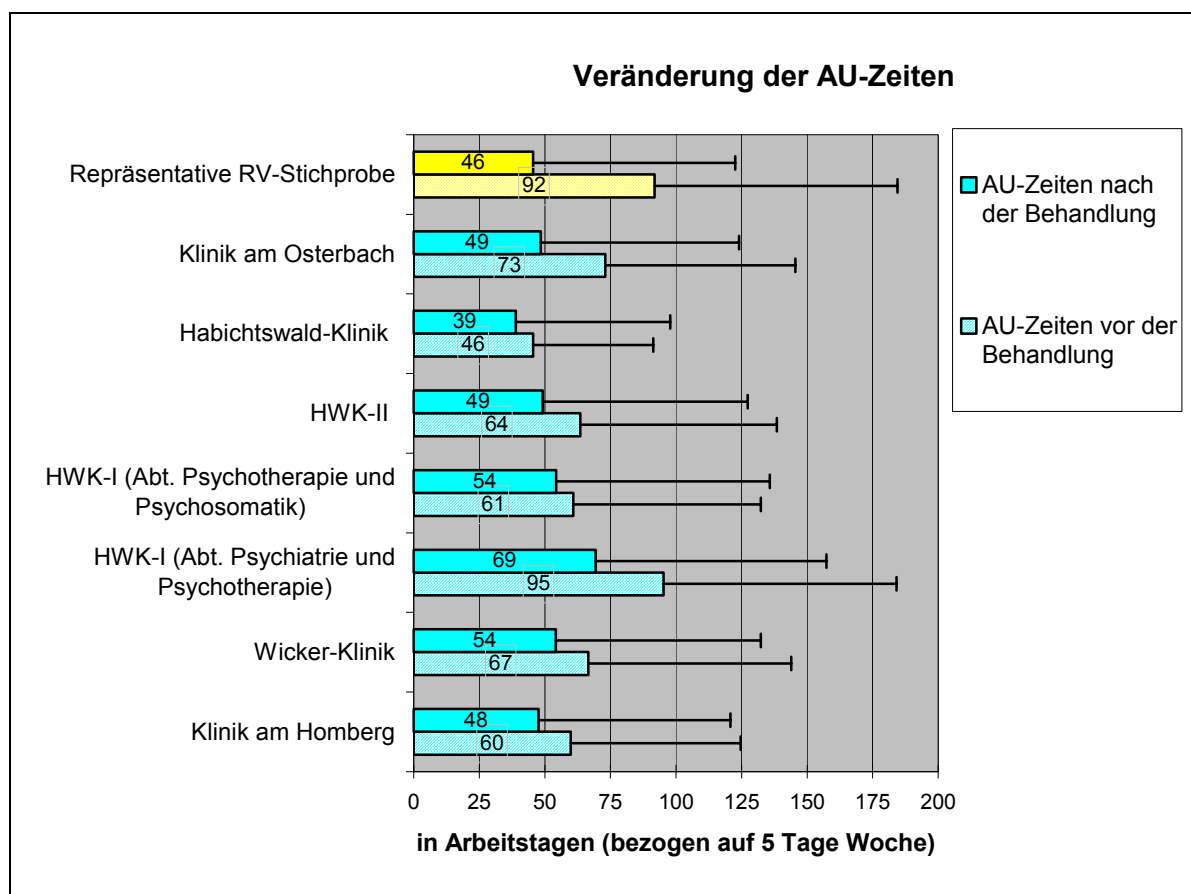


Abbildung 31: AU-Zeiten und Krankheitszeiten vor und nach der stationären Behandlung

Beim Vergleich zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe hinsichtlich der Krankheitszeiten der Nicht-Berufstätigen konnte kein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Reduktion der Krankheitszeiten nachgewiesen werden ($F=5.5$; $df=5$; $p<.8$; $\eta^2=.007$). Dagegen ließen sich zwischen den Kliniken signifikante Unterschiede hinsichtlich der Krankheitszeiten insgesamt nachweisen, die Differenzen mit einer mittleren Effektstärke entsprachen ($F=5.1$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.066$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant kürzere Krankheitszeiten bei den Patienten Habichtswald-Klinik

im Vergleich zu den Patienten der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I ($p < .05$; $d = .58$) und der Wicker-Klinik ($p < .05$; $d = .53$) zurückführen.

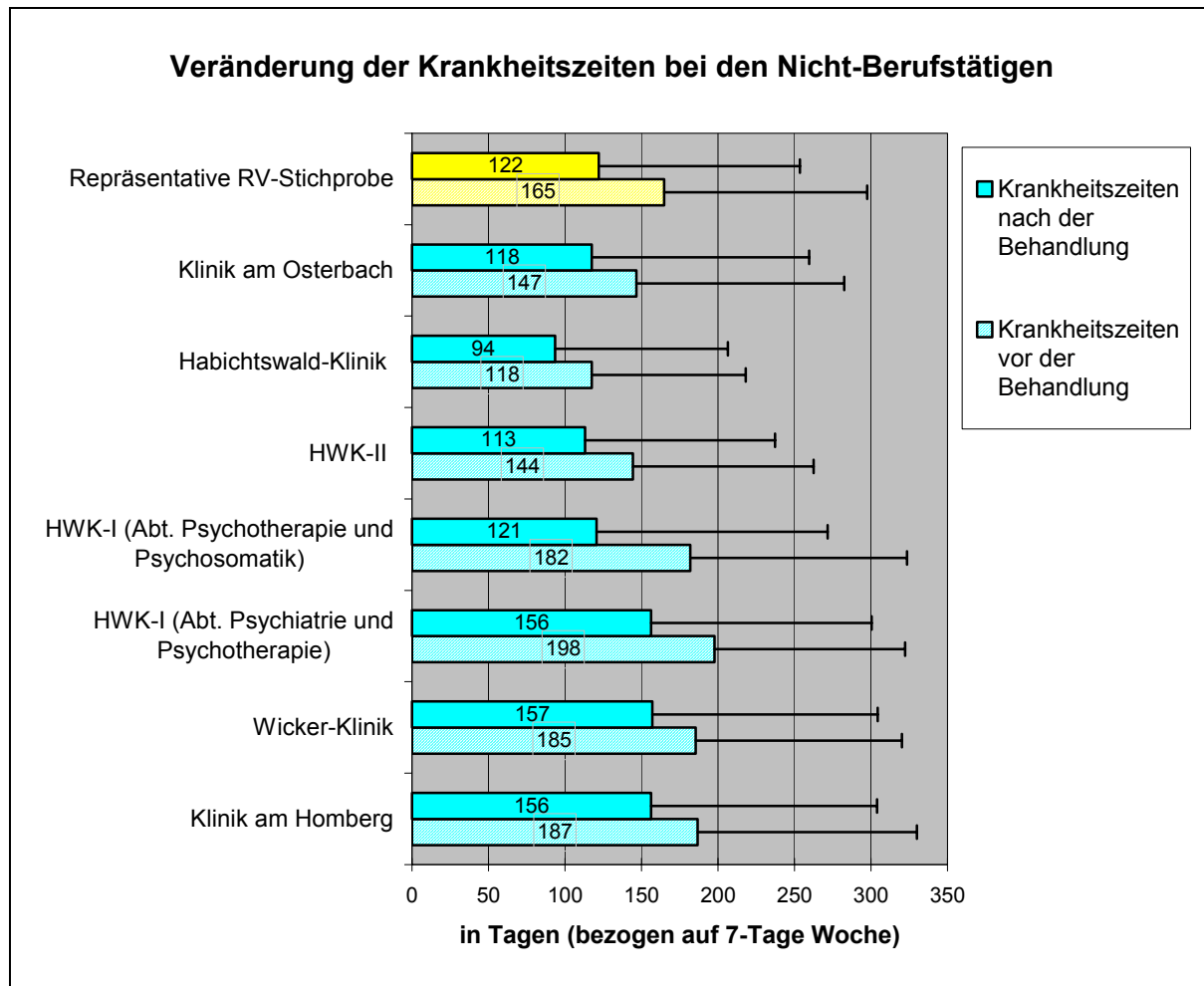


Abbildung 32: Durchschnittliche Dauer der Krankheitszeiten bei nicht berufstätigen Patienten

3.4 Nachsorgemaßnahmen und weitere Behandlungen

Bezogen auf die Gesamtstichprobe gab der überwiegende Teil der Patienten an, nach der stationären Behandlung einen Termin bei einem ambulanten Psychotherapeuten bzw. einer ambulanten Psychotherapeutin wahrgenommen zu haben (67%). Bei gut der Hälfte der Patienten (69,9%) wurde das Kriterium von mehr als 5 wahrgenommenen Terminen, also über die fünf probatorischen Sitzungen hinaus, erfüllt, was die Aussage berechtigt, dass eine ambulante Psychotherapie begonnen wurde. Die Vergleichsdaten aus der repräsentativen RV-Stichprobe beziehen sich auf einen sechsmonatigen Katamnesezeitraum, so dass eine direkte Vergleichbarkeit der Angaben nicht möglich ist, zumal die psychotherapeutische

Versorgungspraxis unvermindert von längeren Wartezeiten auf einen Therapieplatz gezeichnet ist. Als externe Vergleichsgröße wurde in der **Abbildung 33** daher die Klinik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach herangezogen.

Innerhalb der Wicker-Gruppe schwankte der Anteil von Patienten, die nach der stationären Behandlung eine ambulante Psychotherapie begonnen haben, zwischen 47% in der Klinik am Homberg und 70% in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I. Die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik wies dabei im Vergleich zu den anderen Kliniken der Wicker-Gruppe einen signifikant größeren Anteil an Patienten auf, die nach der stationären Behandlung eine ambulante Psychotherapie begonnen oder fortgeführt hatten ($p < .001$; $\phi = .102$).

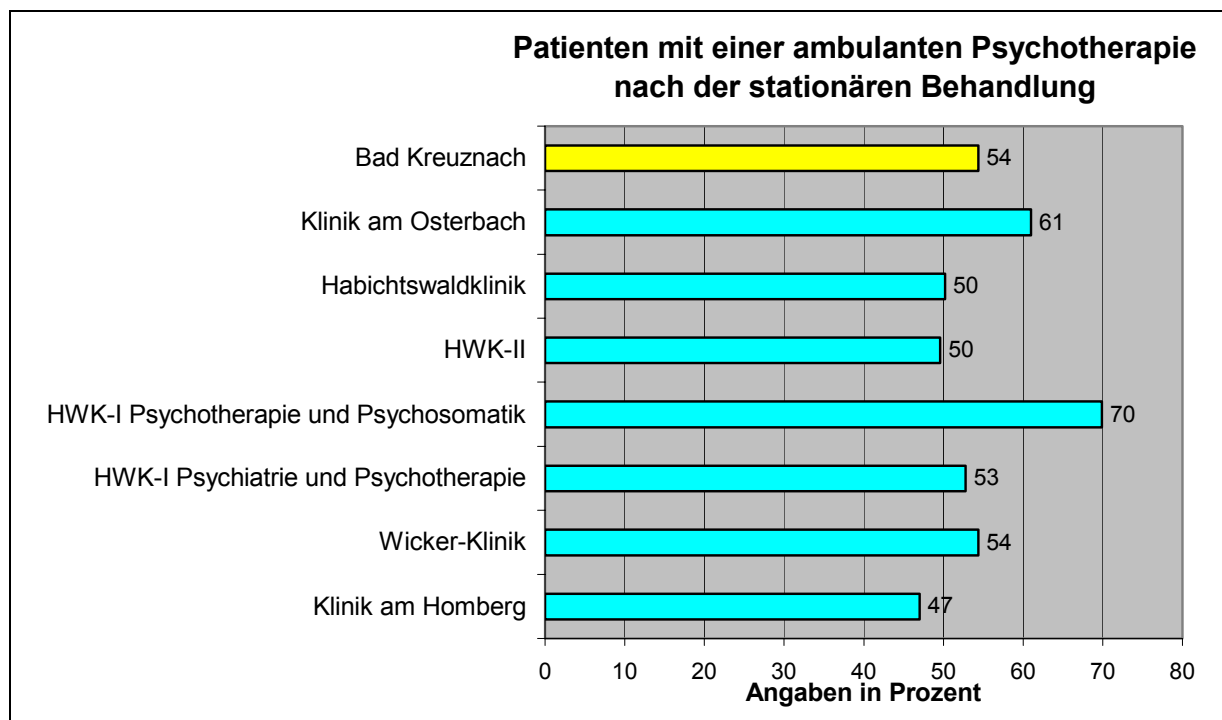


Abbildung 33: Patienten mit begonnener oder fortgeführter ambulanter Psychotherapie

Neben der ambulanten Psychotherapie (Einzel) wurden auch die weiteren ambulanten und stationären psychosozialen Behandlungen erfragt. Auf Grund des insgesamt geringen Anteil dieser anderen Maßnahmen an der weiteren psychotherapeutischen Versorgung der Patienten und der geringen Variabilität zwischen den Kliniken wird an dieser Stelle für diesen Bereich auf eine vergleichende Betrachtung zwischen den Kliniken verzichtet. Auf die Gesamtstichprobe bezogen nahmen nach der stationären Behandlung weitere 3,7% der Patienten mit mindestens sechs Sitzungen an einer ambulanten Gruppentherapie teil. Familientherapie, Angebote von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppe wurden von insgesamt von 1,4%, 1,9% bzw. 4,3% in Anspruch genommen.

3.5 Belastungen und Outcome spezifischer Subgruppen

3.5.1 Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeitsdauer vor der stationären Behandlung

Für die Subgruppe der vor Aufnahme berufstätigen Patienten mit langen Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (von mehr als drei Monaten) wurden der Verlauf der seelischen Beschwerden analysiert. Für insgesamt 355 berufstätige Patienten mit AU-Zeiten von mehr als drei Monaten lagen Angaben zu den psychischen Beschwerden vor. Zwar konnte ein signifikanter Haupteffekt im Sinne differentieller Belastungen der Patienten zwischen Kliniken statistisch abgesichert werden (vgl. **Abbildung 34**). Die post-hoc durchgeführten Einzelvergleiche wurden jedoch auf Grund der geringen Fallzahlen nicht signifikant. Ein Interaktionseffekt zwischen Klinik und dem Messwiederholungsfaktor konnte nicht nachgewiesen werden ($p < .6$).

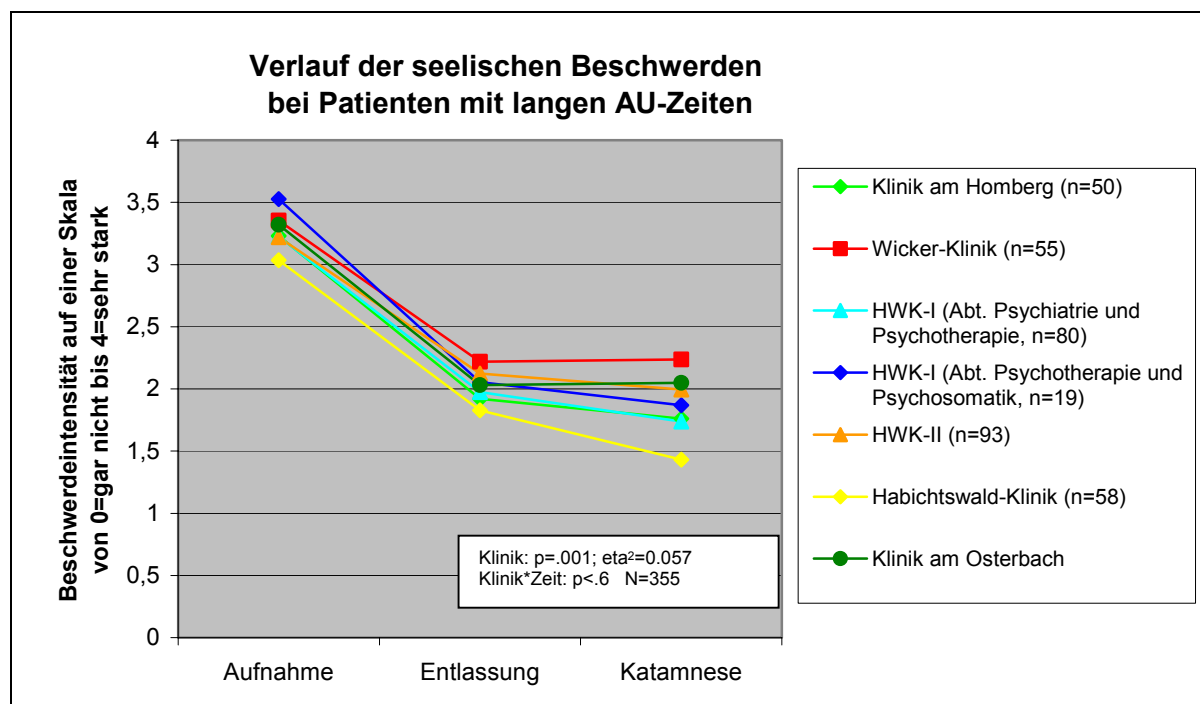


Abbildung 34: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit langen AU-Zeiten

3.5.2 Verlauf der Beschwerden bei den häufigsten Diagnosegruppen

Die Analyse des Verlaufs der seelischen bzw. körperlichen Beschwerden bei bestimmten Diagnosegruppen wurde aus statistischen Gründen auf die fünf häufigsten Diagnosen unter Berücksichtigung der ersten bis fünften Entlassungsdiagnose beschränkt. Dazu zählten die

depressiven Störungen (F32-34.1), die Angststörungen (F40-41), die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), die somatoforme Störung (F45) und die Persönlichkeitsstörung (F60-61). Die Analysen beschränken sich mit Ausnahme der somatoformen Störung auf den Verlauf der seelischen Beschwerden als primäres Outcome-Kriterium. Bei der somatoformen Störung wurde ergänzend der Verlauf der körperlichen Beschwerden untersucht.

Bezogen auf alle Patienten der Gesamtstichprobe mit einer depressiven Störungen zeigte sich für den Verlauf der seelischen Beschwerden eine signifikante Beschwerdereduktion, die einer Veränderung mit großer Effektstärke entspricht (vgl. **Abbildung 35**). Die erzielten Veränderungen blieben dabei auch zum Katamnesezeit stabil.

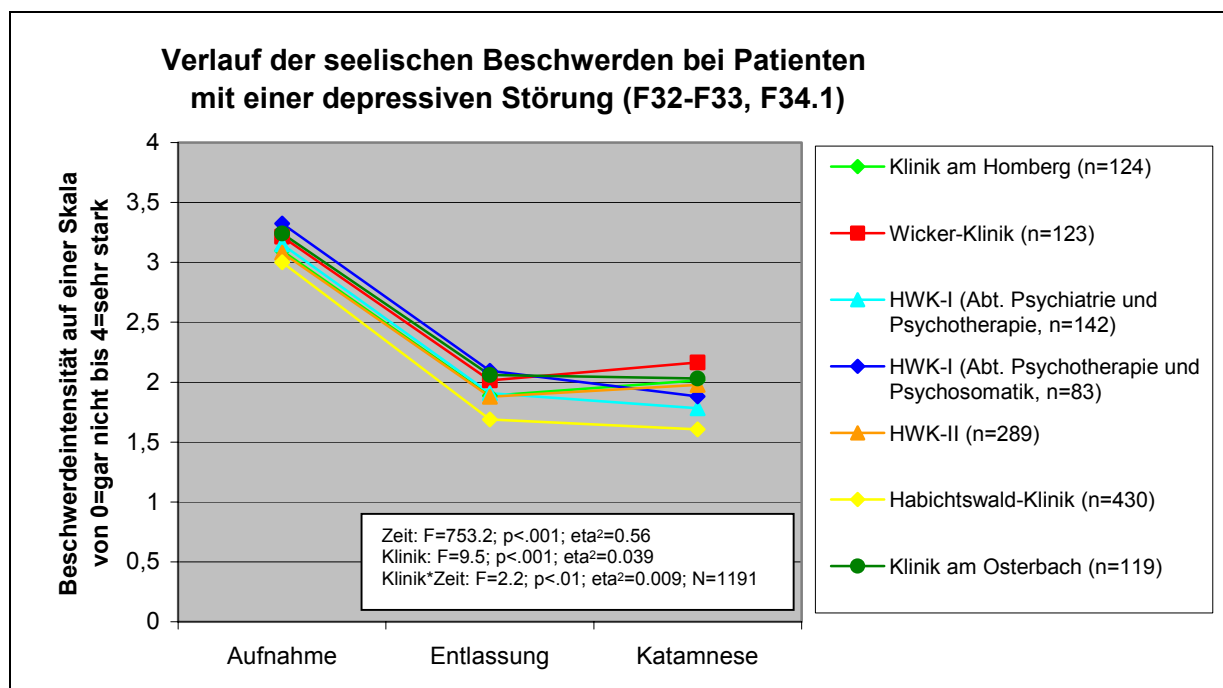


Abbildung 35: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit einer depressiven Störung (F32-33, F34.1)

Beim Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken ließ sich zum einen ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ nachweisen, der sich in den Post-hoc-Tests auf insgesamt geringere Beschwerdeintensitäten der depressiven Patienten der Habichtswaldklinik im Vergleich zur Wicker-Klinik ($p<.001$), zur Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I ($p<.005$), der HWK-II ($p<.005$) und der Klinik am Homberg ($p<.05$) zurückführen ließ. Darüber hinaus ließ sich ein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne differenzieller Beschwerdeverläufe nachweisen, der auf stärkere Beschwerdereduktionen der depressiven Patienten der Habichtswaldklinik und der Abteilungen Psychotherapie und Psychosomatik und Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I gegenüber den anderen Kliniken hinweist. Dieser Unterschied fiel jedoch geringer als eine kleine Effektstärke aus ($p<.01$; $\eta^2=0.009$).

Für die Gruppe der Patienten mit einer Angststörung konnte bezogen auf die Gesamtstichprobe ebenfalls eine signifikante und zur Katamnese stabile Reduktion der seelischen Beschwerden nachgewiesen werden (vgl. **Abbildung 36**). Die Beschwerdereduktion entsprach dabei zum Katamnesezeitpunkt einer Verbesserung mit großer Effektstärke ($p < .001$; $\eta^2 = .52$).

Beim Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken ließ sich ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ nachweisen, der einem Unterschied mit mittlerer Effektstärke entsprach ($p < .001$; $\eta^2 = .088$). In den Post-hoc-Tests ließ sich dieser Haupteffekt auf insgesamt geringere Beschwerdeintensitäten der Angstpatienten der Habichtswaldklinik im Vergleich zur Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie HWK-I ($p < .01$) und zur Klinik am Homberg ($p < .01$). Dagegen ließ sich kein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne differenzieller Beschwerdeverläufe nachweisen ($p < .5$, $\eta^2 = .014$).

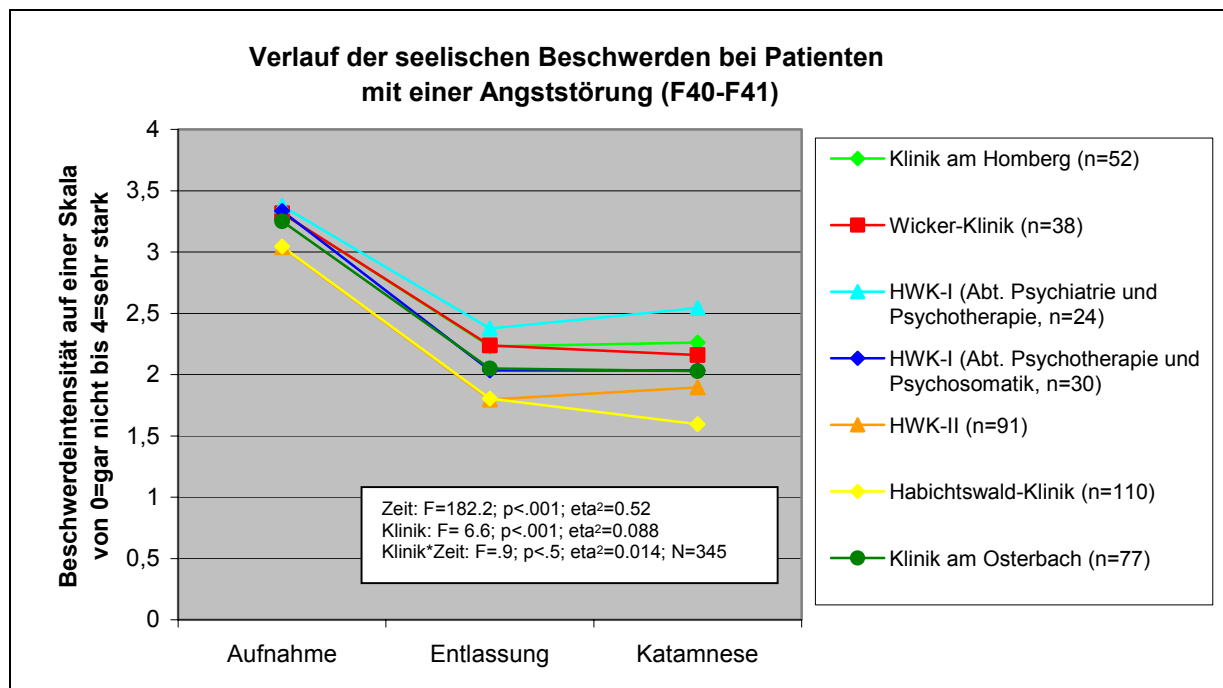


Abbildung 36: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit einer Angststörung

Für die Gruppe der Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) konnte bezogen auf die Gesamtstichprobe ebenfalls eine signifikante und zur Katamnese stabile Reduktion der seelischen Beschwerden nachgewiesen werden (vgl. **Abbildung 37**). Die Beschwerdereduktion entsprach dabei zum Katamnesezeitpunkt einer Verbesserung mit großer Effektstärke ($p < .001$; $\eta^2 = .51$). Beim Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken ließ sich ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ nachweisen, der einem Unterschied mit mittlerer Effektstärke entsprach ($p < .001$; $\eta^2 = .11$).

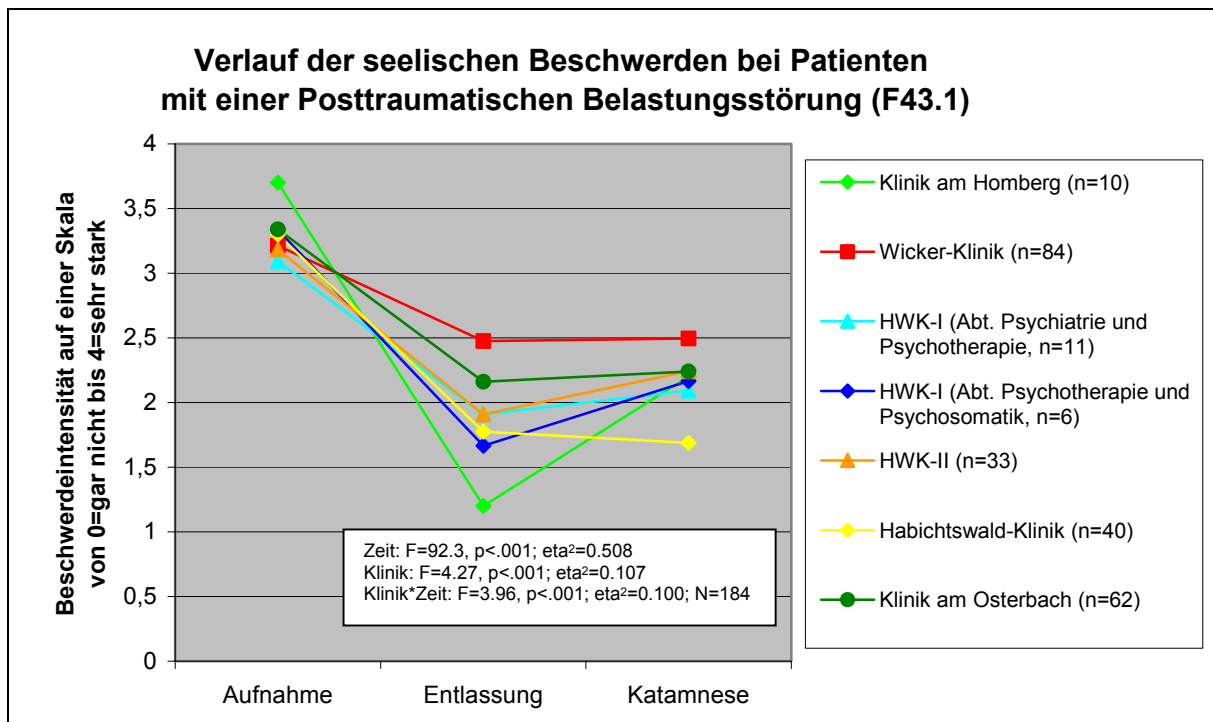


Abbildung 37: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1)

In den Post-hoc-Tests ließ sich dieser Haupteffekt auf insgesamt geringere Beschwerdeintensitäten der PTBS-Patienten der Habichtswaldklinik im Vergleich zur Wicker-Klinik ($p<.005$) zurückführen, wobei allerdings lediglich für den Entlassungs- und den Katamnesezeitpunkt entsprechende Unterschiede in der Beschwerdeintensität zu beobachten waren. Entsprechend konnte darüber hinaus ein signifikanter Interaktionseffekt mit mittlerer Effektstärke nachgewiesen werden ($p<.001$; $\eta^2=.11$), welcher unter Berücksichtigung der Fallzahlen primär auf eine stärkere Beschwerdereduktion im Verlauf der stationären Behandlung bei den Patienten der Habichtswaldklinik im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik zurückzuführen war. Die Fallzahlen insbesondere in der Klinik am Homberg und in den beiden Abteilungen der HWK-I waren zu gering, als dass in diesen Fällen die Ergebnisse statistisch abzusichern gewesen wären.

Für die Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung konnte bezogen auf die Gesamtstichprobe eine signifikante und zur Katamnese stabile Reduktion der seelischen und der körperlichen Beschwerden nachgewiesen werden (vgl. **Abbildung 38** und **Abbildung 39**). Die Reduktion der seelischen Beschwerden entsprach dabei zum Katamnesezeitpunkt einer Verbesserung mit großer Effektstärke ($p<.001$; $\eta^2=.27$). Beim Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken ließ sich ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ nachweisen, der einem Unterschied mit kleiner Effektstärke entsprach ($p<.01$; $\eta^2=.04$). In den Post-hoc-Tests ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen einzelnen

Kliniken oder Abteilungen nachweisen. Ein bedeutsamer Interaktionseffekt zwischen dem Beschwerdeverlauf („Zeit“) und dem Faktor „Klinik“ konnte nicht nachgewiesen werden ($p < .6$).

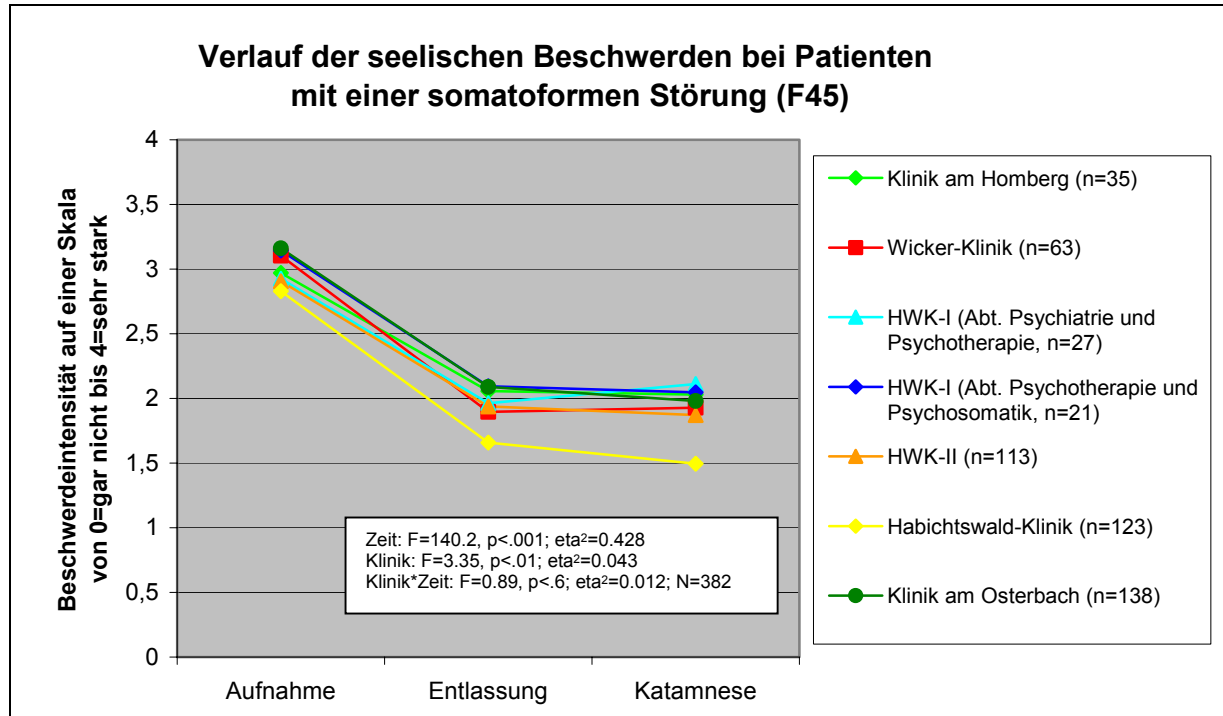


Abbildung 38: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit einer somatoformen Störung (F45)

Hinsichtlich des Verlaufs der körperlichen Beschwerden konnte ebenfalls beim Vergleich der Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ mit kleiner Effektstärke nachgewiesen werden, welcher wiederum in den Post-hoc-Tests nicht im Sinne bedeutsamer Unterschiede in den körperlichen Beschwerden insgesamt zwischen einzelnen Kliniken bestätigt werden konnte (vgl. **Abbildung 39**). Auch ein Interaktionseffekt im Sinne differentieller Beschwerdeverläufe zwischen den Kliniken ließ sich nicht nachweisen.

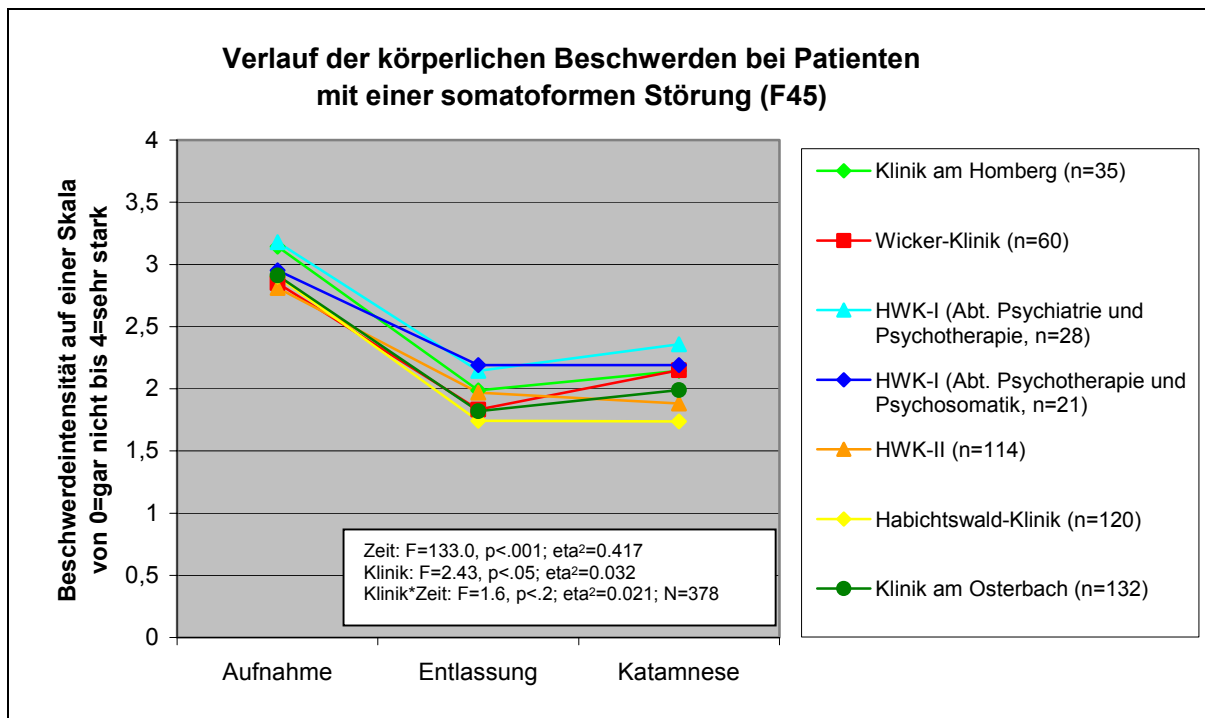


Abbildung 39: Verlauf der körperlichen Beschwerden bei Patienten mit einer somatoformen Störung (F45)

Für die Gruppe der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung konnte bezogen auf die Gesamtstichprobe ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ nachgewiesen werden ($p < .001$; $\eta^2 = .42$), der einer Verbesserung mit großer Effektstärke entsprach (vgl. **Abbildung 40**).

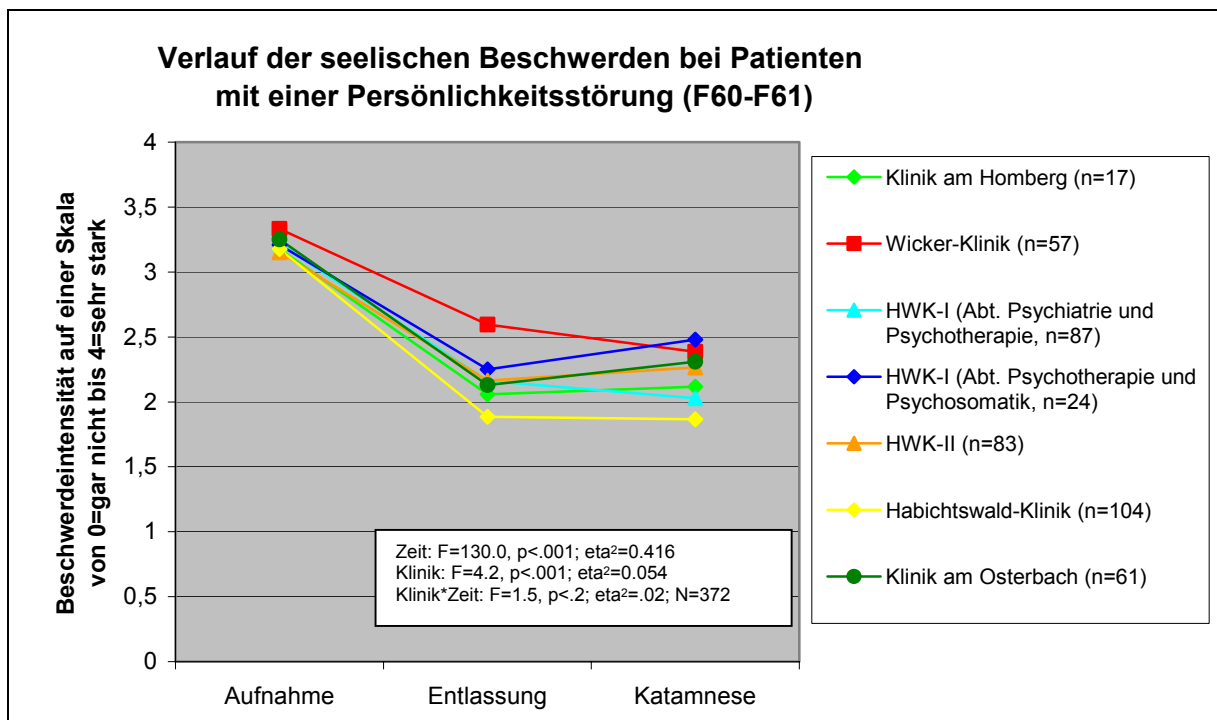


Abbildung 40: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (F60-F61)

Beim Vergleich der Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe konnte der signifikante Haupteffekt „Klinik“, der einem Unterschied mittlerer Effektstärke entspricht ($p < .001$, $\eta^2 = .054$), auf insgesamt signifikante geringere Belastungen der Patienten der Habichtswaldklinik im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik zurückgeführt werden ($p < .002$). Auch hier ist dieser Unterschied in der Beschwerdeintensität jedoch nur zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt beobachtbar und beruht primär auf einer durchschnittlich geringeren Beschwerdereduktionen während der stationären Behandlung bei den Patienten der Wicker-Klinik im Vergleich zu den Patienten der Habichtswaldklinik. Der entsprechende Interaktionseffekt „Zeit * Klinik“ wird jedoch nicht signifikant ($p < .20$).

3.5.3 Erwerbssituation

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Erwerbssituation vor der stationären Behandlung und dem Verlauf der seelischen Beschwerden wurden die drei größten Erwerbsgruppen analysiert. Alle anderen Gruppen wurden wegen der zu geringen Fallzahl nicht in den statistischen Analysen berücksichtigt.

In der varianzanalytischen Auswertung ließ sich für die vollschichtig Beschäftigten hinsichtlich der seelischen Beschwerden ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ und ein signifikanter Haupteffekt „Klinik“ jedoch kein Interaktionseffekt im Sinne differentieller Verläufe zwischen den Kliniken feststellen (vgl. **Abbildung 41**).

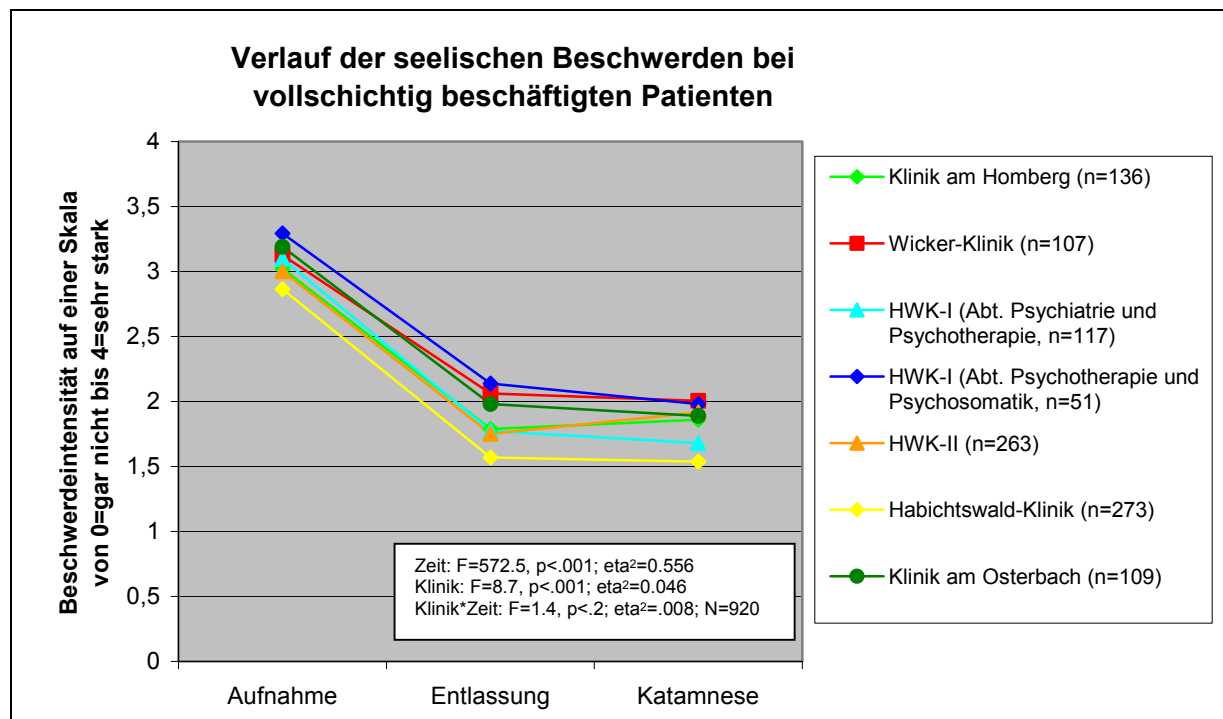


Abbildung 41: Verlauf der seelischen Beschwerden bei vollschichtig beschäftigten Patienten

Die im Verlauf der Behandlung erreichten Verbesserungen mit großer Effektstärke der vor der stationären Behandlung vollschichtig beschäftigten Patienten konnten dabei zum Katamnesezeitpunkt stabilisiert werden. Beim Vergleich zwischen den Kliniken der Wicker-Gruppe ließ sich kein signifikanter Interaktionseffekt im Sinne einer differentiellen Beschwerdereduktion in den Kliniken der Wicker-Gruppe nachweisen ($F=1.4$; $df=10$; $p<.20$; $\eta^2=.008$). Dagegen ließen sich Unterschiede im allgemeinen Beschwerdeniveau zwischen den Kliniken nachweisen, die Unterschieden mit einer kleiner Effektstärke entsprachen ($F=19.0$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.046$). In den Post-hoc-Tests ließen sich diese Unterschiede auf signifikant geringere Belastungen hinsichtlich der psychischen Beschwerden bei den Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik ($p<.001$), der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I ($p<.005$) sowie der HWK-II ($p<.05$) zurückführen.

Bei der Analyse des Verlaufs der seelischen Beschwerden bei den Teilzeit-beschäftigten Patienten ließen sich ebenfalls signifikante Haupteffekte „Zeit“ ($F=310.1$; $df=2$; $p<.001$; $\eta^2=.587$). und „Klinik“ ($F=7.3$; $df=5$; $p<.001$; $\eta^2=.077$) mit großer bzw. mittlerer Effektstärke nachweisen (vgl. **Abbildung 42**).

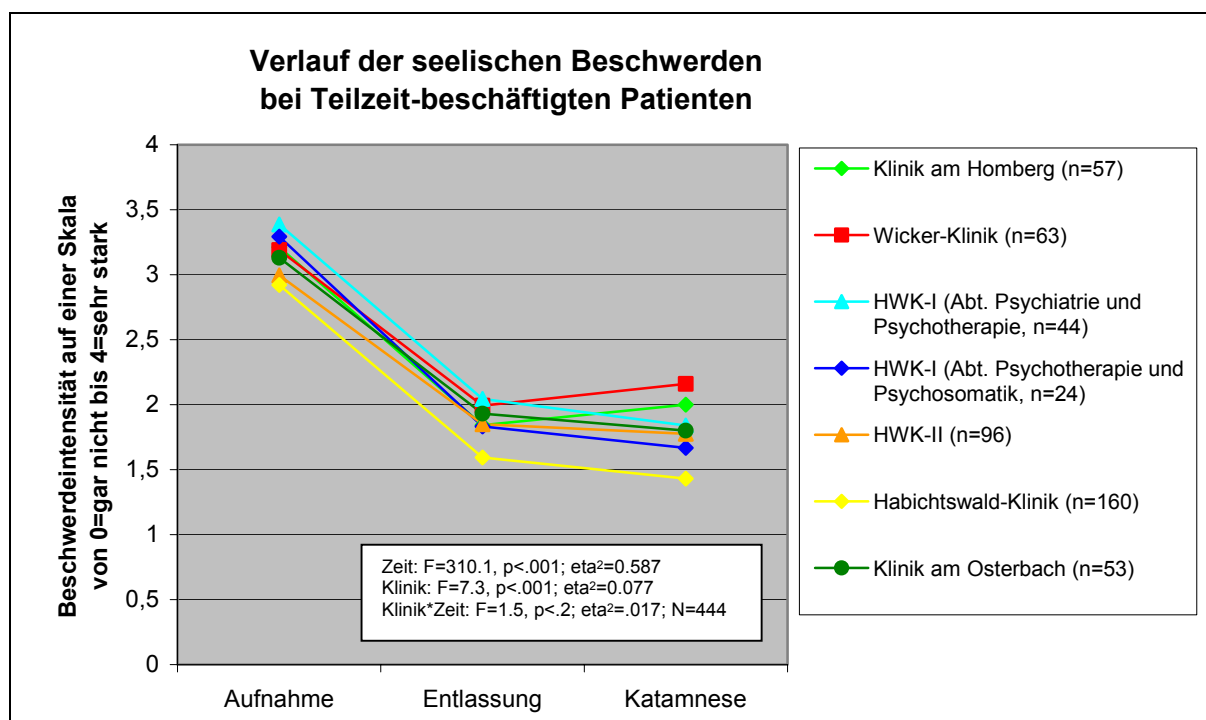


Abbildung 42: Verlauf der seelischen Beschwerden bei Teilzeit-beschäftigten Patienten

Signifikante Unterschiede in den Verläufen zwischen den Kliniken ließ sich dagegen nicht nachweisen ($F=1.5$; $df=10$; $p<.2$; $\eta^2=.017$). Auch bei den Teilzeit-beschäftigten Patienten konnte eine signifikante Reduktion der seelischen Beschwerden, die einer Verbesserung mit

großer Effektstärke entsprach, über den Verlauf der Behandlung gezeigt werden. Diese Verbesserung blieb auch über den Zeitraum der Katamnese stabil. Die signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken im Beschwerdeniveau insgesamt ließen sich in den Post-hoc-Tests wiederum auf insgesamt signifikant geringere Beschwerdeintensität der Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den Patienten der Wicker-Klinik ($p < .001$), der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I ($p < .01$) und der Klinik am Homberg ($p < .05$) zurückführen.

Bei der Analyse des Verlaufs der seelischen Beschwerden bei den vor der stationären Behandlung arbeitslosen Patienten ließ sich ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($F = 74.4$; $df = 2$; $p < .001$; $\eta^2 = .449$), mit großer Effektstärke, nachweisen (vgl. **Abbildung 43**). Die zum Ende der Behandlung erreichten Beschwerdereduktionen konnten dabei auch zum Katamnesezeitpunkt insgesamt stabilisiert werden. Unterschiede in den Verläufen der seelischen Beschwerden der Patienten zwischen den Kliniken ($F = 0.8$; $df = 10$; $p < .7$; $\eta^2 = .023$) ließen sich dagegen nicht ebenso wenig nachweisen wie bedeutsame Unterschiede zwischen Kliniken im Beschwerdeniveau insgesamt ($F = 0.9$; $df = 5$; $p < .6$; $\eta^2 = .020$).

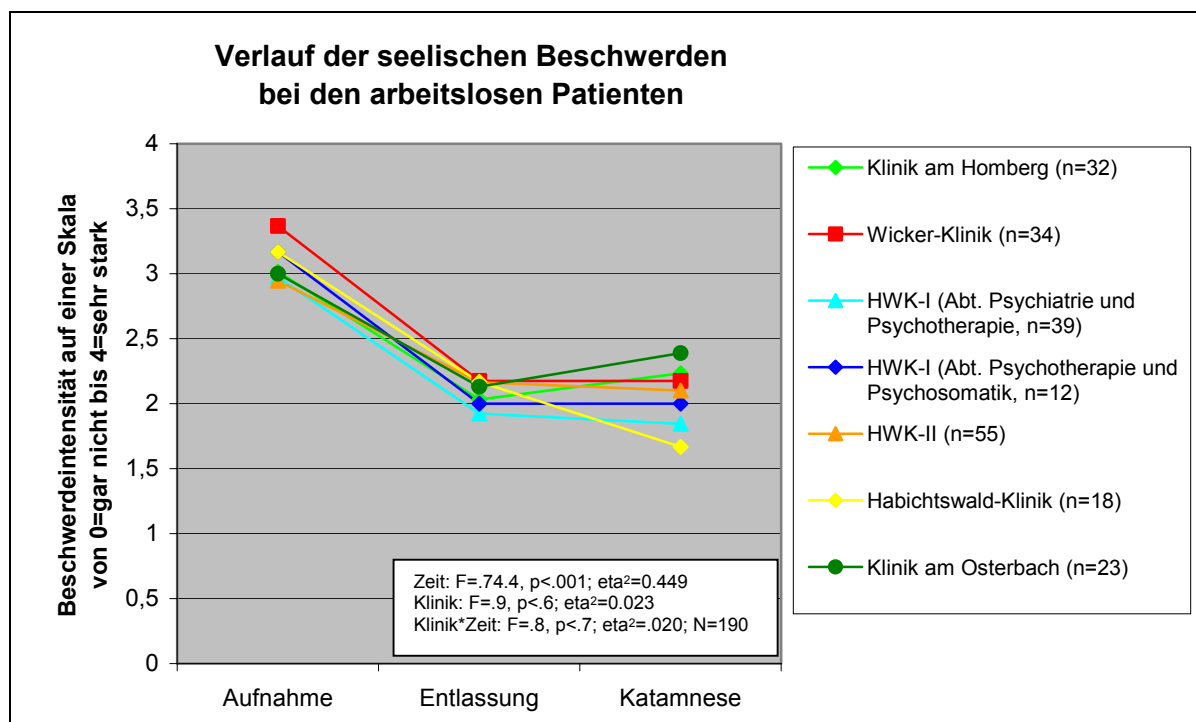


Abbildung 43: Verlauf der seelischen Beschwerden bei den arbeitslosen Patienten

4 Zusammenfassung und Diskussion

Einer systematisierten und routinisierten Therapieevaluation kommt im Rahmen der Qualitätssicherung eine wichtige Bedeutung zu. Die therapeutischen Teams und die Klinikleitungen erhalten eine kontinuierliche Rückmeldung über ihre Arbeit und deren Ergebnisse, wie auch der Akzeptanz der geleisteten Arbeit bei den Patienten, was zu einer Optimierung der Behandlung beitragen kann. Die hier vorgenommenen Auswertungen dokumentieren die grundsätzliche Eignung des eingeführten Systems für Zielsetzungen im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation. Den Ergebnissen der externen Evaluation kommt zudem eine herausgehobene Funktion für das interne Qualitätsmanagement zu, indem Verbesserungspotenziale hinsichtlich der therapeutischen Prozesse identifiziert werden können. Darauf aufbauend können Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität entwickelt, implementiert und schließlich evaluiert werden. Darüber hinaus lassen sich die für die Berichterstellung entwickelten Analyseroutinen als Grundlage für eine kontinuierlichere Auswertung einsetzen.

Im Folgenden werden die psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken der Wicker-Gruppe hinsichtlich einiger Merkmale beschrieben, die sie von anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland unterscheiden:

Ein Großteil der Patienten der *Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der HWK-I* war nach § 39 SGB V im Sinne einer Krankenhausbehandlung behandelt worden. Der Anteil an Versicherten der Primär- bzw. Ersatzkassen sowie der Anteil an privat versicherten Patienten ist daher hier wesentlich höher als in anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken, während der Anteil der BfA- bzw. LVA-Versicherten erheblich geringer ausfällt. Die *Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I* zeichnet sich dagegen durch einen substanziellen Anteil an Patienten aus, die an psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. einer Borderline-Störung litten. Für diese Patientengruppe werden in Deutschland nur in wenigen Psychosomatischen Rehabilitationskliniken spezifische Angebote vorgehalten. In der *Habichtswald-Klinik* wurden zu einem erheblichen Teil Patienten privater Krankenkassen behandelt, die sich häufig aktiv ihre Klinik selbst ausgesucht hatten. Auch das Bildungsniveau ist hier mit einem Anteil von über 60% mit Abitur oder Fachabitur im Vergleich zu anderen Kliniken überdurchschnittlich. Dagegen entspricht die Altersverteilung und die Überrepräsentation weiblicher Patienten weitestgehend den Verteilungen in anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken.

Mehrere psychotherapeutische Abteilungen bzw. Kliniken der Wicker-Gruppe weisen in ihrem Behandlungskonzept eine besondere Betonung der kreativ- und körpertherapeutischen Methoden auf. Hingegen werden hinsichtlich der psychotherapeutischen Konzepte die

verschiedenen therapeutischen Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit einer Schwerpunktsetzung auf Elemente des Psychodramas und der Gestalttherapie in unterschiedlichem Ausmaß und bei unterschiedlichem Grad der Integration der Therapiemethoden in den einzelnen Abteilungen und Kliniken vorgehalten.

Diagnostisch entspricht das behandelte Patientenkontinuum der Gesamtstichprobe mit den genannten Ausnahmen in wesentlichen Zügen dem vorherrschenden Spektrum der psychosomatischen Rehabilitation mit einem Überwiegen depressiver Störungen. Zugleich dokumentiert sich die Breite des Behandlungsspektrums, das mit Ausnahme der organisch bedingte Störungen und der Suchterkrankungen die gesamte Vielfalt der psychischen Störungen als primäre Behandlungsdiagnosen umfasst. Neben den depressiven Störungen werden unter den psychischen Störungen vor allem die Angststörungen, die Belastungs- und Anpassungsstörungen, die somatoformen Störungen sowie die Persönlichkeitsstörungen behandelt. Darüber hinaus fällt das hohe Maß komorbider psychischer Störungen sowie somatischer Komorbidität auf.

Die mittlere Behandlungsdauer fiel in beiden Abteilungen der HWK-I überdurchschnittlich aus, was auf das besondere Indikationsspektrum bzw. den Anteil an Krankenkassen-Patienten, die über §39 SGB V behandelt wurden, zurückzuführen war. Dagegen fiel die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten in der Habichtswald-Klinik signifikant niedriger aus.

Die Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen der Wicker-Gruppe geben ein hohes Maß an Zufriedenheit mit stationärer Behandlung in den Kliniken an. Im Vergleich zu einer repräsentativen RV-Stichprobe gaben die untersuchten Patienten der psychotherapeutischen Abteilungen der Wicker-Gruppe durchschnittlich signifikant höhere Zufriedenheitswerte an. Dies gilt sowohl für die Frage, „ob die richtige Klinik ausgesucht wurde“ als auch für die Gesamtbeurteilung der stationären Behandlung. Die Unterschiede der einzelnen Kliniken im Vergleich zur RV-Stichprobe entsprachen dabei einer mittleren bis großen Effektstärke. Die direkte Vergleichbarkeit der Daten der RV-Stichprobe mit den Daten der Wicker-Gruppe wird dabei durch den höheren Anteil an Patienten der LVAen und damit einhergehend einer geringeren Schulbildung leicht eingeschränkt. Beim internen Vergleich innerhalb der Wicker-Gruppe fielen signifikant positivere Bewertungen der Patienten der Habichtswald-Klinik auf. Allerdings muss bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden, dass ein Großteil der Patienten als Privatpatienten die Klinik im Gegensatz zu den RV-belegten Kliniken selbst ausgesucht hatten und somit ihren eigenen Auswahlprozess mitbewerteten.

Die Analysen der retrospektiven Katamnese zum Behandlungsergebnis zeigen zusammenfassend, dass die Behandlungsmaßnahmen in den psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe mit signifikanten, auch längerfristigen, Behandlungserfolgen im Zusammenhang stehen. Die erreichten Verbesserungen entsprechen in den verschiedenen psychosozialen und körperlichen Maßen Veränderungen von zumeist großer Effektstärke. Im Vergleich zu publizierten Daten retrospektiver Katamnesen anderer Kliniken ließen sich für die Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe im wesentlichen vergleichbar hohe Effektstärken nachweisen. Die Stabilität der erreichten Behandlungserfolge über den Entlassungszeitpunkt hinaus erscheint insbesondere bei den psychischen Beschwerden ausgesprochen zufriedenstellend. Dies gilt mit Einschränkungen auch für die körperlichen Beschwerden. Innerhalb der Wicker-Gruppe fielen die katamnestischen Ergebnisse weitgehend vergleichbar aus. Für den Verlauf der Beschwerden ließen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kliniken nachweisen, die mindestens einer kleinen Effektstärke entsprochen hätten. Lediglich im Ausmaß der Beschwerden über alle drei Zeitpunkte hinweg ließen sich zwischen den Kliniken signifikante Unterschiede nachweisen. Für die verschiedenen Beschwerdemaße konnte hierbei eine insgesamt geringere Beschwerdeintensität bei den Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den anderen Kliniken und Abteilungen der Wicker-Gruppe gezeigt werden.

Hinsichtlich der Subgruppenanalysen fiel darüber hinaus noch eine bedeutsam größere Beschwerdereduktion bei den PTBS-Patienten der Habichtswald-Klinik im Vergleich zu den PTBS-Patienten der Wicker-Klinik auf. Allerdings ließen sich konfundierende Aspekte wie komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen auf Grund einer unterschiedlichen Diagnosepraxis hierbei nicht kontrollieren. Die anderen Analysen spezifischer Subgruppen konnte keine bedeutsamen Unterschiede in den Verläufen der Beschwerden zwischen den Kliniken demonstrieren.

Bei den Analysen zur Veränderung der Erwerbssituation fiel der im Vergleich zur repräsentativen RV-Stichprobe hohe Anteil von Patienten auf, die nach der stationären Behandlung erwerbsunfähig berentet wurden. Damit verbunden reduzierte sich der Anteil der im Erwerbsleben verbleibenden Patienten zum Katamnesezeitpunkt bedeutsam. Auch hier schränken allerdings methodische Unterschiede in den Studien, insbesondere die Differenzen in den Katamnesezeiträumen, die Interpretierbarkeit der Befunde ein. Das gleiche gilt für die Veränderungen bei den Zeiten von Arbeitsunfähigkeit. Während für die Zeit vor der Behandlung in der RV-Stichprobe durchschnittlich deutlich längere AU-Zeiten angegeben wurden, sind die Angaben für den Katamnesezeitraum zwischen RV-Stichprobe und der Gesamtstichprobe der Wicker-Gruppe weitgehend vergleichbar. Da sich die Angaben in der RV-Stichprobe aber auf den Zeitraum vor Bewilligung der Reha-Maßnahme bezogen,

resultieren Differenzen in den jeweiligen Bezugszeiträumen. Darüber hinaus mussten die Angaben der Patienten in der RV-Stichprobe von einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum auf ein ganzjähriges Intervall hochgerechnet werden. Innerhalb der Wicker-Gruppe fallen vor und nach der stationären Behandlung die durchschnittlich signifikant längeren AU-Zeiten bei den Patienten der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der HWK-I auf. Dieser Unterschied ist vor dem Hintergrund des besonderen Diagnosespektrums dieser Abteilung und der damit verbundenen Schwere und Chronizität der psychischen Störungen der behandelten Patienten zu sehen

Bei der weiteren Inanspruchnahme medizinischer und therapeutischer Leistungen fällt der hohe Anteil an Patienten mit einer Aufnahme oder Fortführung einer ambulanten Psychotherapie auf, was als Hinweis auf eine gelungene Motivationsarbeit während der stationären Behandlung und eine entsprechende Umsetzung dieser häufigen Nachsorgeempfehlung interpretiert werden kann.

Schließlich wird auch deutlich, dass Ergänzungen des Katamnesebogens um standardisierte psychometrische Instrumente wie auch der prospektiven Messzeitpunkte, zu denen Behandlungserfolge und die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung überprüft werden, wünschenswert sind (Egner, Gerwin & Schliehe, 2000). Hierfür wurden die Voraussetzungen durch die Implementierung einer umfangreichen Basisdokumentation mit ergänzenden psychometrischen Instrumenten im Herbst 2002 bzw. Winter 2002/2003 geschaffen.

5 Literatur

- Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A. & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Bad Münstereifel: Westkreuz.
- Egner, U., Gerwin, H. & Schliehe, F. (2000). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. *DRV Schriften*, 18, 3-120.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W. H. (2000). *Dei Protos-Studie: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Klinik-Allianz (WKA)*. Darmstadt: Steinkopf.
- Kawski, S. & Koch, U. (2002). Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 45(3), 260-266.
- Koch, U. & Tiefensee, J. (1998). Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung* (S. 45-52). Basel: Karger.
- Nübling, R., Puttenhöfer, J., Wittmann, W., Schmidt, J. & Wittich, A. (1995). Evaluation psychosomatischer Heilverfahren - Ergebnisse einer Katamnesestudie. *Rehabilitation*, 34, 74-80.
- Schmidt, J. (1991). *Evaluation einer psychosomatischen Klinik*. Frankfurt: VAS.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Aufl., S. 17-27). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüdell, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 114-130.
- Schulz, H., Watzke, B., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüdell, H. (2001). Ein-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische orientierter Behandlung. *DRV-Schriften*, 26, 383-385.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2001). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000*. Frankfurt a.M.: VDR.
- Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.