

Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) – Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation

R. Nübling¹, J. Schmidt¹, D. Kriz¹, A. Kobelt^{2,3} und M. Bassler^{4,5}

¹GfQG Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,

²DRV Braunschweig-Hannover, Laaten, ³Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR), Universität Bremen, ⁴Rehazentrum Oberharz,

Schwerpunktklinik für Psychosomatik, Clausthal-Zellerfeld, ⁵ISRV – Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung,

Hochschule Nordhausen

Schlüsselwörter

Diagnostik –
Routine-Assessment –
Dokumentation –
psychosomatische
Rehabilitation –
Ergebnismessung

Key words

diagnosis – routine-
assessment – documen-
tation – psychosomatic
rehabilitation – outcome
measurement

Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) – Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation

Mit dem Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) wird ein neues Dokumentationssystem vorgestellt, welches für die psychosomatische Rehabilitation konzipiert wurde. Eine PC-basierte Form wurde an einer Stichprobe von etwa 10.000 Patienten in zwei Fachkliniken der DRV Braunschweig-Hannover eingeführt und erprobt. Insgesamt wurde das System von den Patienten und Therapeuten gut angenommen. Es zeigte sich weiterhin, dass die Daten für die individuelle Therapieplanung und Ergebnismessung (z.B. Entlassungsbericht) in den Kliniken gut genutzt werden können. Ergebnisse zur Aufnahmesituation, zu den Behandlungen und zu den kurzfristigen Outcomes werden berichtet.

Routine Assessment Psychosomatic (RAP) – concept, implementation and results of a documentation system for psychosomatic rehabilitation

A new documentation system is presented, the Routine Assessment Psychosomatics (RAP), which was designed for psychosomatic rehabilitation. A PC-based version was tested in about 10,000 patients in two rehabilitation centers of the DRV Brunswick-Hannover (a German pension insurance institution). Overall, the system has been well accepted by patients and therapists. It was also shown that the data can be used for individual treatment planning and outcome measurement (e.g., discharge summary). Results related to the status at baseline, treatments and short-term outcomes are reported.

Einleitung

Die routinemäßige Dokumentation und Evaluation des Verlaufs, der Ergebnisse und des Erfolges einer Behandlung haben in der Psychosomatik und Psychotherapie einen hohen Stellenwert; dies gilt auch für die psychosomatische Rehabilitation. Dabei wurde das Thema „Standardisierung der Therapiedokumentation“ wiederholt aufgegriffen und es wurden sowohl einfache Basisdokumentationssysteme (z.B. AHG-Basisdokumentation [1], BEDOK-System [2, 3], DKPM-Basisdokumentation [4], Psy-Bado [5]) als auch umfassende Dokumentationssysteme mit integrierten psychometrischen Messungen (z.B. Psy-Bado-PTM [6], Dokumentationssystem der Klinik Grönenbach [7, 8], PRL-System Fachklinik Bad Dürkheim [9], Psycho-Dok-System für Psychotherapie [10]) entwickelt und eingesetzt.

Einige Dokumentationssysteme wurden speziell in und für die psychosomatische Rehabilitation entwickelt, häufig im Rahmen von ersten empirisch basierten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und als Grundlage für das interne Qualitätsmanagement [11]. Inzwischen ist der „rehabilitandenbezogene Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung“ für Rehabilitationskliniken in allen Indikationsbereichen Pflicht, zumindest schreibt dies der BAR-Kriterienkatalog zur Zertifizierung in Kapitel 9 „Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)“ vor [12]. Ohne Zertifizierung erhalten die Kliniken keinen Be-

gungsvertrag, das heißt es besteht auch aus wirtschaftlichen Gründen eine Motivation zur Integration von entsprechenden Systemen.

Zu den Fragen, welche Dimensionen und Verfahren zur Diagnostik, zur Schweregradmessung bzw. zur Therapieverlaufs- und Ergebnismessung von psychischen Erkrankungen herangezogen werden sollen, besteht bislang kein Konsens. Auch im BAR-Katalog sind keine konkreten Inhalte benannt. Eine Übereinkunft besteht darin, dass ein Routine-Assessment Patienten-/Rehabilitanden-Merkmale zu Therapiebeginn und zu Therapieende (Eingangs- und Entlassungs-Status, z.B. soziodemografische Daten, Diagnosen und diagnostische Befunde, erkrankungs- und störungsbezogene Merkmale, Bewertungen der Therapie, behandlungsbedingte Veränderungen, prognostische Aspekte) erfassen soll und dass die Daten über Selbst- und Fremdbeurteilung erhoben werden. Enthalten sein sollten darüber hinaus Merkmale der Intervention (z.B. Behandlungsdauer, Art und Umfang der therapeutischen Leistungen). Hinsichtlich der Auswahl von Messinstrumenten existiert eine Reihe von Empfehlungen [13, 14, 15]. Die vorgeschlagenen Dokumentationssysteme können unterschieden werden zwischen therapieschulenübergreifenden (z.B. [5]) und therapieschulenspezifischen Systemen (z.B. [16]) bzw. zwischen herkömmlichem Paper-Pencil- und computerisiertem bzw. webbasiertem Format (zumeist mit lizenzierten bzw. kostenpflichtigen Instrumenten [17, 18]). In der Regel betreffen die Zielsetzungen einerseits gruppen- bzw. einrichtungsbetonte Aspekte – zum Beispiel Transparenz und Vergleichbarkeit bezüglich der durchgeführten Therapien, Erstellung von Versorgungsstatistiken, Routine-Ergebnisforschung und Qualitätssicherung – andererseits auch die Nutzungsmöglichkeit für individuelle Behandlungen (z.B. Therapieplanung, Ergebnismessung im Einzelfall). Der Übergang zwischen einfachen und komplexeren Assessment-Systemen ist fließend.

Die DKPM-Arbeitsgruppe „Psychometrie und Psychodiagnostik“ hat 4 Hauptdimensionen (1. Alltägliche Aktivitäten und Partizipation, 2. Psychische Gesundheit, 3. Bewältigungsmechanismen, 4. Syndrome bzw. Symptomgruppen) mit jeweils 4 – 11 Unterdimensionen für Verlaufsmessun-

gen vorgeschlagen [19] sowie Kriterien für die Auswahl psychometrischer Instrumente festgelegt [20]. Bei der Auswahl geeigneter Instrumente sind die psychometrische Qualität und Eignung (z.B. Reliabilität, Validität, Änderungssensitivität) wie auch (anwendungs-)ökonomische Gesichtspunkte (z.B. Anzahl der Items) zu berücksichtigen [20]. Wie unter anderem in Handbüchern [21, 22, 23] dokumentiert, existiert eine große Vielfalt psychometrischer (psychodiagnostischer) Instrumente, was bedeutet, dass bestimmte Dimensionen/Merkmale durch unterschiedliche Instrumente gemessen werden können (z.B. „Depressivität“ durch Subskalen aus SCL-90-R [24] oder HADS [25] bzw. durch BDI II [26] oder PHQ-9 [27] etc.) und eine Auswahl getroffen werden muss. Zunehmend spielen dabei auch Kostengesichtspunkte eine wichtige Rolle, da für einen Großteil der bevorzugten Fragebögen mitunter hohe Lizenzgebühren anfallen. Die Lizenzierung stellt eine deutliche Hürde bei der Entwicklung praktikabler Routinesysteme dar. Eine Alternative dazu sind lizenzfreie Verfahren, die es in wachsender Anzahl gibt und die teilweise an großen Stichproben gut psychometrisch untersucht und normiert sind [28, 29, 30]. Ein Assessment-System für die psychosomatische Rehabilitation, das sowohl inhaltliche, das heißt sowohl klinische, rehabilitationsbezogene, prozess- und outcome-relevante als auch kostenbezogene Aspekte integriert, liegt bislang nicht vor.

Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit werden folgende Fragestellungen thematisiert:

- Wie kann das Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) skizziert werden? Welche Überlegungen liegen der Konzeption zugrunde? Welche Instrumente sind integriert?
- Wie werden die Testergebnisse der Klinik bzw. dem behandelnden Team rückgemeldet? Welche Erfahrungen wurden bislang damit gemacht?
- Wie kann die Stichprobe der Piloterhebung beschrieben werden? Welche Auffälligkeiten bestehen (z.B. hinsichtlich Schweregrad, sozialmedizinisch relevanter Merkmale oder klinischer Skalen)?

- Welche Behandlungen wurden seitens der Rehabilitanden in Anspruch genommen und wie wurden diese bewertet?
- Welche kurzfristigen Behandlungsergebnisse lassen sich nachweisen?

Zielsetzungen und Methodik

Mit „**R**outine-**A**ssessment **P**sychosomatik“ (RAP) sollte ein hinreichend umfassendes und zugleich kostengünstiges Dokumentationssystem für die psychosomatische Rehabilitation konzipiert und erprobt werden. Die Entwicklung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychologie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover unterstützt und begleitet. Folgende Aspekte standen für die Konzeptualisierung bzw. die Entwicklung des RAP im Vordergrund:

- Relevanz für die Psychosomatik: Neben wesentlichen Störungsbereichen (z.B. Angst, Depression) sollten auch spezifische Aspekte, zum Beispiel etwa zur Einschätzung des Therapieprozesses [31] oder zur Schweregradeinschätzung [32, 33] einbezogen werden.
- Reha-Relevanz I – ICF-Orientierung: Zusätzlich zur ICD-10-Ebene sollte sich das System an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren. Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der funktionalen Gesundheit – insbesondere Aktivitäten, Teilhabe – bei drohender oder bestehender Teilhabestörung ist zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Hierfür sollte ein ICF-basiertes Instrument eingesetzt werden [31].
- Reha-Relevanz II – Beruflicher und sozialmedizinischer Bezug: Nach dem Anforderungsprofil zur Durchführung beruflich orientierter medizinischer Rehabilitation (MBOR) [32] ist Stufe A in allen von der Deutschen Rentenversicherung belegten Kliniken verpflichtend, das heißt die berufliche Perspektive stellt für die erwerbstätigen Versicherten einen zentralen Fokus der Reha-Maßnahme dar (vgl. auch [33]). Das System sollte deshalb Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen identifizieren bzw. das Frühberentungsrisiko abschätzen [34, 35] sowie auch die berufsbezogene Motivation abbilden [36, 37].
- Relevanz für Evaluation und Qualitätssicherung (QS): Das System sollte eine Basis für die wissenschaftliche Evaluation der Reha-Maßnahmen bieten sowie für die Qualitätssicherung geeignet sein. Für die Abbildung der Outcomes sollten sowohl Verfahren zur indirekten (Prä-post-Vergleiche) als auch zur direkten Veränderungsmessung (singuläre Veränderungseinstufungen und Veränderungsskalen) einbezogen werden [38, 39].
- Messzeitpunkte und Datenquellen: Grundlage der Messungen sollten zwei Basis-Messzeitpunkte (Eingangs- und Abschlussmessung) sein, die optional auch durch weitere Messungen (z.B. katamnestische Nachbefragungen) ergänzt werden können. Als Datenquellen sollten vor allem die Rehabilitanden selbst sowie in kleinerem Umfang die Behandler (Ärzte/Psychologen) dienen.
- Unmittelbare Nutzungsmöglichkeit der Daten: Die EDV-Umsetzung des Systems im Sinne computerisierter Fragebogeneingaben und Auswertungen und die damit unmittelbare Nutzungsmöglichkeit der Daten stellen eine wichtige Voraussetzung für die Versorgungspraxis dar. Das System sollte demnach die psychometrischen Ergebnisse aufwandsarm generieren und sie unmittelbar etwa für Indikationsentscheidungen oder für den Entlassungsbericht zur Verfügung stellen können.
- Verwendung lizenzfreier Verfahren: Es sollten ausschließlich lizenzfreie Instrumente in das System integriert werden (Ausnahme des BDI II¹), das heißt für die Routineanwendung in den Einrichtungen sollten keine Lizenzgebühren anfallen.

¹Der BDI II wurde als Lizenzverfahren neben inhaltlichen Überlegungen (z.B. Änderungssensitivität) deshalb einbezogen, da für ihn mit dem herausgebenden Verlag eine besonders kostengünstige Lizenzgebühr ausgehandelt werden konnte.

Tab. 1. In das RAP einbezogene Verfahren.

	Inhalt	A	E	K*
Selbstbeurteilung Patienten/Rehabilitanden				
ISR	ICD-10-Symptom-Rating [42]	x	x	x
HEALTH-49	Hamburger Module [41]	x	x	x
ICF AT 50 – Psych	Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen [31]	x	x	x
WS	Würzburger Screening [34]	x		x
SIBAR	Screening-Instrument Arbeit und Beruf [35]	x		x
DIAMO	Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation [36, 37]	x		
HAQ	Helping Alliance Questionnaire [43]	x	x	x
BDI II	Beck Depressionsinventar [26]	x	x	x
GB10	Gesundheitliches Befinden	x	x	x
BESS, VM	Veränderungsskalen [46, 47]		x	x
ZUF-8	Patientenzufriedenheit [44]		x	x
B-PFB	Basis-Patientenfragebogen	x	x	x
Fremdbeurteilung Psychotherapeuten				
GAF	Global Assessment of Functioning [48]	x	x	
GARF	Globales Funktionsniveau von Beziehungen [49]	x	x	
B-TFB	Basis-Therapeutenfragebogen	x	x	

*Optional.

Die in der Pilotphase erhobenen Instrumente sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Im Bereich Selbstbeurteilung durch Patienten/Rehabilitanden wurden folgende Verfahren ausgewählt:

- HEALTH-49 – Hamburger Module [40, 41]: 49 Items. Umfassendes, generisch und ökonomisch angelegtes Instrument zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit. 9 Skalen: 1. Somatoforme Beschwerden, 2. Depressivität, 3. Phobische Ängste, 4. Psychisches Wohlbefinden, 5. Interaktionelle Schwierigkeiten, 6. Selbstwirksamkeit, 7. Aktivität und Partizipation, 8. Soziale Unterstützung, 9. Soziale Belastung.
- ISR – ICD-10-Symptom-Rating [42]: 29 Items. An der ICD-10 orientierter Fragebogen zur Erfassung der psychischen Symptomatik und deren Schweregrad. 6 Skalen: 1. Depression, 2. Angst, 3. Zwang, 4. Somatisierung, 5. Essstörungen, 6. Zusatzskala. Cut-off-Wert Gesamtskala für schwere Symptombelastung: ISR-Ges $\geq 1,7$.
- BDI II – Beck-Depressions-Inventar [26]: 21 Items. Eindimensionales, international bewährtes klinisches Instrument zum Einsatz bei depressiven Patienten oder bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression. Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Cut-off für mittelschwere Depression: BDI > 20, für schwere Depression BDI > 28.
- GB-10 – Skala zum gesundheitlichen Befinden [38]: 10 Items. Einschätzungen von Aspekten der derzeitigen gesundheitlichen Verfassung (z.B. körperliches Befinden, seelisches Befinden, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Entspannungsfähigkeit, Selbstvertrauen). Range: 5 – 50.
- ICF-AT 50 Psych – Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen [31]: 50 Items. ICF-basiertes Rating-Instrument zur Erfassung potenzieller Einschränkungen bezüglich Aktivitäten und Teilhabe. 6 Skalen: 1. Anforderungen erfüllen, 2. Soziale Beziehungen und Aktivitäten, 3. Verbale Kompetenz, 4. Fitness und Wohlbefinden, 5. Nähe in Beziehungen, 6. Soziale Rücksichtnahme.
- HAQ – Helping Alliance Questionnaire [43, 44]: 11 Items. Fragen zur therapeutischen Beziehung und zu Prozessmerkmalen. 2 Skalen: 1. Beziehungszufriedenheit, 2. Erfolgsszufriedenheit.
- WS – Würzburger Screening [34]: 9 Items. Kurzfragebogen zur Erhebung von beruflichen Problemlagen sowie des Bedarfs an berufsorientierten Rehabilitationsmaßnahmen. Beim WS wird für die Indikation Psychosomatik ein Cut-off für die Skala SE von 2 für eine negative Erwerbsprognose empfohlen.

- SIBAR – Fragebogen zur beruflichen Belastung [35]: 9 Items. Kurzfragebogen zur Abschätzung sozialmedizinischer Risikofaktoren (Frühberentungsrisiko). Ein Bedarf an berufsbezogenen Interventionen wird bei einem Skalenwert ≥ 8 angenommen. Der SIBAR-Index ist gut in der Lage, Frühberentungen und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach der Rehabilitation vorherzusagen.
 - DIAMO – Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation [36, 37]: 57 Items. Das Instrument bildet die berufliche Motivationsstruktur von Rehabilitanden ab, sodass Stärken und Schwächen identifiziert werden können. Drei zentrale Konzepte: Motivationale Selbstbild (MS), Motivationale Handlungsentwürfe (MH) und Motivationale Passung (MP), denen insgesamt 10 Skalen zugeordnet sind.
 - ZUF-8 – Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit [45]: 8 Items. Eindimensionales Zufriedenheitsmaß, welches die allgemeine bzw. generelle Zufriedenheit mit der erhaltenen Reha- bzw. Klinikbehandlung erfasst. Range: 8 – 32, Cut-off für mangelnde Zufriedenheit: 23 [46].
 - BESS/VM10 – Veränderungsskalen [47, 48]: 5 bzw. 10 Items umfassende Skalen, die direkte Veränderungseinstufungen der Patienten umfassen. Range: 5 – 25 bzw. 10 – 50.
 - B-PFB-A – Basis-Patientenfragebogen – Aufnahme: 40 Items. Demografische und berufliche Merkmale, Problembereiche, Vorbehandlungen, Gesundheitsverhalten, Behandlungsempfehlung.
 - B-PFB-E – Basis-Patientenfragebogen – Entlassung: 13 Items. Fragen zur Behandlung/Reha-Maßnahme und deren Bewertung.
- Die Assessment-Seite der Fremdbeurteilung durch Therapeuten wurde demgegenüber kurz gehalten. Hier werden neben den Schweregradeinschätzungen (GAF, GARF) allgemeine Variablen im Sinne einer Basisdokumentation (B-TFB-A und B-TFB-B) eingebunden.
- GAF – Global Assessment of Functioning [49]: 1-Item-Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus einer Person (10 Abstufungen). Der Zeitraum der Beurteilung bezieht sich auf die letzten 7 Tage. Cut-off für „ernsthafte Beeinträchtigung“ GAF < 50.
 - GARF – Globales Funktionsniveau von Beziehungen [50]: 1-Item-Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus des Beziehungsumfeldes, in dem Personen leben und in dem ihre Probleme auftreten. Die Skala ist in 5 Funktionsniveaus unterteilt. Cut-off für „unbefriedigende Beziehungen überwiegen“ GARF < 60.
 - B-TFB-A – Basis-Therapeutenbogen – Aufnahme: 25 Items. Allgemeine Angaben zum Patienten, Einweisungsdiagnosen (ICD-10), Beeinträchtigungen, Erkrankungsdauer, Vorgeschichte, Medikation bei Aufnahme, Motivation, sonstige Einschätzungen.
 - B-TFB-E – Basis-Therapeutenbogen – Entlassung: 20 Items. Allgemeine Angaben zum Patienten, Entlassungsdiagnosen (ICD-10) und aktuelle Einschätzungen, allgemeine Beurteilung des Behandlungsergebnisses, Behandlungen/KTL-Leistungen (Art und Anzahl), Medikation, Nach- und Weiterbehandlung.

Die vier B-Fragebögen orientieren sich inhaltlich an der PsyBado [5] bzw. PsyBado-PTM [6]. Einige Items wurden aus methodischen Gründen modifiziert, andere stammen aus eigenen Basisdokumentationen bzw. Evaluationsstudien [2, 3, 38, 51, 52, 53, 54, 55, 56].

Datenschutz

Die Dokumentation erfolgt auf Basis einer freiwilligen Mitwirkung und ist an eine schriftliche Einverständniserklärung des Rehabilitanden mit Recht auf jederzeitigen Widerruf gebunden. Die klinikinterne Nutzung ist klar geregelt und über geschützte Zugänge realisiert. Eine Rehabilitanden-Information enthält Angaben zur beabsichtigten Nutzung der Daten (z.B. Speicherung, Nutzung innerhalb der Einrichtung für die Diagnostik, Therapieplanung und Ergebnismessung, wissenschaftliche Verwendung). Für alle Auswertungen im Rahmen wissenschaftlicher oder QS-relevanter Fragestellungen werden die Daten vor dem Export

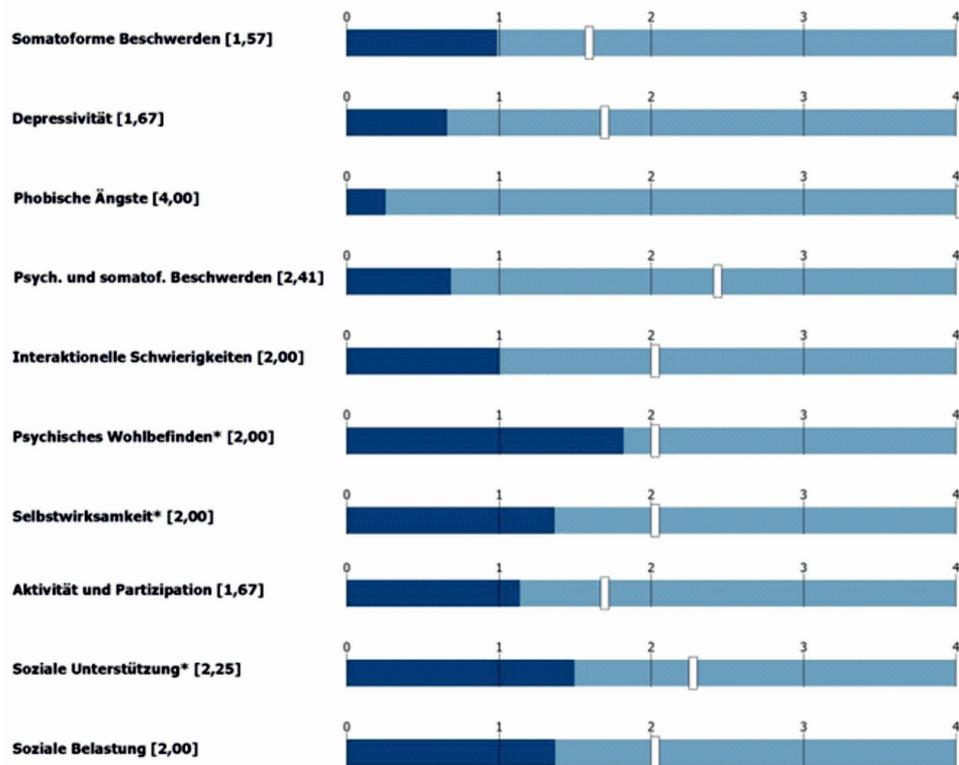
in den Einrichtungen anonymisiert und verschlüsselt (Pseudonymisierung). Eine Re-Identifizierung einzelner Rehabilitanden ist nicht möglich. Das Datenschutzkonzept ist mit dem Datenschutzbeauftragten der DRV Braunschweig-Hannover abgestimmt.

Datenanalysen

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden einfache deskriptive Statistiken berechnet, für die Prä-post-Unterschiede t-Tests für abhängige Stichproben. Prä-post-Effektstärken wurden nach der Formel $ES = M_{prä} - M_{post} / SD_{prä}$ ermittelt. Zur Berechnung der ES der Unterschiede zwischen der vorliegenden und

Personen-ID 00110160M007	Fallnummer 00110160M007	Aufnahme am: 02.03.2017 Berichtdatum: 03.03.2017 Geschlecht: männlich Geburtsdatum: 11.01.1960
Heinz Mustermann Rehastraße 4 38678 Clausthal-Zellerfeld		IQ/S Lizenz Rehazentrum Oberharz

Ausdruck erstellt am 27. Oktober 2017



Mittelwert auf einer Skala von 0=keine Beeinträchtigung bis 4=maximale Beeinträchtigung
 Die mit einem * markierten Skalen sind umgepolt, so dass unter dem Cut-off-Wert immer die unauffälligen Werte liegen und darüber die auffälligen.

Stichproben: N = 5.125 Patienten der primärärztlichen Versorgung (806 Hausarztpraxen)
 Erhebungszeitpunkte: 12-Monats Follow-up
 Quellen: DETECT-Studie/UKE (Stand: 27.08.2008)

	SOM	DEP	PHO	PSB	WOHL*	INT	SELB*	A&P	SOZU*	SOZB
Cut-off	0,987	0,660	0,255	0,685	1,821	1,000	1,364	1,136	1,499	1,368
MW	0,87	0,37	0,21	0,52	1,25	0,61	0,91	0,85	1,34	1,13
SD	0,74	0,59	0,47	0,52	0,85	0,70	0,83	0,80	1,03	0,77
RCI	0,668	0,373	0,321	0,317	0,628	0,497	0,588	0,674	1,021	0,973

Abb. 1. Beispielprofil Health-49 bei Aufnahme (A); Screenshot eines fiktiven Patienten, wie er in der Dokumentation für das behandelnde Team zur Verfügung steht.

Tab. 2. Stichprobencharakteristika; Messzeitpunkt Aufnahme.

	RAP Gesamt n_{max} = 9.608
Geschlecht: weiblich (%)	49,1
Alter (in Jahren; MW/SD)	47,9/9,1
Familienstand (%)	
ledig	17,9
verheiratet	55,2
getrennt lebend	6,1
geschieden	16,3
verwitwet	4,5
Schulabschluss (%)	
Ohne Abschluss	3,4
Hauptschule	39,6
Realschule	39,4
Abitur/Fachabitur	17,3
Noch kein Abschluss	0,3
Berufsabschluss (%)	
Ohne Berufsabschluss	15,9
Lehre	54,2
Fachschule	12,7
Fachhochschule/Universität	6,9
Sonstiges	9,1
Noch kein Abschluss	1,1
Letzte berufliche Stellung (%)	
Arbeiter	57,3
Angestellte/Beamte	38,1
Selbstständige	2,5
Nie erwerbstätig gewesen/in Ausbildung	2,1
Monatliches Nettoeinkommen (Anteile in %)	
unter 1.000 €	30,5
1.000 – 1.999 €	42,6
2.000 – 2.999 €	21,1
3.000 – 3.999 €	4,3
4.000 € und mehr	1,5
Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen: ja (%)	20,5
Arbeitsunfähigkeit direkt vor Aufnahme (%)	48,1
Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme (M/SD Tage; %)	12,2/17,8
keine	58,7
bis 12 Wochen	7,4
bis 24 Wochen	11,7
über 24 Wochen	22,2
Behandlungsdauer (in Tagen; M/SD)	33,2/6,9

externen Stichproben (HEALTH-49) wurde die Formel $ES = M_{RAP} - M_{extern} / (SD_{RAP} + SD_{extern})^2$ verwendet. Zur Bewertung der Effektstärken wurde die Taxonomie von Cohen [57] herangezogen, nach der eine $ES \geq 0,20$ als klein, $ES \geq 0,50$ als mittelgroß und $ES \geq 0,80$ als groß interpretiert wird.

Durchführung

Das RAP wurde in zwei psychosomatischen Fachkliniken der DRV Braunschweig-Hannover eingeführt und erprobt. Die Patienten füllten die Fragebögen im Gruppensetting in zwei aufeinanderfolgenden Terminen kurz nach Aufnahme und kurz vor Entlassung am PC aus. Für Rück- oder Verständnisfragen war eine Fachkraft anwesend. Die Durchführungszeit für das gesamte RAP betrug ca. 120 Minuten. Die Daten wurden auf dem Zentralrechner der beiden Kliniken gespeichert und die Ergebnisse über ein Software-Programm an die behandelnden Therapeuten als Teil der elektronischen Krankenakte rückgemeldet. Sie können so direkt in die Behandlungsplanung oder in die Entlassberichte einbezogen werden. Abbildung 1 zeigt einen Beispielausdruck der Rückmeldung an die behandelnden Ärzte/ Psychologen für den HEALTH-49.

Ergebnisse

An der etwa 4-jährigen Pilotphase beteiligten sich bei Aufnahme in die Kliniken $n = 9.608$ stationäre Rehabilitanden, maximal $n = 8.805$ (91,6%) hatten die Fragebögen vor Entlassung bearbeitet. Eine Übersicht über Merkmale der Stichprobe gibt Tabelle 2. Sie ist typisch für eine psychosomatische Klinik, in der hauptsächlich (ca. 90%) Rehabilitanden einer regionalen (Arbeiter-)Rentenversicherung behandelt werden: Vergleichsweise hoher Männeranteil (52%), niedriger Schulabschluss (40% Hauptschule), hoher Anteil „einfacher“ beruflicher Sozialisation (54% Lehre, 57% Arbeiter) und eher niedriges Einkommen (72% unter 2.000 € netto). Bei ca. 20% der Rehabilitanden steht ein Rentenbegehren im Hintergrund, knapp die Hälfte ist bei Aufnahme arbeitsunfähig, 33% mehr als 12 Wochen vor der Reha. Die mittlere stationäre Behandlungsdauer liegt bei $M = 33,2$ ($SD = 6,9$) Tagen.

Der „durchschnittliche Eingangsbebefund“ kann durch folgende Merkmale beschrieben werden (Tab. 3). Jeweils ca. 45% der Rehabilitanden wurden einer F3- oder F4-Diagnose zugeordnet, die erste Nebendiagnose war in über 60% eine somatische Diagnose. Im Durchschnitt wurden 3,8 Dia-

Tab. 3. Krankheitsspezifische Merkmale bei Aufnahme.

	RAP Gesamt n_{max} = 9.608
Hauptdiagnosegruppe (ICD-10, in %)	
Affektive Störungen (F3)	44,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	47,3
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	3,7
Persönlichkeitsstörungen (F6)	0,6
Somatische Diagnosen (A – E, G – Z)	3,3
1. Nebendiagnosegruppe (ICD-10, in %)	
Affektive Störungen (F3)	6,4
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	15,4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	2,6
Persönlichkeitsstörungen (F6)	2,3
... andere F-Diagnosen	5,0
Somatische Diagnosen (A – E, G – Z)	62,3
Keine ND	6,0
Anzahl der Diagnosen (M)	3,8
Psychotherapeutische Vorbehandlungen (%)	
Ambulant	53,1
Stationär	27,3
BDI (M/SD)	22,9/12,4
BDI > 20 und ≤ 28 (mittelschwere Depression, %)	23,4
BDI > 28 (schwere Depression, %)	32,7
ISR-Gesamtskala (M/SD)	1,57/0,8
ISR > 0,9 bis ≤ 1,7 (mittelschwere Symptombelastung, %)	35,2
ISR > 1,7 (schwere Symptombelastung, %)	41,8
SIBAR-Skalenwert (MW/SD)	5,16/5,03
Anteil auffälliger Rehabilitanden (SIBAR ≥ 8) in %	28,1
Würzburger Screening (Skala WS-SE; subjektive Erwerbsprognose)	1,48/1,43
Anteil auffälliger Rehabilitanden (WS-SE ≥ 2)	26,3
Fremdbeurteilung Psychotherapeuten	
GAF Global Assessment of Functioning (M/SD)	62,8/13,6
Werte < 50 („ernsthafte Beeinträchtigung“, %)	16,4
Werte < 60 („mäßig ausgeprägte Störung“, %)	43,4
GARF Globales Funktionsniveau von Beziehungen	70,8/16,0
Werte < 60 („unbefriedigende Beziehungen überwiegen“, %)	21,9
Werte > 80 („Beziehungen funktionieren zufriedenstellend“, %)	29,8

gnosen gestellt, was als Hinweis auf eine in der Regel bestehende Multimorbidität gesehen werden kann. Über die Hälfte der Rehabilitanden hatte eine ambulante, ein starkes Viertel eine stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Vorbehandlung. 23% der Rehabilitanden wiesen zu Beginn der Reha BDI-Werte zwischen 20 und 28 auf (mittelschwere Depression), ein weiteres Drittel hatte Werte > 28 (schwere Depression).

Etwa 42% der Rehabilitanden zeigten, gemessen mit der ISR-Gesamtskala [42], zu Beginn der Rehabilitation eine schwere Symptombelastung (ISR-Gesamtwerte < 1,7), weitere 35% hatten Werte zwischen 0,9 und 1,7, was eine mittlere Symptombelastung anzeigt. In der Stichprobe waren je nach Instrument zwischen 26,3% (SE-Werte des Würzburger Screening ≥ 2; [34]) und 27,3% (SIBAR ≥ 8; [35]) der Rehabilitanden zu Beginn der Reha sozialmedizinisch besonders auffällig. Die Fremdbeurteilung der in der Klinik behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten war etwas moderater: Der GAF-Mittelwert lag bei 62,8, etwa 16% der Rehabilitanden wurde eine „ernsthafte Beeinträchtigung“ (GAF < 50) und etwa 43% eine „mäßig ausgeprägte Störung“ (GAF < 60) zugeschrieben. Beziehungen schätzen die behandelnden Therapeuten bei ca. jedem 5. Rehabilitanden so ein, dass „unbefriedigende Beziehungen“ überwiegen, nur bei etwa 3 von 10 wurde vermutet, dass Beziehungen im Allgemeinen „zufriedenstellend funktionieren“.

Abbildung 2 zeigt die Mittelwerte der Skalen der Hamburger Module (HEALTH-49 [40, 41]), die auf deutliche Belastungen der untersuchten Rehabilitanden bei Aufnahme hindeuten. Im Vergleich zu Patienten der primärärztlichen Versorgung (n = 5.125) liegen die Abweichungen im Effektstärkebereich zwischen ES = 0,29 (soziale Unterstützung) und ES = 1,73 (Wohlbefinden; durchschnittlich über alle 10 Skalen: ES = 1,32). Demgegenüber ist die Stichprobe gegenüber der aus 12 anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken (n = 1.523) weitgehend vergleichbar.

Abbildung 3 zeigt Inanspruchnahme und Bewertung einzelner in den beiden Kliniken angebotener Behandlungsmaßnahmen. Bei der Inanspruchnahme stehen Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Entspannungs- und Sporttherapie im Vordergrund. Diese werden von jeweils über 90% der Rehabilitanden in Anspruch genommen. Jeweils etwa zwei Drittel nehmen darüber hinaus an Kreativ- und Gestaltungstherapien und physikalischen Anwendungen teil. Bei den Vorträgen, Seminaren und Schulungen dominieren bei der Inanspruchnahme solche zu spezifischen Krankheitsbildern oder zu Stress und Stressbewältigung (jeweils ca.

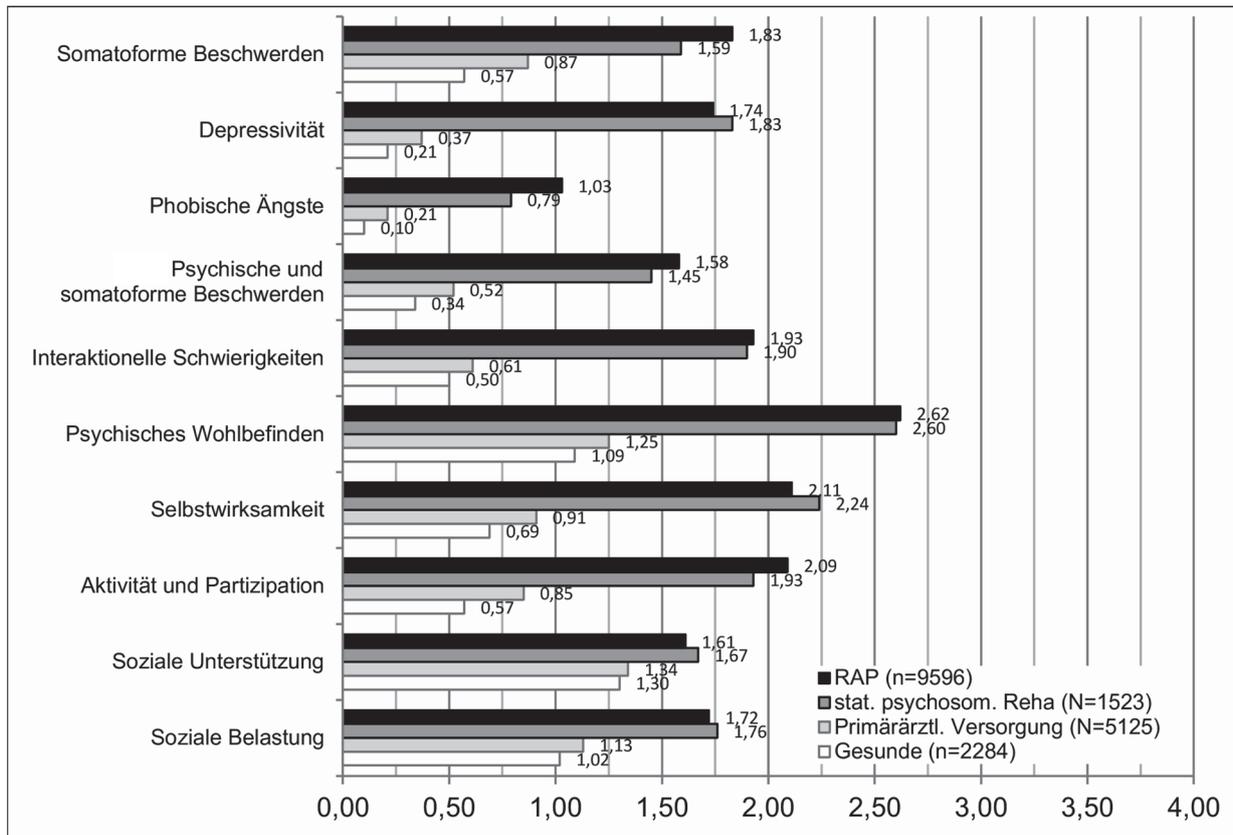


Abb. 2. Mittelwerte der Health-49-Skalen bei Aufnahme (A) im Vergleich mit Kennwerten einer Stichprobe aus der stationären Psychosomatischen Rehabilitation sowie der DETECT-Studie „Gesunde“ [1, 2]. Skalierung: 0 = nicht ... 4 = hoch beeinträchtigt.

73%). Bei der Bewertung der Maßnahmen liegen physikalische Anwendungen, Sport- und Bewegungstherapie sowie Krankengymnastik mit über 80% positiven Angaben vorne. Die Einzeltherapie liegt mit ca. 70% etwas darunter, deutlich schlechter werden die gruppenpsychotherapeutischen Angebote von den Rehabilitanden bewertet.

Veränderungen der psychometrischen Skalen zwischen Aufnahme und Entlassung (indirekte Veränderungsmessung [58]) sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Die höchsten Effektstärken konnten für die HEALTH-49-Skala Psychisches Wohlbefinden ($ES = 1,06$), die Skala GB10 Gesundheitliches Befinden ($ES = 0,98$) und den BDI II ($ES = 0,85$) beobachtet werden. Hierbei lagen die indikationsspezifischen ES zum Beispiel für Patienten mit Depressions- oder Angstdiagnosen in den symptombezogenen Skalen (z.B. HEALTH Depressivität, BDI II, HEALTH Phobische Angst) jeweils um etwa $ES = 0,15 - 0,30$ höher als für die Gesamtgruppe. Erwartungsgemäß zeigen sich bei den HEALTH-Skalen

Soziale Unterstützung (SOZU) und Soziale Belastung (SOZB) kaum Veränderungen.

In den direkten Veränderungseinschätzungen [58] der Skala BESS [47] bezeichnen sich je nach Einzelkriterium ca. 60 – 75% der Patienten bei Behandlungsende als gebessert. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse für die 5 BESS-Kriterien. Der Skalenmittelwert liegt bei $M = 19,03$ ($SD = 4,35$) und ist damit vergleichbar mit anderen Stichproben der psychosomatischen Rehabilitation [47].

Bezüglich Nutzenbewertung geben ca. 70% der Patienten zum Entlassungszeitpunkt an, dass die Behandlung ihnen sehr viel (großer Nutzen) oder einiges (deutlicher Nutzen) gebracht hat. Die Gesamtbeurteilung der Rehabilitationsmaßnahme (Beurteilung von 0 bis 10) ist dabei überwiegend positiv ($M = 6,78$; $SD = 2,21$). Die mit dem ZUF-8 [45] ermittelte subjektive Patientenzufriedenheit lag bei einem Skalenmittelwert von $M = 23,9$ ($SD = 4,86$). Er ist vergleichbar mit dem einer indikationsübergreifenden Re-

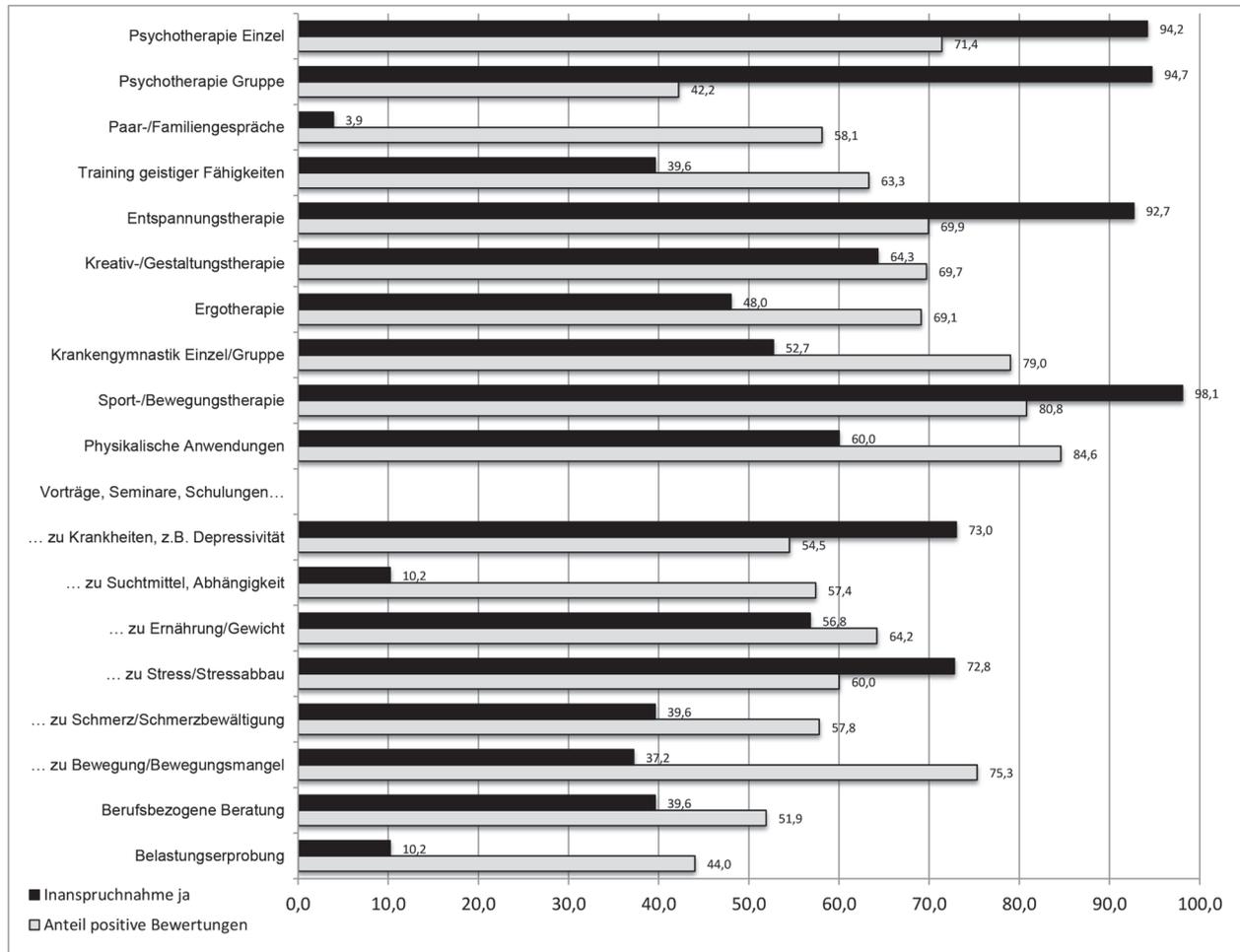


Abb. 3. Stationäre Behandlungsmaßnahmen, Inanspruchnahme (Anteil teilnehmende Rehabilitanden in %) und Bewertung (Anteil positiver Bewertungen in %); Selbstangaben der Rehabilitanden zum Zeitpunkt Entlassung, $n_{\max} = 8.805$.

Tab. 4. Veränderungen in psychometrischen Skalen (Health-49, BDI II, ISR, ICF-AT-40 und GB10).

Skalen	n	Aufnahme (A)		Entlassung (E)		t-Test		ES
		M	SD	M	SD	t	p	
HEALTH-SOM Somatoforme Beschwerden	8.927	1,82	1,00	1,30	1,02	57,73	0,000	0,52
HEALTH-DEP Depressivität	8.927	1,65	1,05	0,96	1,03	72,24	0,000	0,66
HEALTH-PHO Phobische Angst	8.927	0,99	1,08	0,61	0,93	44,94	0,000	0,35
HEALTH-PSB Psychosom. Beschwerden	8.927	1,51	0,89	0,96	0,92	69,70	0,000	0,62
HEALTH-WOHL Psych. Wohlbefinden	8.927	2,63	0,80	1,78	0,94	86,89	0,000	1,06
HEALTH-INT Interaktionelle Schwierigkeiten	8.927	1,94	1,00	1,33	1,04	58,58	0,000	0,61
HEALTH-SELB Selbstwirksamkeit	8.927	2,11	0,94	1,62	0,83	48,89	0,000	0,52
HEALTH-AP Aktivität und Partizipation	8.927	2,01	0,85	1,64	0,95	38,73	0,000	0,44
HEALTH-SOZU Soziale Unterstützung	8.927	1,61	0,83	1,54	0,83	9,75	0,000	0,08
HEALTH-SOZB Soziale Belastung	8.927	1,71	0,75	1,64	0,78	10,93	0,000	0,09
BDI II Depression	8.771	22,89	12,33	12,44	12,67	94,53	0,000	0,85
ISR-Gesamtscore	8.877	1,56	0,80	1,25	0,86	51,83	0,000	0,39
ICF-AT-50 Beeinträchtigungsindex	8.857	1,23	0,76	1,04	0,84	38,06	0,000	0,25
GB10 Gesundheitliches Befinden	8.805	29,18	9,60	38,54	11,39	99,98	0,000	0,98

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße; t-Test für abhängige Stichproben; t = Prüfgröße; p = Signifikanz; ES = $M_A - M_E / SD_A$.

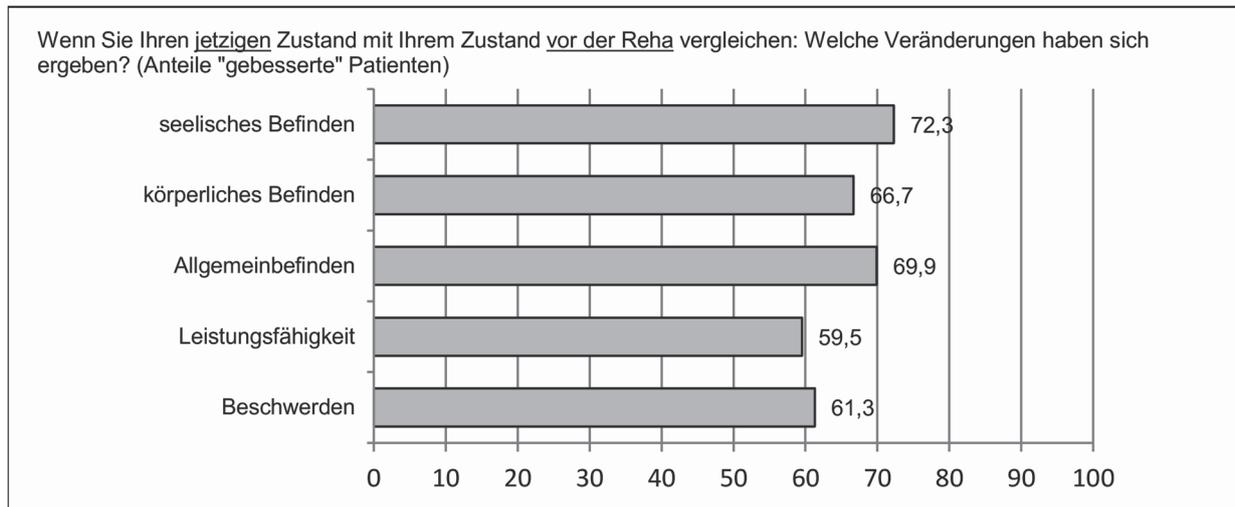


Abb. 4. Direkte Veränderungseinstufungen, Skala BESS.

ferenzstichprobe stationärer Rehabilitanden ($M = 24,5$; $N = 53.177$ [46]) und liegt etwas über dem indikationsspezifischen Referenzwert (Psychosomatik: $M = 23,5$; $N = 15.702$; ebenda). So waren ca. 85% zufrieden mit der Qualität der Behandlung, mehr als 80% würden die Klinik einem Freund oder einer Freundin weiterempfehlen, jeweils 75 und 80% waren zufrieden mit dem Ausmaß an Hilfe, die sie erhalten haben, oder sind der Meinung, dass ihnen die Behandlung geholfen hat, mit Problemen besser umzugehen, und würden in ähnlicher Situation wieder in die Klinik kommen.

In ersten differenziellen Analysen wurde untersucht, inwieweit eine sozialmedizinische Auffälligkeit ($SIBAR \geq 8$) mit psychischen Beeinträchtigungen einhergeht. So zeigte sich, dass Patienten mit erhöhten SIBAR-Werten auch deutlich höhere Werte in den klinischen Skalen aufwiesen als nicht sozialmedizinisch auffällige [59]. Die Befunde sprechen für eine stärkere Schwerpunktsetzung auf psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen bei MBOR-Maßnahmen, sowohl in der psychosomatischen als auch der somatischen Rehabilitation. Auf der Grundlage des RAP-Datensatzes wurden darüber hinaus auch erste testmethodische Überprüfungen eines der eingesetzten Instrumente ermöglicht [44].

Diskussion

Vorgelegt wurden die Entwicklung und Implementierung sowie Ergebnisse eines neuen Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation. Das Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) ist therapieschulenübergreifend sowie ICF- und MBOR-orientiert und basiert auf lizenzfreien und psychometrisch untersuchten Instrumenten (Ausnahme BDI).

Eine PC-basierte Form wurde in Form einer Vollerhebung erfolgreich in zwei Fachkliniken der DRV Braunschweig-Hannover an etwa 10.000 Patienten erprobt. Die Stichprobe weist typische Merkmale von Versicherten einer regionalen Rentenversicherung auf (z.B. höherer Männeranteil, geringerer Bildungsstand, überwiegend Arbeiter/Facharbeiter). Diagnostisch handelte es sich überwiegend (ca. 90%) um Patienten mit affektiven (F3.x) sowie mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4.x). Der Anteil von Patienten mit einem $BDI > 20$, entsprechend einer „mittelschweren Depression“ [26], lag bei über 50%, etwa ein Drittel zeigte Anzeichen einer „schweren“ Depression ($BDI > 28$). Ebenso waren deutliche Abweichungen gegenüber der Normierungsstichprobe in den Skalen des HEALTH-49 [40, 41] zu beobachten, ähnlich anderer Inanspruchnahmepopulationen in der Psychosomatik/der psychosomatischen Rehabilitation. Auch im ICD-Symptom-Rating ISR [42] wiesen über 40% eine „schwere“ Symptombelastung ($ISR\text{-Gesamt} > 1,7$)

auf. Bedeutend war auch die hohe sozialmedizinische Auffälligkeit, vor allem da sie auch eng mit der psychischen Belastung bzw. Beeinträchtigung korrespondiert [59]. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen dominierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, wobei die Einzelbehandlung deutlich besser bewertet wurde. Darüber hinaus spielten Kreativ-, Entspannungs- und Sport-/Bewegungstherapien eine wichtige Rolle. Außerdem wurde ein umfangreiches Angebot an Schulungen genutzt. Bei den kurzfristigen Behandlungsergebnissen auf der Basis von „Patient-Reported Outcomes“ (PROs [53]) konnten auf der Basis der indirekten Veränderungsmessung je nach Skala meist mittlere bis hohe Effektstärken erzielt werden. Diese waren besonders hoch für symptomspezifische Skalen bei entsprechender Diagnose, zum Beispiel Depressionsskala bei Patienten mit Depressionsdiagnose. Auf der Grundlage von direkten Veränderungseinschätzungen bezeichneten sich je nach Kriterium 60 – 75% als gebessert. Insgesamt war die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden zufrieden mit der Behandlung und dem Behandlungsergebnis, der Nutzen der Rehabilitation wurde von ca. 70% der Rehabilitanden als „deutlich“ oder „groß“ eingestuft. Diese Ergebnisse korrespondieren mit einer Vielzahl anderer Studien in der psychosomatischen Rehabilitation, die unter anderem in einer Metaanalyse [60] zusammengefasst sind.

Insgesamt wurde das System von den Patienten gut angenommen, durch die Dateneingabe per PC gab es systembedingt kaum Missing Data. Unmittelbar nach der Eingabe erfolgt deren automatisierte Auswertung, die sowohl für die individuelle Therapieplanung als auch zur Ergebnismessung (z.B. Einbindung von Testergebnissen in den Entlassungsbericht) genutzt werden kann. Wie die bisherigen Erfahrungen in beiden Fachkliniken zeigen, wird das RAP von den Therapeuten positiv bewertet und als schnell verfügbare, zeitsparende Informationsquelle genutzt.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wird das System inhaltlich und EDV-technisch weiter optimiert. Dabei werden insbesondere folgende Themen im Vordergrund stehen:

- Kürzung/Straffung von Inhalten: RAP weist in der gegenwärtigen Version noch einige Redundanzen auf, zum Beispiel hinsichtlich unterschiedlicher Depressionskennwerte (aus ISR, HEALTH-49 und BDI II).
- Vollständige Basierung auf lizenzfreie Verfahren: Der in der Pilotphase eingesetzte lizenzierte und kostenpflichtige BDI II soll in einer künftigen Version durch ein lizenzfreies Instrument (z.B. PHQ-9) ersetzt werden.
- Optimierung und gegebenenfalls Erweiterung des RAP hinsichtlich eines stärker störungsbezogenen Assessments (z.B. durch entsprechende Module für Angststörungen, somatoforme bzw. körperliche Beschwerden, Ess-Störungen und Abhängigkeitsprobleme).
- Erweiterung um ein Katamnese-Modul (1 Jahr nach Entlassung) zum optionalen bzw. zeitlich befristeten Einsatz und zur Abbildung der längerfristigen Ergebnisqualität integriert; eine entsprechende Entwicklung wird derzeit erprobt.

Längerfristiges Ziel ist, das System in einer großen Anzahl psychosomatischer Rehabilitationskliniken zu implementieren und damit auch für ein klinikübergreifendes Benchmarking zur Verfügung zu stellen. Mit der Einbindung von punktuellen Katamnesen werden darüber hinaus auch Daten zu Effekten bzw. Outcomes über den Entlassungszeitpunkt hinaus zur Verfügung stehen.

Interessenkonflikte

Die Entwicklung der Routine-Dokumentation Psychosomatik wurde von der DRV Braunschweig-Hannover finanziell gefördert. Die GfQG ist Auftragnehmer. Axel Kobelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Markus Bassler ist Chefarzt Psychosomatik des Rehasentrums Oberharz, einer Einrichtung der DRV Braunschweig-Hannover.

Literatur

- [1] Zielke M. Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg). Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz; 1994. p. 995-1107.

- [2] *Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F.* Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen.* 1992; 54: 70-80.
- [3] *Nübling R, Schmidt J.* Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In: *Laireiter A-R, Vogel H* (Hrsg). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch.* Tübingen: dgvt-Verlag; 1998. p. 335-353.
- [4] *Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, von Rad M, Schors R.* DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1993; 43: 214-223.
- [5] *Heuft G.* Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1998.
- [6] *Heymann von F, Zaudig M, Tritt K.* Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation.* 2003; 62: 209.
- [7] *Mestel R, Vogler J, Klingelhöfer J.* Rückmeldung der testpsychologisch ermittelten Ergebnisqualität in der stationären Psychosomatik. In: *Bassler M* (Hrsg). *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag; 2001. p. 147-167.
- [8] *Mestel R.* Psychometrische, klassifikatorische Diagnostik und Dokumentation. In: *Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, et al* (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik.* München: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften; 2015. p. 349-357.
- [9] *Göner S, Bischoff C.* Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik- und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg).* 2006; 45: 282-288.
- [10] *Laireiter A-R.* PSYCHO-DOK allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie; Manual und Glossar. Tübingen: Dgvt-Verlag; 1998.
- [11] *Schmidt J, Schmid-Ott G, Nübling R.* Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In: *Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, et al* (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik.* München: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften; 2015.
- [12] *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).* Glossar für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX: (Stand: 04.06.2009). Frankfurt am Main; 2009.
- [13] *Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M.* Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Vorschläge zur Standardisierung. *Z Klin Psychol.* 1996; 25: 161-168.
- [14] *Strauss B, Brähler E.* Auswahl von Fragebögen zur Ergebnisqualitätssicherung und Verlaufskontrolle. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010; 60: 412-413.
- [15] *Heider J, Zaby A.* Psychotherapieevaluation: Empfehlungen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten. *PiD – Psychother Dialog.* 2012; 13: 60-64.
- [16] *Dührssen A, Bodenstein D, Holitzner WV, Horstkotte G, Kettler AR, Lieberz K, Rudolf G, Sandweg R, Stille D, Wägerer M.* Das Berliner Dokumentationssystem für Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal.* 1980; 26: 119-157.
- [17] *Zimmer B, Moessner M.* Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AK-QUASI. *PiD – Psychother Dialog.* 2012; 13: 68-72.
- [18] *Stapel M.* „Webbasiertes Screening-Verfahren“ – computergestützte Routinediagnostik in den trägereigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. *RV Aktuell.* 2013; 60: 38-45.
- [19] *Löwe B, Rose M, Wahl I, Andreas S, Dinkel A, Forkmann T, Franke G, Huber D, Rabung S, Sattel H.* Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2011; 61: 334-336.
- [20] *Glaesmer H, Forkmann T, Dinkel A, Wahl I, Sattel H, Huber D, Spangenberg L, Rabung S, Andreas S, Tritt K, Franke GH, Rose M, Löwe B.* Kriterienkatalog zur Beurteilung psychodiagnostischer Selbstbeurteilungsinstrumente – Empfehlung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2015; 65: 246-254.
- [21] *Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C, Lyssenko L* (Hrsg). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation.* Göttingen: Hogrefe; 2008.
- [22] *Brähler E, Schumacher J, Strauß B.* Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 2003.
- [23] *Geue K, Strauß B.* Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2016.
- [24] *Franke GH, Derogatis LR.* SCL-90-R: Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test; 2002.
- [25] *Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP.* HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale. Manual. Bern: Huber; 2011.
- [26] *Hautzinger M, Keller F, Kühner C, Beck AT.* Beck Depressions-Inventar: BDI II. Frankfurt am Main: Pearson Assessment; 2009.
- [27] *Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W.* PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Kompletversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“. Heidelberg; 2002. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf.
- [28] *Schäfer S.* Lizenzfreie Testverfahren. *Psychotherapie Aktuell.* 2010; 2: 12-16.
- [29] *Schulte D.* Freie Tests für die Psychotherapie – nützlich und lohnend. *Psychotherapie Aktuell.* 2011; 3: 37-40.
- [30] *Heintz S, Wunder N.* Mit der Lizenz zum Testen. *PiD – Psychother Dialog.* 2012; 13: 81-85.
- [31] *Nosper M.* ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. *DRV Schriften.* 2008; 77.

- [32] *Streibel M, Buschmann-Steinhage R.* Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation (Stuttg).* 2011; 50: 160-167.
- [33] *Bürger W, Nübling R unter Mitarbeit von Anton E, Franzkoch C, et al.* Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung – FieZ. Handbuch für Rehabilitationseinrichtungen. Speyer: DRV Rheinland-Pfalz; 2015.
- [34] *Löffler S, Wolf HD, Gerlich C, Vogel H.* Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen: Abschlussbericht. Würzburg; 2007. <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=0DDF2D93D315CDA1C12574560047DFB9>.
- [35] *Bürger W, Deck R.* SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg).* 2009; 48: 211-221.
- [36] *Fiedler R.* Diagnostik von Arbeitsmotivation bei Rehabilitationspatienten: Konzeptualisierung, Operationalisierung, Strukturanalyse und Kreuzvalidierung neuer Skalen (DIAMO: Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation). Münster: Dissertation; 2006.
- [37] *Ranft A, Fiedler R, Greitemann B, Heuft G.* Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO). *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009; 59: 21-30.
- [38] *Schmidt J, Steffanowski A, Nübling R, et al.* Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer; 2003.
- [39] *Mittag O, Kohlmann T, Meyer T, Meyer-Moock S, Meffert C, Farin E, Gerdes N, Pohontsch N, Moock J, Jelitte M, Löschmann C, Bitzer EM, Raspe H.* Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg).* 2013; 52: 119-125.
- [40] *Rabung S, Harfst T, Koch U, Wittchen H-U, Schulz H.* „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstrumentes zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Phys Rehab Kur Med.* 2007; 17: 133-140.
- [41] *Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen HU, Schulz H.* Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Z Psychosom Med Psychother.* 2009; 55: 162-179.
- [42] *Tritt K.* ICD-10-Symptom-Rating (ISR) – Das Handbuch zum Fragebogen. München: neobooks Self-Publishing; 2015.
- [43] *Bassler M, Potratz B, Krauthauser H.* Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut.* 1995; 40: 23-32.
- [44] *Nübling R, Kraft M, Henn J, et al.* Psychometrische Überprüfung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) in unterschiedlichen Versorgungssettings. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2017; 67: 465-476.
- [45] *Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW.* Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1989; 39: 248-255.
- [46] *Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, et al.* Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. *Z Med Psychol.* 2008; 17: 67-79.
- [47] *Schmidt J, Nübling R, Kriz D, et al.* Die Kurzskaala BESS zur direkten Veränderungsmessung des gesundheitlichen Befindens – Psychometrische Überprüfungen im Rehabilitationsbereich. *Karlsruhe: GfQG-Schriften Nr. 1; 2017.* <http://www.gfqg.de/publikationen/publikationen-2016-2020.html> (15.11.2017).
- [48] *Schmidt J, Kaiser U, Kriz D, Nübling R.* Psychische Komorbidität bei stationären Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten – Korrelate und Verlauf. *Prävention und Rehabilitation.* 2017; 28: 85-101.
- [49] *Sass H.* Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychologischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003.
- [50] *Stasch M, Cierpka M.* Beziehungsdiagnostik mit der GARF-Skala. Ein Plädoyer für die interpersonelle Perspektive nicht nur in der Mehr-Personen-Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie.* 2006; 11: 56-63.
- [51] *Nübling R, Hafen K, Jastrebow J, et al.* Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer; 2004.
- [52] *Nübling R, Kaluscha R, Holstiege J, et al.* Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation.* 2015; 27: 77-94.
- [53] *Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E.* Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. *Rehabilitation (Stuttg).* 2017; 56: 22-30.
- [54] *Nübling R, Schmidt J, Wittmann WW.* Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1999; 49: 343-353.
- [55] *Schmidt J, Kaiser U, Kriz D, Nübling R.* Die Davoser Outcome-Studie (DOS) – Ergebnisse stationärer pneumologischer und dermatologischer Heilbehandlungen im Spiegel wiederholter Nacherhebungen. *Prävention und Rehabilitation.* 2014; 26: 119-140.
- [56] *Schmidt J, Nübling R, Wittmann WW.* Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach einem Jahr.: Patientenperspektive in 5 Programmevaluationsstudien mit 2098 Patienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.* 2000; 52: 32-47.

- [57] *Cohen J.* A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112: 155-159.
- [58] *Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J.* Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.* 2004; 65: 35-44.
- [59] *Nübling R, Schmidt J, Kriz D, Kobelt A, Bassler M.* Sozialmedizinisch auffällige Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg). Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung.* Berlin: DRV Bund; 2017. p. 439-441.
- [60] *Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, et al.* Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie. Bern: Huber; 2007.



Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling
GfQG – Gesellschaft für Qualität im
Gesundheitswesen
Wendtstraße 1
76185 Karlsruhe
nuebling@gfqg.de