



 **Universität Trier**

**„Zur Effektivität eines optimierten individuellen
Nachsorgeprogramms bei Patienten mit
psychosomatischen Störungen nach der
stationären Rehabilitation“**

Dipl.-Psych. Anne Reiser

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Naturwissenschaften
der Universität Trier

Gutachter und Betreuer:
Prof. Dr. Hartmut Schächinger
Prof. Dr. Heinz Rüdell

Dissertationsort: Trier

Tag der mündlichen Prüfung: 18.02.2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
1. Hintergrund	7
1.1 Zielsetzung der Arbeit.....	7
1.2 Übersicht über die Arbeit	9
2. Theoretische Grundlagen.....	12
2.1 Stationäre psychosomatische Rehabilitation	12
2.1.1 Der Rehabilitationsbegriff im Wandel.....	13
2.1.2 Begriffliche Ein- und Abgrenzung.....	16
2.1.3 Zur Effektivität und Effizienz stationärer psychosomatischer Rehabilitation	17
2.2 Das Konzept „Nachsorge“.....	21
2.2.1 Notwendigkeit von Nachsorgeprogrammen	21
2.2.2 Individuelle Nachsorge im persönlichen Kontakt.....	23
2.2.3 Individuelle Nachsorge und der Einsatz neuer Medien	26
3. Zielsetzung und Fragestellung.....	31
4. Forschungsmethodik.....	33
4.1 Studienplan und Design	33
4.1.1 Studienpopulation & Teststärkeanalyse.....	33
4.1.2 Erhebungsplan.....	34
4.1.3 Erhebungsinstrumente	35
4.1.4 Statistische Verfahren	37
4.1.5 Technik	37
4.2 Intervention	38
4.2.1 Entwicklung des Nachsorgeangebots.....	38
4.2.2 Ethikkommission und Datenschutz.....	40
4.2.3 Ablauf.....	40
5. Ergebnisse.....	45
5.1 Stichprobenbeschreibung	45
5.1.1 Allgemeine und soziodemographische Daten	46

5.1.2	Klinische Daten	49
5.1.3	Spezifische testdiagnostische Parameter	50
5.1.4	Drop-Out-Analyse	52
5.2	Machbarkeit und Akzeptanz	53
5.2.1	Machbarkeit	53
5.2.2	Akzeptanz	54
5.3	Hypothese 1 – „Kontrollgruppe vs. Nachsorgegruppen“	56
5.3.1	Stichprobe 1	56
5.3.2	Stichprobe 2	58
5.4	Hypothese 2 – „Kontrollgruppe vs. Telefon-Gruppe“	60
5.4.1	Stichprobe 1	60
5.4.2	Stichprobe 2	62
5.5	Hypothese 3 – „Kontrollgruppe vs. Web-Gruppe“	64
5.5.1	Stichprobe 1	64
5.6	Hypothese 4 – „Telefon-Gruppe vs. Web-Gruppe“	67
5.6.1	Stichprobe 1	68
5.6.2	Stichprobe 2	69
6.	Diskussion.....	72
6.1	Diskussion der zentralen Befunde.....	72
6.1.1	Diskussion der methodologischen Grundüberlegungen	72
6.1.2	Diskussion der Ergebnisse	74
6.2	Stärken, Einschränkungen und Implikationen für die Wissenschaft.....	78
6.3	Implikationen und Konsequenzen für die Praxis	81
7.	Zusammenfassung	83
8.	Literaturverzeichnis	85
9.	Anhang	99
	Danksagung.....	158
	Erklärung	159

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Die wichtigsten Unterschiede zwischen ICDH und ICF	14
Tabelle 2. Evaluationsstudien	18
Tabelle 3. Soziodemographische Angaben; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant	48
Tabelle 4. Dauer der Behandlung; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant.....	49
Tabelle 5. Diagnosen ICD-10 Hauptkategorien; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant	49
Tabelle 6. Inhaltliche“ Aufteilung der Diagnosegruppen; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant.....	50
Tabelle 7. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in der ADS zu T1 sowie des RCI.....	50
Tabelle 8. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in den betrachteten HEALTH-Skalen zu T1 sowie des RCI.....	51
Tabelle 9. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in den SF-Summenskalen sowie des RCI	51
Tabelle 10. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1	57
Tabelle 11. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2	59
Tabelle 12. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2	59
Tabelle 13. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1	61
Tabelle 14. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2	63
Tabelle 15. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2	63
Tabelle 16. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1	64
Tabelle 17. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2	66
Tabelle 18. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2	67

Tabelle 19. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1	69
Tabelle 20. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2	70
Tabelle 21. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Aufbau der vorliegenden Arbeit.....	10
Abbildung 2. Das Modell der ICIDH.....	13
Abbildung 3. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	15
Abbildung 4. Schematische Übersicht über die Studie	34
Abbildung 5. Erhebungsinstrumente	35
Abbildung 6. Was/Wann-Pläne	42
Abbildung 7. CATSystem.....	43
Abbildung 8. Erhebungszeitpunkte.....	44
Abbildung 9. Flussdiagramm der Studienteilnehmer	46
Abbildung 10. Berichtetes Ausmaß an Hilfe/Unterstützung durch die angebotene Nachsorge, 3-monats-Katamnese	54
Abbildung 11. Berichtetes Ausmaß an Hilfe/Unterstützung durch die angebotene Nachsorge, 12-monats-Katamnese	54
Abbildung 12. Wahrgenommene Hilfe/Unterstützung aufgeschlüsselt nach Gruppen, 3-monats-Katamnese	55
Abbildung 13. Wahrgenommene Hilfe/Unterstützung aufgeschlüsselt nach Gruppen, 12-monats-Katamnese	55
Abbildung 14. Hypothese 1, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3- monats-Katamnese, Stichprobe 1	57
Abbildung 15. Hypothese 1, grafische Darstellung der Mittelwerte der 12- monats-Katamnese, Stichprobe 2.....	58
Abbildung 16. Hypothese 2, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3- monats-Katamnese, Stichprobe 1	61
Abbildung 17. Hypothese 2, grafische Darstellung der Mittelwerte der 12- monats-Katamnese, Stichprobe 2.....	62
Abbildung 18. Hypothese 3, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3- monats-Katamnese, Stichprobe 1	65
Abbildung 19. Hypothese 3, graphische Darstellung der Mittelwerte der 12- monats-Katamnese, Stichprobe 2.....	66
Abbildung 20. Hypothese 4, graphische Darstellung der Mittelwerte der 3- monats-Katamnese, Stichprobe 1	68
Abbildung 21. Hypothese 4, graphische Darstellung der Mittelwerte der 12- monats-Katamnese, Stichprobe 2.....	70

1. Hintergrund

1.1 Zielsetzung der Arbeit

„Zahl der psychischen Erkrankungen steigt auf Rekordhoch“ - so titelt der Spiegel am 15. Februar 2011 und berichtet in dem dazugehörigen Artikel (El-Sharif, 2011) über die Ergebnisse des DAK Gesundheitsreports 2011 (DAK, 2011), einem jährlichen Bericht zum Krankenstand aller DAK-Versicherten. Demnach machen psychische Erkrankungen im Jahr 2010 gewichtige 12,1 % des Gesamtkrankenstandes aus (eine Steigerung um 12 % im Vergleich zum Vorjahr, bei stagnierendem Gesamtkrankenstand) und stehen somit aktuell an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Zudem ist bei eben diesen Erkrankungen auch eine Verlängerung der durchschnittlichen Krankheitsdauer zu verzeichnen, d.h. bei Betrachtung derjenigen Krankheitsbilder, die längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Folge haben, rücken die psychischen Erkrankungen sogar noch weiter an die Spitze. Diese Zunahme der Bedeutsamkeit psychischer Störungen für die Sozialsysteme schlägt sich aber auch in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung nieder (DRV, 2011) - am 16. Oktober 2011 beruft sich die Süddeutsche Zeitung in ihrem Artikel „Aufhören, weil die Seele leidet“ (Öchsner, 2011) auf deren neueste Zahlen und gibt an, dass psychische Erkrankungen mittlerweile als Hauptgründe für eine vorzeitige Berentung zu nennen sind. Bekamen im Jahr 2009 rund 64.500 Arbeitnehmer erstmals eine Erwerbsminderungsrente aufgrund einer seelischen Störung, erhöhte sich diese Zahl 2010 auf fast 71.000 – Tendenz weiter steigend.

Vor diesem Hintergrund wachsender Relevanz psychischer Störungen für das deutsche Gesundheits- und Rentensystem (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008) gewinnt auch die psychosomatische Rehabilitation immer weiter an Bedeutung. Deren Effektivität und Effizienz kann nach dem derzeitigen Forschungsstand als gesichert gelten (vergl. hierzu u.a. Paar, Rüdell & Grohmann, 2011; Petermann & Koch, 2009; Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Ebenfalls als gesichert gilt zudem, dass sich die gegebene Behandlungseffektivität zusätzlich weiter steigern lässt – unter anderem beispielsweise durch eine Optimierung der Behandlungskonzepte (Watzke et al., 2004; Rüdell, in Druck), eine Verbesserung der körperlichen Fitness (Mussgay, Schmidt,

Morad & Rüdgel, 2006) oder durch eine gezielte Überwindung volitionaler Defizite (Forstmeier & Rüdgel, 2007). Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass sich die während einer stationären Rehabilitation erzielten Therapieeffekte beim Rücktransfer der Patienten in deren Alltag bereits nach relativ kurzer Zeit wieder reduzieren – die von Patienten, Behandlern und Geldgebern gewünschte und angestrebte Nachhaltigkeit der Rehabilitation also häufig nicht gegeben ist (bspw. Deck, Hüppe & Arlt, 2009; Hüppe & Raspe, 2005).

Eine mittlerweile etablierte Möglichkeit, diesem wahrscheinlichen Nachlassen von Rehabilitationserfolgen entgegenzuwirken bzw. Erreichtes zu stabilisieren, sind sogenannte Nachsorgeangebote (wie beispielsweise eine ambulante Richtlinien-therapie, das „Curriculum Hannover“ oder die „IRENA“-Gruppe der Deutschen Rentenversicherung). Allerdings weisen diese „traditionellen“ Angebote einige Besonderheiten auf, aufgrund derer eine nicht unerhebliche Anzahl an Patienten auf diesem Wege nicht oder nur schwer zu erreichen ist und die somit Raum für Verbesserungen bieten. So wird Nachsorge bisher zumeist im persönlichen face-to-face Kontakt realisiert, d.h. es können lediglich jene Patienten weiterbehandelt werden, die wohnortnah einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Therapeuten in Anspruch nehmen können bzw. in der Nähe einer entsprechenden Nachsorgeeinrichtung wohnen, die zudem über die nötige Mobilität verfügen, um diese „Nachsorgeorte“ einmal in der Woche aufzusuchen und die nicht zuletzt in der Lage sind, einen festen Termin über einen längeren Zeitraum hinweg regelmäßig wahrzunehmen. Zusätzlich besteht bei einem oftmals (aufgrund begrenzter Ressourcen) in einem Gruppensetting stattfindenden Nachsorgeangebot durchaus die Schwierigkeit, jedem einzelnen Teilnehmer mit seinen individuellen Problemen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Und schließlich erschwert auch die in Deutschland sehr strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung einen fließenden Übergang zwischen diesen Sektoren (z.B. Korzilius & Osterloh, 2009), da beispielsweise ein Therapeutenwechsel in den meisten Fällen unvermeidlich ist, somit häufig wichtige Informationen verloren gehen oder unterschiedliche Behandlungskonzepte zum Tragen kommen bzw. inhaltlich gänzlich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden können.

Die vorliegende Studie verfolgt daher das Ziel, diese Defizite aufzugreifen, um einige der aufgezeigten Lücken in der Patientenversorgung zu schließen und somit zur einer Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen. Es wird die Effektivität und Nachhaltigkeit eines Nachsorgeprogramms im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation untersucht, welches individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten und durch die Rehabilitationseinrichtung selbst realisiert wird. Dargeboten wird dieses Nachsorgeprogramm in Form der beiden am weitesten verbreiteten „ortsunabhängigen“ Nachsorgevarianten (persönlich-telefonische Nachsorge vs. web-basierte Nachsorge), so dass neben einem Vergleich mit einer Kontrollgruppe (TAU; Treatment As Usual) auch eine direkte Gegenüberstellung dieser beiden Varianten möglich ist.

1.2 Übersicht über die Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in insgesamt sechs Kapitel (vgl. Abbildung 1). Im Anschluss an die Darstellung der Hintergründe dieser Arbeit bzw. der Beweggründe für die Durchführung der hier vorgestellten Studie (Kapitel 1) finden sich die theoretischen Grundlagen und Vorüberlegungen in Kapitel 2. In Kapitel 3 werden Zielsetzung und Fragestellungen der Studie näher dargelegt, worauf in Kapitel 4 ein Überblick über die Methodik folgt. Darauf aufbauend dient Kapitel 5 der Vorstellung der gefundenen Ergebnisse und Kapitel 6 deren kritischer Diskussion, bevor eine Zusammenfassung in Kapitel 7 den Text der Promotionsschrift abschließt.

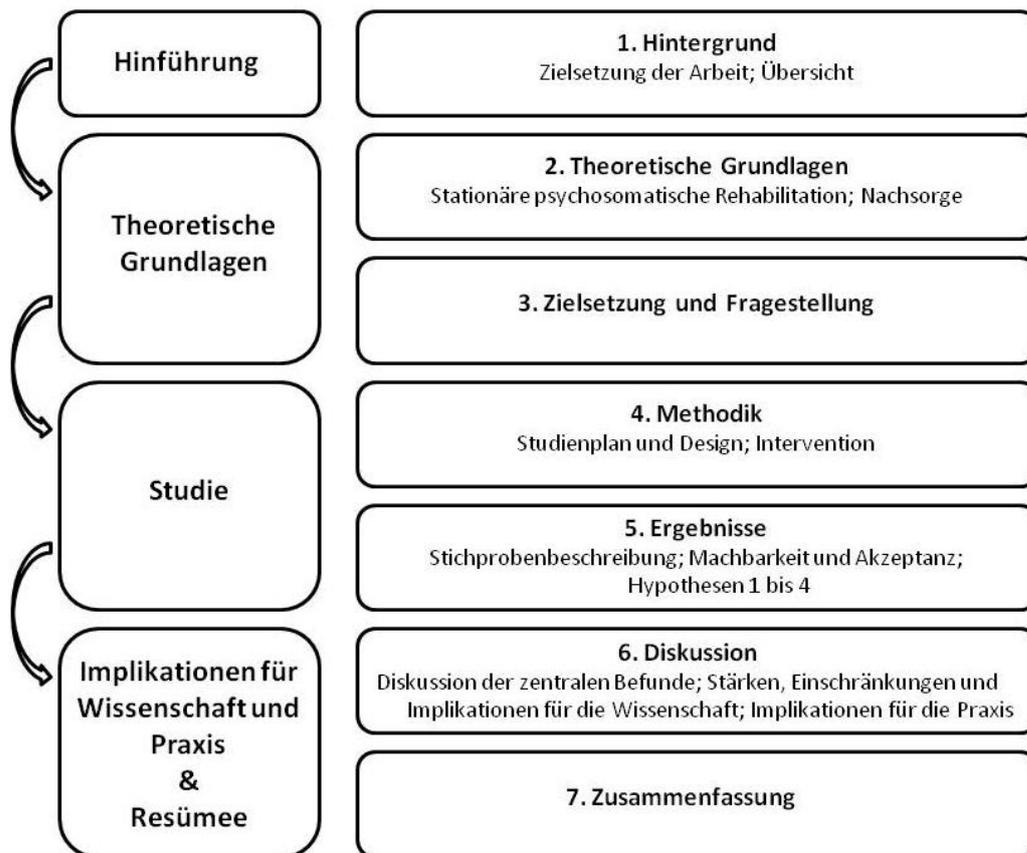


Abbildung 1. Aufbau der vorliegenden Arbeit

Ziel des theoretischen Teils dieser Arbeit (Kapitel 2 und 3) ist es, einen Überblick über die Ausgangsbasis der vorgestellten Studie zu vermitteln. Hierzu gehören sowohl eine Darstellung ausgewählter Fakten zum Konzept der stationären psychosomatischen Rehabilitation (2.1) als auch bzgl. des Konzeptes der Nachsorge (2.2). Zudem sollen Forschungslücken aufgezeigt und die untersuchten Fragestellungen präzisiert werden (Kapitel 3).

Kapitel 4 und 5 stellen den empirischen Teil dieser Arbeit dar. Es erfolgt zunächst eine genauere Darstellung des zu Grunde liegenden Studienplans und Designs (4.1) sowie der verwirklichten Intervention (4.2). Anschließend wird die realisierte Stichprobe genauer beschrieben (5.1) und die Machbarkeit bzw. Akzeptanz des implementierten Nachsorgeprogramms näher beleuchtet (5.2), bevor die Ergebnisse der Überprüfung der aufgestellten Hypothesen (5.3 bis 5.6) berichtet werden.

Eine generelle Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6. Es werden die zentralen Befunde (6.1) sowie die Stärken, Einschränkungen und Implikationen der vorliegenden Arbeit für die Wissenschaft (6.2) kritisch reflektiert und Implikationen sowie Konsequenzen für die Praxis abgeleitet (6.3).

Einen Abschluss findet die Promotionsschrift schließlich in einem zusammenfassenden Resümee (7).

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Stationäre psychosomatische Rehabilitation

„The chronic diseases today constitute the biggest health problem in the developed nations of the world.“ (Graham & Reeder, 1972, S. 63)

Diese Aussage – obwohl aus den frühen siebziger Jahren – hat bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt. Im Gegenteil, die hier von Graham und Reeder angesprochene Tendenz hin zu einem stetig wachsenden Anteil chronischer Erkrankungen (und dazu gehörend auch der Anteil psychischer Störungen) an der Gesamtheit aller Krankheiten in der Bevölkerung setzt sich – wie aktuelle Zahlen beispielsweise der DAK untermauern (DAK, 2011) – bis heute fort und wird sich in den kommenden Jahren aufgrund der weiterhin aktuellen Gründe für diese Entwicklung (wie etwa eine veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung, eine Veränderung der herrschenden Arbeitsbedingungen sowie Fortschritte in der medizinischen Versorgung) wahrscheinlich weiter verstärken (WHO, 2012). Als „chronische Krankheiten“ werden hierbei typischerweise jene Krankheiten bezeichnet, die durch eine geringe Wahrscheinlichkeit vollständiger Heilung und somit durch einen langfristigen und progredienten Verlauf charakterisiert sind, der bei den betroffenen Personen sowohl im privaten als auch im beruflichen Alltag zu steigenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität führt. Die Versorgung solcher chronischer Krankheiten erfolgt in Deutschland durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, deren Ziel „in den meisten Fällen nicht primär die Heilung der (chronischen) Erkrankung, sondern eine bessere Krankheitsbewältigung“ ist (Koch, 1993), d.h. es wird neben einer Wiederherstellung körperlicher Funktionen vor allem auch die Reduktion von Aktivitätseinschränkungen sowie die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fokussiert (BAR, 2008).

2.1.1 Der Rehabilitationsbegriff im Wandel

Der Begriff der Rehabilitation bezeichnet ganz allgemein das Bestreben, einen Menschen wieder in einen vormals existierenden Zustand zu versetzen. Dabei lag dem Rehabilitationsbegriff lange das Krankheitsfolgen- und Behinderungsmodell der Weltgesundheitsorganisation WHO, wie es in der „International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps“ (ICIDH; WHO, 1980 – deutsche Fassung 1995) definiert ist, zugrunde. Im Rahmen dieses Modells wurden erstmals neben der Krankheit selbst (klassifiziert mit Hilfe der ICD – „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“; WHO, 2005) auch die Krankheitsfolgen in den Fokus gerückt (s. Abbildung 2) und gleichzeitig der Versuch unternommen, eine einheitliche Sprache für die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben der Betroffenen zu etablieren.

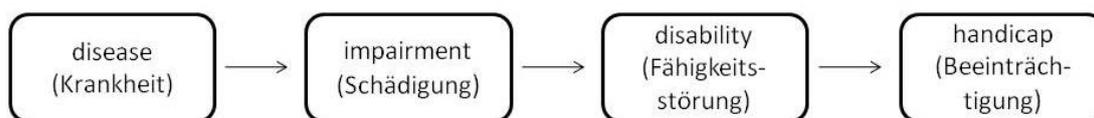


Abbildung 2. Das Modell der ICIDH

Jedoch sind Krankheitsfolgen in der Realität auf eine wesentlich komplexere Art und Weise mit Gesundheitsschäden verknüpft als durch dieses Modell dargestellt. So sind beispielsweise gewisse funktionale und/oder soziale Krankheitsfolgen nicht immer die Konsequenz eines bestimmten Gesundheitsschadens – tatsächlich kann sich dieselbe Krankheit bei zwei Betroffenen durchaus unterschiedlich auswirken. Diesem Umstand und weiteren „Defiziten“ der ICIDH wurde 1997 im Zuge einer Revision durch einen neuen Entwurf (ICIDH-2 – „International Classification of Impairments, Activities, and Participation“) Rechnung getragen, der 2001 als „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF; WHO, 2001) verabschiedet wurde (eine Übersicht über die wichtigsten Unterschiede zwischen ICIDH und ICF gibt Tabelle 1).

Tabelle 1. Die wichtigsten Unterschiede zwischen ICDH und ICF

ICIDH	ICF
kein übergreifendes Grundkonzept	funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
defizitorientiert	ressourcen- & defizitorientiert
Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • soziale Beeinträchtigung 	Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und –strukturen → Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten → Beeinträchtigung der Aktivität (Leistung, Leistungsfähigkeit) • Teilhabe → Beeinträchtigung der Teilhabe
soziale Beeinträchtigung als Eigenschaft einer Person	Teilhabe als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzeptes und werden klassifiziert
persönliche Faktoren werden höchstens implizit berücksichtigt	persönliche Faktoren werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert

Kernbegriff der „neuen“ ICF ist die so genannte Funktionsfähigkeit bzw. funktionelle Gesundheit eines Menschen, wobei eine Person dann als funktional gesund gilt, wenn a) ihre körperlichen Funktionen und Körperstrukturen anerkannten Normen entsprechen, sie b) alles tun kann, was von einem Menschen ohne gesundheitliche Probleme erwartet wird und sie c) ihr Dasein in allen Lebensbereichen so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen erwartet wird (BAR, 2008). Die funktionelle Gesundheit einer Person ist nach diesem Modell also das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einem bestehenden Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren eben dieser Person (s. Abbildung 3) – ein funktionales Problem (eine Behinderung) besteht immer dann, wenn in wenigstens einem der oben genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt (Ranft, 2012) bzw. sie entsteht aus dem negativen Zusammenspiel von Gesundheitsproblem und Kontext (Schuntermann, 2011). Um nun diese Zusammenhänge adäquat und universell verständlich beschreiben zu können, bietet die ICF ein Klassifikationssystem, mit dem die vorrangig angestrebte funktionale Gesundheit einer Person sowie eventuelle Beeinträchtigungen (in Bezug auf

Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten sowie auf die Teilhabe am Leben) vor dem gesamten Lebenshintergrund beschrieben und kodiert werden können (Schuntermann, 2003).

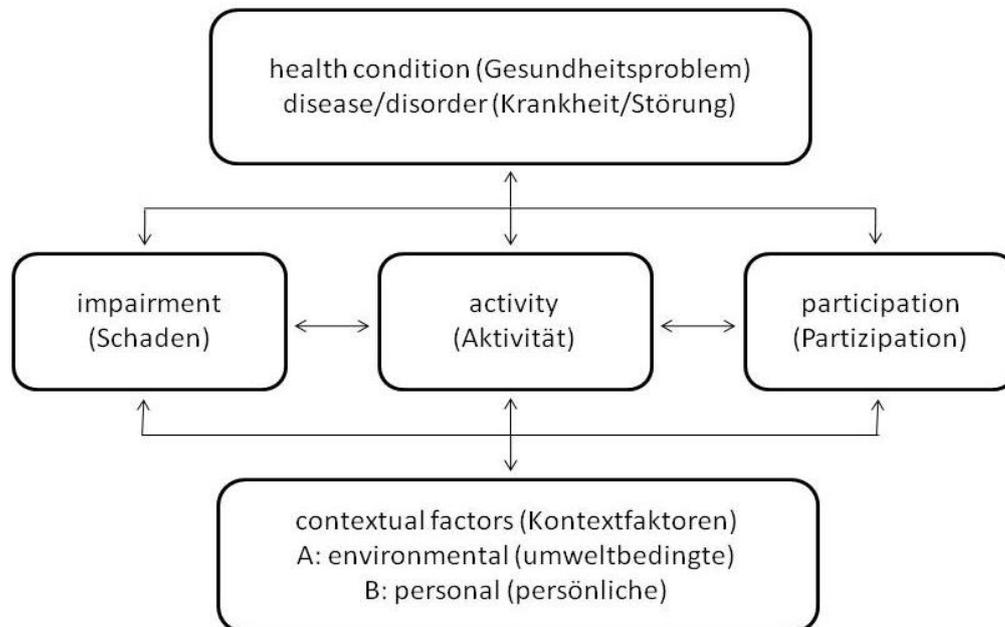


Abbildung 3. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Moderne Rehabilitation setzt auf all diesen im Modell aufgegriffenen Ebenen an und lässt sich formal wie folgt definieren (Haupt & Delbrück, 1998):

„Rehabilitation umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen medizinischer, schulisch-pädagogischer, beruflicher und sozialer Art, die erforderlich sind, um für den Behinderten die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen ihn befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten und wiederzuerlangen.“ (S. 35)

Durch die Verwendung eines solchen bio-psycho-sozialen Modells als Grundlage für Therapie und Forschung (im Gegensatz zu einem rein bio-medizinischen Modell) wird wiederum dem oben beschriebenen Bestreben Nachdruck verliehen, die Gesamtheit des Menschen und seiner Lebensumwelt angemessen zu berücksichtigen. Dabei stellt vor

allem die Ebene der Partizipation – also die Ebene der Teilhabe an einem normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft – eine entscheidende Zieldimension der medizinischen Rehabilitation dar.

Der Anspruch auf Rehabilitation ist im Sozialgesetzbuch (SGB) IX (Bundesregierung, 2001) – in welches wesentliche Aspekte der ICF aufgenommen wurden – verbindlich festgeschrieben. Leistungsträger sind vor allem die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), wobei jeweils andere Beweggründe für eine Bewilligung einer rehabilitativen Leistung handlungsleitend sind:

Die GRV bewilligt rehabilitative Leistungen bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Minderung der Erwerbsfähigkeit („Reha vor Rente“). Das Hauptziel besteht in diesem Falle also im Erhalt bzw. in der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Demgegenüber stellt Rehabilitation, die durch die GKV bewilligt wird, einen Teil der Krankenbehandlung dar. Anspruch auf Krankenbehandlung besteht immer dann, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhindern oder um Beschwerden zu lindern. Hierbei wird wiederum zwischen akutmedizinischen und rehabilitativen Leistungen unterschieden – rehabilitative Leistungen werden nur bei drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bzw. zur Stabilisierung nach akutmedizinischer Behandlung durchgeführt.

2.1.2 Begriffliche Ein- und Abgrenzung

Wie bereits erwähnt bedeutet „Rehabilitation“ immer eine Auseinandersetzung mit den Folgen von Gesundheitsschäden, die mit Hilfe der Akutmedizin nicht adäquat behandelt werden können und mit denen die betroffenen Personen folglich auf längere Zeit leben müssen. Die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation ist daher eine Befähigung dieser betroffenen Personen zu einer möglichst weitgehenden Erfüllung der an sie gerichteten Anforderungen des täglichen Lebens sowie ihrer Verpflichtungen bezüglich Familie, Beruf und Gesellschaft. Um dies im Einzelfall bestmöglich zu realisieren, stehen verschiedene Behandlungssettings zur Auswahl (stationäre, teilstationäre oder ambulante Rehabilitation), wobei je nach Indikationsbereich (beispielsweise Orthopädie,

Kardiologie, Onkologie oder Psychosomatik) unterschiedliche Behandlungsansätze im Vordergrund stehen.

Bei der psychosomatischen Rehabilitation handelt es sich also um einen spezifischen Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation, für den meist ein stationärer Rahmen gewählt wird (laut DRV Reha-Bericht 2012 werden lediglich etwa 2 % der psychosomatischen Rehabilitanden ambulant behandelt) und „bei dem im Rahmen eines multimodalen Rehabilitationskonzeptes psychotherapeutische Interventionen und Entspannungsverfahren ein besonderes Gewicht haben, aber auch somatische Therapieangebote integriert sind“ (DRV, 2010) – das Behandlungskonzept also neben der allgemeinmedizinischen und pflegerischen Betreuung vor allem ein breites Spektrum an verbalen und nonverbalen psychotherapeutischen Methoden umfasst und in dem die sogenannte therapeutische Gemeinschaft (Hilpert, 1979) die Rolle der Mitpatienten und des Settings betont. Es wird Wert auf eine therapeutische Atmosphäre von Offenheit und gegenseitigem Vertrauen gelegt, in der neue Einsichten und korrigierende Lernerfahrungen möglich sind und neue Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen eingeübt werden können. Typische Indikationsbereiche psychosomatischer Rehabilitation sind depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative und posttraumatische Störungen, Erschöpfungssyndrome, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, begleitende Abhängigkeitserkrankungen sowie somatoforme bzw. funktionelle Störungen. Für eine ausführliche Darstellung struktureller und konzeptioneller Anforderungen an die stationäre psychosomatische Rehabilitation sei auf Paar und Grohmann (2008) verwiesen.

2.1.3 Zur Effektivität und Effizienz stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Insgesamt betrachtet ist die rehabilitationswissenschaftliche Forschung in Deutschland noch eine vergleichsweise junge Disziplin. Erst nachdem in den 1980er Jahren eine gesundheitspolitische Debatte über die Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens eingesetzt hatte, wurden auch Forderungen nach einer wissenschaftlichen Überprüfung der Angemessenheit, der Effektivität und der Effizienz rehabilitativer Maßnahmen laut (Wittmann, 1985). Als Reaktion auf diese kritischen

Stimmen und den durch den Vorwurf der „Milliardenverschwendung“ (Kanzow, 1986) entstandenen „Legitimationsdruck“ (Gerdes, 1988) wurde schließlich systematisch damit begonnen, den wissenschaftlichen Stand der Rehabilitationsmedizin zu verbessern. Auch bezüglich der Dokumentation der Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation wurde daraufhin die Durchführung häufig kleinerer, aber auch etlicher groß angelegter Studien forciert, so dass heute eine Vielzahl an Untersuchungen zu diesem Thema vorliegt. Einen Überblick über die mittlerweile als „klassisch“ geltenden Prä/Post/Katamnese-Studien gibt Tabelle 2 (nach Steffanowski, 2008). Tatsächlich kann die stationäre psychosomatische Rehabilitation aktuell als eines der am intensivsten beforschten Gebiete innerhalb der medizinischen Rehabilitation gelten (Haaf, 2009).

Tabelle 2. Evaluationsstudien

Studie	Publikation
Zauberberg-Studie I	Schmidt (1991)
Bliestal-Studie	Sandweg, Sänger-Alt & Rudolf (1991)
Zauberberg-Studie II	Nübling (1992)
BKK-Studie	Zielke (1993)
Berus-Studie	Broda, Bürger, Dinger-Broda & Massing (1996)
Reinerzauer Katamnese-Studie	Nübling, Schmidt & Wittmann (1999)
TWK-Studie	Nosper (1999)
Bad Kreuznacher Studie	Schulz, Lotz-Rambaldi, Koch, Jürgensen & Rüddel (1999)
Gelderland-Studie	Kriebel & Paar (2000)
Bad Gronenbacher Studie	Mestel et al. (2000)
Bad Herrenalber Studie	Nübling et al. (2000)
PROTOS-Studie	Gerdes, Weidemann & Jäckel (2000)
EQUA-Studie	Schmidt et al. (2000)
PRÄ-POST-Projekt	Bischoff et al. (2003)
INDIKA-Studie	Nübling et al. (2004)
Gesundheitsökonomie-Studie	Zielke et al. (2004)

Die Ergebnisse dieser einzelnen Studien dokumentieren vor allem zum unmittelbaren Entlasszeitpunkt durchweg deutlich positive Behandlungseffekte. Berücksichtigt man zusätzlich noch die häufig lange Krankengeschichte vieler Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, die oftmals starke psychische Belastung sowie die zum Teil durchaus ambivalente Therapiemotivation, so treten diese initialen Effekte nochmals stärker hervor.

Ein differenzierteres Bild ergibt sich allerdings bei Betrachtung der erzielten Behandlungserfolge im zeitlichen Verlauf (von Aufnahme über Entlassung zur Katamnese). Wird zwischen eher bewältigungsrelevanten Merkmalen (wie beispielsweise Selbsteffektivität, sozialen Kompetenzen oder der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung) und der berichteten Symptomatik unterschieden, so zeigt sich, dass zwar für Erstere zum Entlasszeitpunkt kleine bis mittlere Effekte berichtet werden (die nach einem Jahr durch Anwendung bzw. Übung unter Umständen eine leichte Zunahme aufweisen können), die berichtete Symptomatik jedoch, obwohl sie zum Entlasszeitpunkt besonders starke Verbesserungseffekte aufweist, nach einem Jahr (aufgrund der Rückkehr der Patienten in deren Alltag) wieder deutlich ansteigt. Es ergibt sich also auf der Symptomebene ein deutlicher Rückgang der während der Rehabilitation erzielten Behandlungseffekte, d.h. eine Reihe der stationär behandelten Patienten „verliert“ nach dem Rehabilitationsaufenthalt große Teile der erzielten gesundheitlichen Verbesserungen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch die Autoren der jüngsten meta-analytischen Integration bisher durchgeführter Einzelstudien zur Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Steffanowski und Mitarbeiter reanalysieren im Rahmen ihrer MESTA-Studie (Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatische Rehabilitation, Steffanowski et al., 2007) insgesamt 65 Primärstudien aus den Jahren 1995 bis 2004, von denen insgesamt 32 Messungen zum Aufnahmezeitpunkt, zum Entlasszeitpunkt und zur Katamnese (meist 1-Jahres-Katamnese) beinhalten. Werden nur diese durchgängigen Messungen in die Analyse einbezogen ($k = 32$ Studien), so beträgt der gewichtete Gesamteffekt bei Entlassung $d = 0,57$ und bei Katamnese $d = 0,49$. Nach der Terminologie von Cohen (Cohen, 1992) handelt es sich hierbei zwar um „mittlere“ Behandlungseffekte, die deutlich die Ergebnisqualität der durchgeführten Maßnahmen zur stationären psychosomatischen Rehabilitation widerspiegeln, jedoch zeigt sich eben

auch hier ein signifikantes Nachlassen der Behandlungseffekte innerhalb eines Jahres nach der Entlassung, wobei das persönliche Umfeld der Patienten, eventuell auftretende positive und/oder negative Lebensereignisse sowie das Vorhandensein und Wahrnehmen spezifischer Nachsorgeangebote als wichtige Einflussgrößen auf die Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese gelten.

Neben Betrachtungen zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation spielen bei der Bewertung des Erfolges einer solchen Maßnahme allerdings auch Überlegungen zu Kosten-Nutzen-Aspekten eine wichtige Rolle. Methodisch existiert hier eine Reihe von möglichen Zugängen (Schöffski & Graf von der Schulenburg, 2008), die jeweils mit verschiedenen Vor- und Nachteilen verbunden und an bestimmte Voraussetzungen geknüpft sind (Steffanowski, 2008). So setzen beispielsweise Zielke (1993) sowie später Zielke und Mitarbeiter (2004) zur Bewertung der Effizienz einer stationären psychosomatischen Rehabilitation direkte und indirekte Behandlungskosten direkt zu monetär bewertbaren Größen (wie Verbleib im Erwerbsleben, Reduktion von Krankschreibungszeiten oder Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems) in Beziehung. Auf diese Weise ergibt sich eine Rendite in einer Größenordnung von mehr als 3:1 – jeder in die Rehabilitation investierte Euro erbringt also einen Ertrag von drei Euro (durch eine Reduktion von Krankheitskosten und Krankheitsfolgekosten). Da jedoch eine solch strikte Reduktion auf kostenrelevante Aspekte gerade im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation zu restriktiv erscheint, schlagen Wittmann, Nübling und Schmidt (2002) einen alternativen Zugang vor. Dieser greift auf die Effektgrößenmetrik zurück und wurde auch im Rahmen der MESTA-Studie angewandt. Ausgehend von den dort berechneten Gesamteffekten ergibt sich ein ROI von 4:1 für einen 7-Jahres-Zeitraum (da von einem linearen Nachlassen des Reha-Effektes um 0,08 Punkte pro Jahr ausgegangen wurde) – ein Ergebnis ähnlicher Größenordnung, welches anschaulich verdeutlicht, dass mit der stationären psychosomatischen Rehabilitation ein wichtiger und vor allem effizienter Versorgungsweg für Patienten mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung steht.

2.2 Das Konzept „Nachsorge“

„Die größte Herausforderung für eine Optimierung der Rehabilitationsleistungen bildet [...] das Erfordernis einer möglichst dauerhaften Wirksamkeit derartiger Maßnahmen.“ (Köpke, 2004, S. 7)

2.2.1 Notwendigkeit von Nachsorgeprogrammen

Viele Patienten, die eine stationäre psychosomatische Rehabilitation durchlaufen haben, sehen sich nach ihrer Entlassung mit der Schwierigkeit konfrontiert, sich alleine in einem meist unveränderten Alltag zurechtfinden zu müssen (Kobelt & Grosch, 2005). Vor allem die tatsächliche Anwendung der während der Rehabilitation erlernten Inhalte im häuslichen Umfeld fällt oftmals schwer, was häufig in einer Rückkehr zu altbewährten Bewältigungsstrategien und somit in einer signifikanten Minderung der erarbeiteten Reha-Erfolge resultiert (siehe hierzu auch Bischoff, Gönner, Ehrhardt & Limbacher, 2005; Kobelt, 2008; Steffanowski et al., 2007). Die Gründe für diesen wahrscheinlichen „Rückfall“ sind dabei als individuell unterschiedlich anzunehmen – Deck, Hüppe und Arlt (2009) sowie Bischoff et al. (2005) nennen zusammenfassend u.a. (unveränderte) häusliche Routinen, (fehlende) Motivation, Ängste sowie die Situationsabhängigkeit von Lernprozessen.

Verschärft wird diese Situation zudem noch durch die zu beobachtende Tendenz der letzten Jahre, die individuellen Behandlungszeiten einer stationären Rehabilitation (aus Kostengründen) möglichst knapp zu halten. Da aber die Therapiedauer (neben weiteren Faktoren) einen wesentlichen Prädiktor für die Effektivität und Stabilität einer Rehabilitationsmaßnahme darstellt (z.B. Holzapfel, Schonauer & Mittag, 2009; Steffanowski et al., 2007; Zielke, 2009), ist eine solche Verknappung der Behandlungszeiten gerade im Hinblick auf langfristige Therapieerfolge besonders kritisch zu bewerten. Auch Kulzer, Kirchbaum und Hermanns (2008) sehen durch die aktuellen Strukturen und das Finanzierungssystem des deutschen Gesundheitssystems derzeit vor allem zeitlich sehr limitierte und zu wenig koordinierte therapeutische Interventionen gefördert, was den angestrebten möglichst umfassenden Wissens- und Strategietransfer von der Klinik in den Alltag der Patienten erheblich erschwert.

Eine anerkannte Möglichkeit, diesem sehr wahrscheinlichen Nachlassen der Rehabilitationserfolge entgegenzuwirken und somit zu einer Verbesserung der Nachhaltigkeit von Rehabilitation beizutragen, sind so genannte Nachsorgeangebote – also einer stationären Rehabilitation nachfolgende oder nachgehende Leistungen. Diese existieren – aufgrund der seit einigen Jahren verstärkten Aktivität innerhalb dieses Forschungsbereiches – mittlerweile in einer fast unüberschaubaren Vielfalt, wobei die Anzahl an Modellprojekten bzw. etablierten Programmen im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu beispielsweise Orthopädie oder Kardiologie immer noch sehr viel bescheidener ausfällt. Je nach „Anbieter“ unterscheiden sich die einzelnen Nachsorgeangebote sowohl hinsichtlich ihrer Zielsetzung (u.a. Fortführung bzw. Vertiefung der stationären Rehabilitationsziele, Hilfestellung bei organisatorischen Fragestellungen, Förderung von Gesundheitsverhalten, Stabilisierung im Alltag, Sicherung der langfristigen Arbeitsfähigkeit) als auch hinsichtlich ihres Designs (Nachsorge auf Einzel- oder Gruppenbasis, Frequenz, Dichte, Dosis des Angebots) stark voneinander. So reicht die Spannweite von der klassischen, einer stationären psychosomatischen Rehabilitation nachfolgenden ambulanten Weiterführung der Therapie über „hausgemachte“ Nachsorgemodelle einzelner Kliniken zu bestimmten Behandlungsschwerpunkten bis hin zu den bekannten Gruppenangeboten der gesetzlichen Kostenträger („Curriculum Hannover“, „IRENA“ oder „MERENA“ – siehe bspw. BVA, 2002; DRV, 2009; VDR, 2001).

Betrachtet man jedoch die Forschungslandschaft zum Themenschwerpunkt Nachsorge in ihrer Gesamtheit etwas genauer, so zeigt sich, dass bei aller Vielfalt der insgesamt angebotenen Leistungen aktuell vor allem zwei mögliche Varianten der Nachsorge im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses stehen, die beide auf eine individuelle „ortsunabhängige“ Nachsorge fokussieren. Einerseits wird eine solche Nachsorge häufig über persönliche Kontakte (in den meisten Fällen über Telefonkontakte) realisiert, andererseits werden auch immer öfter die Möglichkeiten elektronischer Ansätze (unter Einbeziehung neuer Medien) untersucht. Beide Vorgehensweisen haben sich unabhängig voneinander in etlichen wissenschaftlichen Studien bewährt und sollen in den folgenden Abschnitten jeweils überblicksartig näher beleuchtet werden.

2.2.2 Individuelle Nachsorge im persönlichen Kontakt

Persönliche Nachsorge auf individueller Ebene wird – wie bereits angedeutet – in der Mehrzahl der Fälle über das Medium „Telefon“ realisiert, da sich das Telefon immer wieder als „vergleichsweise einfacher und kostengünstiger Ansatz zur Verstetigung erzielter Rehabilitationseffekte“ erwiesen hat (Haaf, 2009). Dabei scheint die Tendenz, das Telefon zur Lösung gesundheitlicher Probleme zu nutzen, fast so alt zu sein wie das Telefon selbst. So berichten zum Beispiel Car und Sheik (2003), dass Alexander Graham Bell 1876 seinen ersten aufgezeichneten Telefonanruf tätigte, um ärztliche Hilfe zu erbitten, da er sich mit Schwefelsäure verätzt hatte.

Bedingt durch die weite Verbreitung telefonsicher Nachsorge ist diese Art der Nachbetreuung vor allem chronisch kranker Patienten auch der wohl am besten untersuchte Anwendungsbereich telefonischer Gesundheitsversorgung. Wasson und Mitarbeiter berichten bereits 1992 von einem randomisierten Experiment, bei dem persönliche Gespräche im Rahmen eines Nachsorgeprogrammes durch Telefonanrufe ersetzt worden waren und dies keinerlei negative Auswirkungen für den Patienten mit sich brachte. In gleicher Weise unterstreicht eine systematische Literaturdurchsicht zum Thema „Distance medicine technology“ aus dem Jahr 1997 (Balas et al., 1997) die positiven Auswirkungen dieses Ansatzes und auch Chiari & Vanelli (2005) dokumentieren, dass telefonische Hilfe im Bezug auf chronische Krankheiten (u.a. MS, Depressionen, Essstörungen, Asthma und Adipositas) effektiv und wirtschaftlich einsetzbar ist.

Im Bereich der telefonischen Nachsorge nach **kardiologischer Rehabilitation** liegen vor allem Berichte aus den USA, Großbritannien und Australien vor. Eine der ersten und zugleich immer noch eine der größten Untersuchungen stammt von DeBusk und Mitarbeitern (1994). Hier wurden Patienten nach einem Infarkt über 12 Monate hinweg alle vier Wochen bezüglich Raucherentwöhnung, Ernährung, Medikation und Bewegung telefonisch kontaktiert und es ergab sich eine signifikante Überlegenheit der auf diese Art nachbetreuten Patienten gegenüber der Routinebehandlung hinsichtlich koronarer Risikofaktoren und körperlicher Belastbarkeit. Einen ausführlichen Überblick über nachfolgende bzw. auf diesen Ergebnissen aufbauende Studien geben Mittag und China

(2003) und zeichnen ein in der Gesamtheit überwiegend positives Bild dieser Bemühungen. In Deutschland wurde ein solcher Ansatz erstmalig von Mittag und Kollegen (2006) evaluiert – wiederum wurden Rehabilitanden über 1 Jahr hinweg telefonisch nachbetreut, wiederum waren die Hauptziele der Intervention eine Reduktion verhaltensgebundener Risikofaktoren sowie eine Verbesserung der Lebensqualität und wiederum zeigten die Patienten der Interventionsgruppe niedrigere Ausprägungen bezüglich koronarer Risikofaktoren. In ähnlicher Weise untermauert auch eine Untersuchung von Kohlmeyer und Mitarbeitern (2008) die Effektivität einer telefonischen Nachsorge, hier wurde eine 18-monatige telefonische Betreuung jedoch zusätzlich mit einem Schulungstag nach sechs Monaten kombiniert. Miche et al. (2008) untersuchten eine telefonische Nachsorge bei Herzinsuffizienz – die Rehabilitanden zeigten vor allem trainingsabhängige Verbesserungen der körperlichen Leistungsdaten sowie weniger Wiedereinweisungen und auch die Compliance bezüglich der Medikation konnte unterstützt werden. Schließlich weisen die Ergebnisse von Keck (2009) hinsichtlich eines Vergleichs zwischen einem strukturierten Telefonnachsorgekonzept bzw. einer Kombination mit einem individuellen Nachsorgetermin und einer Standardtherapie auf eine tendenziell bessere berufliche Reintegration sowie ein geringeres Berentungsrisiko für die via Telefon nachbetreute Gruppe hin.

Bezüglich einer telefonischen Nachsorge bei Patienten mit **Adipositas** berichten Faller, Ströbl und Landgraf (2011) ebenfalls positive Ergebnisse. Untersucht wurde die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer Intervention zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion sowie eines gesteigerten Bewegungsverhaltens. Im Rahmen dieser Studie wurden adipöse Patienten bereits während ihres Rehabilitationsaufenthaltes dazu angeleitet, jene körperlichen Aktivitäten zu planen, die sie auch zu Hause umsetzen wollten. Zur Unterstützung bei der Realisierung dieser Ziele dienten sechs telefonische Nachsorgegespräche mit einer Sporttherapeutin über einen Zeitraum von zwei Wochen bis zu sechs Monaten. Zum Zeitpunkt der 12-monats Katamnese berichten die Autoren von einer guten Machbarkeit und Akzeptanz dieses Ansatzes sowie einem Effekt der Intervention auf die berichtete körperliche Aktivität, jedoch verlor sowohl die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe gleichermaßen an Gewicht.

Auch auf dem Gebiet der **onkologischen Rehabilitation** wurde die Wirkung telefonischer Nachsorge überprüft. Beaver, Williamson und Chalmers (2010) kommen in ihrem Artikel zu dem Schluss, dass eine telefonische Nachbetreuung von Patientinnen und medizinischem Personal gleichermaßen positiv bewertet wird – besonders der Komfort und die Kontinuität der Behandlung werden als angenehm hervorgehoben. Sandgren und McCaul (2007) erreichten in ihrer Untersuchung mit jeweils sechs an einen Klinikaufenthalt anknüpfenden 30-minütigen Telefonaten bei ihren Patienten sowohl einen verbesserten Wissensstand als auch eine Reduktion des erlebten Stresses. Mit der Möglichkeit einer Verbesserung der Nachhaltigkeit einer onkologischen Rehabilitation mittels optimierter Patientenschulung und telefonischer Nachsorge beschäftigten sich 2011 Tripp, Hass, Schröck und Muthny – zwar brachte eine manualisierte Patientenschulung langfristig keinen Vorteil gegenüber der Standardbehandlung, jedoch verbesserte eine telefonische Nachbetreuung insbesondere die Funktionsfähigkeit der Patienten im Alltag.

Ein weiterer Sektor, auf welchem dem Medium Telefon viel Beachtung geschenkt wird, ist die Nachsorge bzw. Sekundärprävention bei **Diabetes mellitus Typ 2**. Einen fundierten Überblick über diese Thematik gibt die Literaturrecherche von Mittag und Döbler (2008), in der Forschungsarbeiten zur Evaluation von Telefonprogrammen für Typ 2 DiabetikerInnen aus den Jahren 2000 bis 2008 systematisch recherchiert und ausgewertet wurden. Insgesamt 37 Arbeiten zu 31 Studien wurden in die Analyse einbezogen, deren Ziele hauptsächlich in der Annäherung an normale Blutzucker- und Blutfettwerte, einer Steigerung der körperlichen Aktivität, einer verbesserten Ernährung sowie einer verbesserten Adhärenz lagen. Nach Aussage der Autoren wurden in den meisten Studien positive Ergebnisse hinsichtlich dieser Kriterien gefunden. So konnten beispielsweise Piette et al. (2000) durch Nutzung computergesteuerter telefonischer Assessments, automatisch erstellter Reports sowie einer Fokussierung auf die individuelle Problemlage der Patienten mit Hilfe von durchschnittlich 6-minütigen Telefonkontakten pro Monat eine Steigerung der individuellen Selbstfürsorge sowie eine Verringerung der Symptomlast erreichen.

In Bezug auf telefonbasierte Nachsorge bei **psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen** existieren aktuell leider deutlich weniger Publikationen. Jedoch berichten

beispielsweise Simon, VonKorff, Rutter und Wagner (2000) im Rahmen einer Studie von Wirksamkeitsunterschieden zwischen verschiedenen Nachsorgevarianten bei depressiven Patienten. In ihrem Design wurde einer Patientengruppe lediglich die Standardbehandlung zuteil, bei einer zweiten Gruppe erhielten die behandelnden Hausärzte nach acht bzw. 16 Wochen einen computergenerierten Bericht über ihre Patienten mit ebenfalls computergenerierten Empfehlungen und einer dritten Patientengruppe wurde ein sogenannter Care Manager zur Seite gestellt, der telefonischen Kontakt pflegte und nach acht und 16 Wochen ebenfalls Berichte mit Empfehlungen an den Hausarzt weitergab. Nach 6 Monaten zeigten sich ein signifikant geringerer Depressionswert in der Gruppe mit telefonischer Betreuung sowie eine bessere medikamentöse Einstellung bei lediglich moderaten Kosten. In einer weiteren Studie an Patienten mit verschiedenen psychischen Erkrankungen fanden Andrews und Sunderland (2009), dass sich sowohl die wahrgenommene Beeinträchtigung als auch die Anzahl der Folgebehandlungen in einem Krankenhaus durch ein telefonisches Nachsorgeprogramm signifikant reduzieren ließen. Und auch Wennberg und Mitarbeiter (2010) fanden positive Auswirkungen einer telefonischen Intervention auf anfallende Behandlungskosten und Krankenhausaufenthalte.

2.2.3 Individuelle Nachsorge und der Einsatz neuer Medien

Das Internet hat sich längst als Alltagsmedium etabliert (Berger & Andersson, 2009; Laszig & Eichenberg, 2003) und insbesondere für jüngere Menschen ist die Möglichkeit der Kommunikation über das Internet mittlerweile selbstverständliche Alltagswirklichkeit geworden (Palfrey & Gasser, 2008). Diese Chance, schnell und einfach Informationen einzuholen und miteinander zu kommunizieren (Hohagen, 2009) hat ihrerseits die Möglichkeiten der psychosozialen Versorgung revolutioniert und erweitert (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005). Tatsächlich existieren heute für nahezu alle Phasen der Gesundheitsversorgung spezielle web-basierte Angebote – von der Darbietung von reinem Informationsmaterial bzw. Prävention über Beratung und Behandlung bis zu Nachsorge und Rückfallprävention (einen Eindruck dieser Vielfalt geben beispielsweise Programme aktueller wissenschaftlicher Tagungen zum Thema „e-therapy“). Dabei sind die Gründe für den Einbezug des Internets vielfältig – Griffiths und Kollegen (2006)

nennen als Resultate ihrer Literaturdurchsicht zu diesem Thema unter anderem eine Minimierung der Kosten, die Schonung von Ressourcen, eine verbesserte Erreichbarkeit anderweitig schwer erreichbarer Zielgruppen, die Möglichkeit zu zeitnaher Informationsbeschaffung und Informationsdarbietung und somit eine Vermeidung bzw. Minimierung von Wartezeiten, die Reduktion bzw. Vermeidung von Stigmatisierung, eine verbesserte Kontrolle über die jeweilige Intervention sowie eine verbesserte Benutzerfreundlichkeit.

Im Gegensatz zu Prävention und kurativen Interventionen dienen internetbasierte Nachsorgeprogramme (wie auch Angebote telefonischer Nachsorge) vor allem der Gestaltung von Übergängen zwischen verschiedenen Behandlungsstufen (Kordy, 2004). So können sie beispielsweise die Reichweite spezialisierter Einrichtungen erweitern und vereinfachen so die Nachbetreuung von Patienten beim Transfer von intensiver stationärer Behandlung zu poststationärem Alltag bzw. überbrücken die Wartezeit bis zu einer ambulanten Weiterbehandlung. Allerdings existieren gezielte webbasierte Nachsorge- oder Rückfallprophylaxeprogramme bisher kaum (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005), obwohl diese sowohl von Patienten gewünscht als auch nach therapeutischem Eindruck notwendig sind (Schiltenswolf & Henningsen, 2006).

Auf dem Gebiet der Psychosomatik befasst sich jedoch die Arbeitsgruppe um Kordy (Forschungsstelle für Psychotherapie, Heidelberg) intensiv mit dieser Thematik. Ein 2001 ins Leben gerufenes Gemeinschaftsprojekt dieser Forschergruppe mit einer Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin und Naturheilkunde sowie einer führenden deutschen Krankenkasse wurde als „Internetbrücke“ bekannt (Golkaramnay, Dogs, Dogs & Kordy, 2003). Dieses Angebot richtet sich an Patienten nach einer stationären Therapie und hat die Stabilisierung des während des Klinikaufenthaltes erreichten Gesundheitszustandes zum Ziel (Wolf, Zimmer & Dogs, 2008), wobei diese gewünschte Unterstützung der Patienten auf unterschiedliche Art und Weise operationalisiert wird:

Einerseits erfolgt die angebotene Nachsorge über therapeutisch begleitete Gruppensitzungen in einem virtuellen Chatraum, also mittels synchroner Kommunikation („**Chatbrücke**“). Dabei sind die offenen Gruppen mit einer maximalen Teilnehmerzahl

von 8 bis 10 Personen störungsübergreifend ausgerichtet und „treffen“ sich allwöchentlich für etwa 12 bis 15 Wochen zu einem festen Zeitpunkt, die Dauer der Gruppensitzungen beträgt 90 Minuten und die Themen werden von den Teilnehmern selbst bestimmt. Im Rahmen einer prospektiven kontrollierten Beobachtungsstudie (Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007; Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug & Bauer, 2006) zeigte sich eine hohe Akzeptanz dieses Angebotes und für die Chatteilnehmer ein deutlich reduziertes Risiko eines auffälligen Gesundheitsverlaufes, d.h. innerhalb der Gruppe der Chatteilnehmer traten weniger Rückfälle auf. Auch gelang es besser, die während der stationären Behandlung erreichten positiven Entwicklungen zu erhalten und dieser gefundene Unterschied zwischen den Gruppen blieb auch 6 bzw. 12 Monaten nach Verlassen des stationären Settings bestehen. Die Schätzung der Effektivität dieses Ansatzes unter Routinebedingungen ergab ebenfalls ermutigende Ergebnisse (Kordy, Theis & Wolf, 2011) – nachhaltige bzw. klinisch bedeutsame Verbesserungen der psychischen Gesundheit, der sozialen Probleme und der psychosozialen Kompetenzen waren bei Teilnehmern der Chatbrücke häufiger als in der Vergleichsgruppe. In einer weiteren Studie konnten Zimmer, Mößner und Kordy (2010) zudem zeigen, dass vor allem chronisch Kranke (Patienten mit einer Krankheitsdauer von mehr als 2 Jahren) mit einer solchen Chatbrücke gut erreicht werden können. Eine Spezialisierung dieser Chatbrücke stellt die Anwendung auf Patienten mit chronischen Rückenschmerzen dar (Neubauer, Schiltenswolf und Mößner, 2008). Hierzu wurde das Grundkonzept der Chatbrücke (wöchentlicher moderierter Gruppenchat) um ein den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasstes Paket von Verhaltensempfehlungen für die Nachbehandlungszeit erweitert, zu dessen Umsetzung die Patienten jeweils vor Beginn der Onlinesitzungen befragt wurden. Im Rahmen einer empirischen Überprüfung zeigte sich auch hier eine Verbesserung der nachstationären Symptomverläufe (Mößner, 2010).

Als eine weitere Möglichkeit der Nachbetreuung werden seit 2003 auch Einzelkontakte via Email untersucht („**Emailbrücke**“). Diese Variante lehnt sich sehr eng an die Prinzipien der Chatbrücke an – die Teilnahmedauer beträgt wiederum 12 bis 15 Wochen und die Patienten treten wiederum zu einem vorher fest vereinbarten Termin mit dem Therapeuten in Kontakt – in diesem Fall verläuft die Kommunikation jedoch asynchron, d.h. die Teilnehmer schreiben zur festgelegten Zeit eine Email an den Therapeuten, der

innerhalb von 24 Stunden darauf reagiert. Eine erste Studie zu Praktikabilität und Akzeptanz (Wolf, Maurer, Dogs & Kordy, 2006) lieferte gute Ergebnisse, weiterhin berichten die Autoren von Hinweisen auf eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Teilnehmer 6 bzw. 12 Monate nach Entlassung (Wolf, Zimmer & Dogs, 2008).

Ebenfalls aus der gleichen Forschergruppe stammt der Ansatz, die Nachsorge bei Bulimia nervosa über eine Minimalintervention via **SMS** zu realisieren (Bauer, Percevic, Okon, Meermann & Kordy, 2003; Bauer, Hagel, Okon, Meermann & Kordy, 2006; Bauer, Okon & Meermann, 2008). Hier schicken die Teilnehmer wöchentlich Informationen bezüglich ihrer bulimischen Symptomatik (Körpergefühl, Häufigkeit von Essanfällen sowie Häufigkeit kompensatorischer Maßnahmen) per SMS an eine spezielle Telefonnummer und erhalten im Gegenzug automatisch und durchgehend an einem bestimmten Tag eine der berichteten Entwicklung angemessene vorformulierte Feedbacknachricht. Im Zuge einer Pilotstudie (Bauer et al., 2006) zeigte sich eine Tendenz in Richtung einer Stabilisierung des Entlasszustandes und im Rahmen einer weiteren Überprüfung (Bauer, Okon & Meermann, 2011) ergab sich sowohl bezüglich primärer Ergebnismaße (Remissionsrate 8 Monate nach Entlassung) als auch bezüglich sekundärer Ergebnismaße (Schlankheitsstreben, körperliche Unzufriedenheit, bulimische Symptome) eine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppe.

Ein weiterer innovativer web-basierter Nachsorgeansatz ist das so genannte „Lüneburger Nachsorgekonzept“ oder auch „W-RENA“ (Ebert, Tarnowski, Berking & Sieland, 2008). Dieses Konzept basiert auf konkreten – von Patient und Therapeut gemeinsam erarbeiteten – therapeutischen Zielen für die poststationäre Zeit, bezüglich derer Patienten über 3 Monate hinweg nach einer vorgegebenen Struktur einmal wöchentlich Eintragungen in einem Web-Entwicklungstagebuch vornehmen. Reflektiert werden sollen das aktuelle Befinden, subjektiv bedeutsame Ereignisse sowie die Arbeit an den vereinbarten Zielen. Auf Basis dieser Einträge erhalten die Teilnehmer dann einerseits individuelle Rückmeldungen eines mit der Nachsorge beauftragten Therapeuten, andererseits können sich die Patienten auch untereinander in vor der Entlassung aus der Klinik gebildeten Kleingruppen über ihre Entwicklung austauschen (im Sinne eines virtuellen sozialen Netzes). Als Ergebnisse einer Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität dieses Ansatzes im Rahmen einer randomisierten Studie berichten Ebert

et al. (2011) von einer signifikant geringeren psychopathologischen Symptomatik der Interventionsteilnehmer zur 3-monats-Katamnese, einer 50 % häufigeren vollständigen Remission sowie einer Überlegenheit hinsichtlich sekundärer Outcome-Kriterien. Erste Analysen der Daten der 12-monats-Katamnese lassen zudem auf eine langfristige Stabilität dieser Effekte schließen.

Auch interessant erscheint in diesem Zusammenhang ein Ansatz, der derzeit von Jacobi und Mitarbeitern speziell im Hinblick auf Frauen mit Bulimia nervosa untersucht wird. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie prüfen Beintner und Jacobi (2011) die Wirksamkeit des internetgestützten Nachsorgeprogramms „IN@“, bei dem Wissen und Übungen zu Themen wie Essverhalten, Gewicht oder Körperakzeptanz mittels einer Internetplattform bereitgestellt werden. Jede Teilnehmerin bekommt während des 9 Monate und insgesamt 11 Sitzungen umfassenden Programms einen sogenannten Bezugsmoderator zur Seite gestellt, der Rückmeldungen gibt, Fragen per Email beantwortet und auch einmal im Monat für eine längere Chatsitzung zur Verfügung steht. Zusätzlich besteht in einem moderierten Forum die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Teilnehmerinnen. Im Frühjahr 2012 wurde die Rekrutierungsphase abgeschlossen (C. Jacobi, persönl. Mitteilung, 18.04.2012), eine Veröffentlichung der Ergebnisse steht jedoch noch aus.

3. Zielsetzung und Fragestellung

Wie die dargelegten Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit psychosomatischer Rehabilitation aufzeigen, ist nach Beendigung einer solchen Maßnahme eine Nachbetreuung der ehemals stationären Patienten nötig und sinnvoll, um die erzielten Effekte möglichst lange zu erhalten. Jedoch erreichen traditionelle Nachsorgeprogramme häufig nur einen Teil der angedachten Nutzergruppe, sind ressourcenintensiv und/oder nur wenig individuell. Das Ziel der im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Studie besteht daher in der Entwicklung und Evaluation eines Nachsorgeangebots, das folgende Anforderungen erfüllt:

- Die organisatorischen Anforderungen sollten für alle Beteiligten möglichst gering sein.
- Das Angebot sollte leicht in die bestehenden Strukturen der Klinik zu integrieren sein.
- Das Angebot sollte individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten sein.
- Das Angebot sollte indikationsübergreifend sein.
- Das Angebot sollte möglichst konzepttreu sein und den gleichen Prinzipien folgen, auf denen auch die stationäre Behandlung beruht.
- Inhaltlich soll das Selbstmanagement der Teilnehmer gefördert und gegebenenfalls eine Möglichkeit zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie geschaffen werden.
- Die Kosten – sowohl die direkten Kosten als auch die zu investierende Arbeitszeit seitens des Klinikpersonals – sollten möglichst gering gehalten werden.

Zur Realisation eines solchen Nachsorgeprogrammes eignen sich vor allem zwei Varianten der Nachbetreuung – zum Einen eine Nachbetreuung via Telefon, zum Anderen eine internetbasierte Nachsorge. Beide Ansätze haben sich in diesem Zusammenhang unabhängig voneinander bewährt, eine parallele Implementierung und vergleichende Bewertung im Bereich der Psychosomatik steht bisher jedoch noch aus.

Um diese Lücke zu schließen sollen sowohl eine telefonbasierte als auch eine web-basierte Version des konzipierten Nachsorgeprogramms verwirklicht und zunächst kombiniert mit einer Kontrollgruppe, anschließend jeweils für sich mit dieser Kontrollgruppe und in einem letzten Schritt auch direkt miteinander verglichen werden.

Somit werden folgende Hypothesen geprüft:

Hypothese 1:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Hypothese 2:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte telefonische Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Hypothese 3:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte web-basierte Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Hypothese 4:

Die persönlich-telefonische Nachsorge erweist sich der web-basierten Nachsorge als nicht überlegen.

4. Forschungsmethodik

4.1 Studienplan und Design

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen wurde eine randomisierte, dreiarmlige Kontrollgruppenstudie (RCT) mit Mehrzeitpunktbefragung durchgeführt. Noch während des regulären Rehabilitationsaufenthalts wurden die teilnehmenden Patientinnen und Patienten zufällig einer von drei Nachsorgegruppen zugeteilt – eine Studiengruppe erhielt eine persönlich-telefonische Nachsorge, einer weiteren Gruppe wurde zu Nachsorgezwecken Zugang zu einer speziell designten Internet-Plattform gewährt und einer dritten Gruppe wurde lediglich die Standardbehandlung der Klinik zuteil (d.h. keine Nachbetreuung im Rahmen dieser Studie). Alle drei Gruppen wurden gebeten, zu insgesamt vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 3-monats-Katamnese, 12-monats-Katamnese) speziell zusammengestellte Fragebogen-Sets zu beantworten.

4.1.1 Studienpopulation & Teststärkeanalyse

Alle Teilnehmer der Studie waren Patientinnen und Patienten der psychosomatischen Fachklinik St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach, die zwischen dem 01.07.2010 und dem 01.09.2011 zu einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung aufgenommen wurden, deren Aufenthaltsdauer mindestens vier Wochen betrug und die ihre Teilnahmebereitschaft durch das Ausfüllen und Unterzeichnen einer Einwilligungserklärung signalisierten.

Ausschlusskriterien bzw. Gründe für eine Nicht-Aufnahme in die Studie waren dagegen eine nicht ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache, die Teilnahme an einer STWG der DRV Rheinlandpfalz (da diese Patienten von anderer Stelle nachbetreut wurden), eine Aufenthaltsdauer von weniger als vier Wochen sowie eine ganztägig ambulante rehabilitative Behandlung. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Patienten, die nicht über die benötigten technischen Mittel bzw. das nötige Anwenderwissen zur Teilnahme an „ihrer“ Nachsorgegruppe verfügten (bspw. kein Telefonanschluss oder fehlende Interneterfahrung).

Bezüglich der für diese Untersuchung „optimalen“ Stichprobengröße ergab sich – da von mittelstarken Effekten ausgegangen wurde (Cohen's $d = 0,60$) – bei einem $\alpha = 5\%$ und einer Power von 80% bei einseitiger Testung eine notwendige Stichprobengröße von 86 Personen pro Gruppe. Bei einem zu erwartenden Drop-Out von 30% erhöht sich die zu erhebende Fallzahl auf 112 Teilnehmer pro Gruppe (berechnet mit SAS Power and Sample Size).

4.1.2 Erhebungsplan

Folgende Abbildung soll einen ersten schematischen Überblick über den Ablauf der vorgestellten Untersuchung geben:

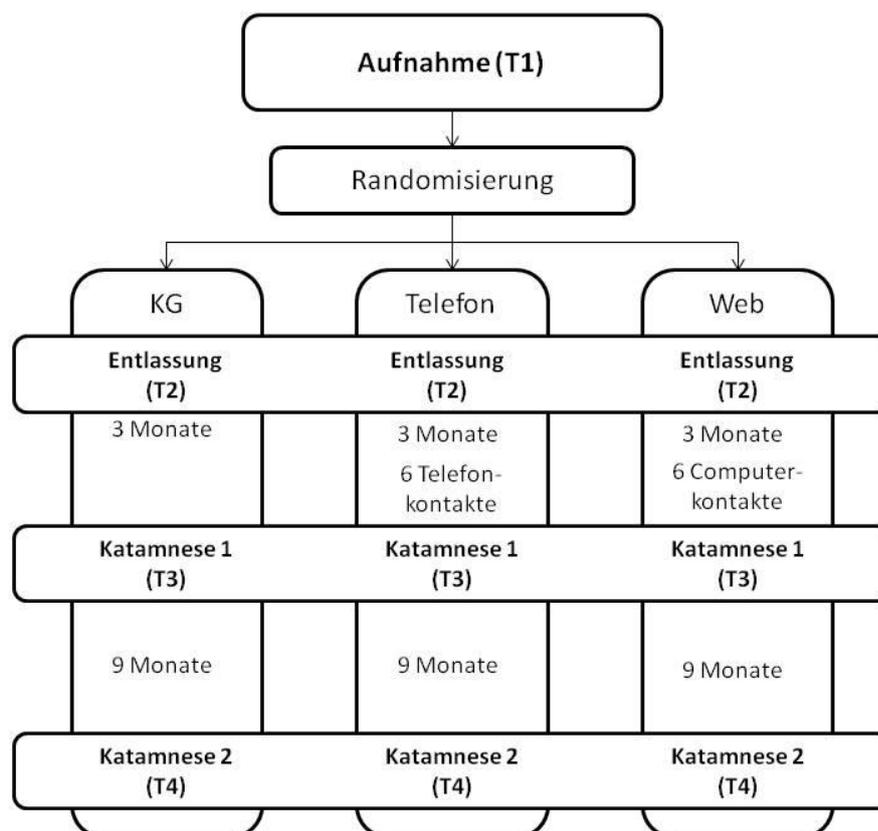


Abbildung 4. Schematische Übersicht über die Studie

4.1.3 Erhebungsinstrumente

Eine graphische Darstellung der zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten eingesetzten und für diese Studie relevanten Messinstrumente findet sich in Abbildung 5.

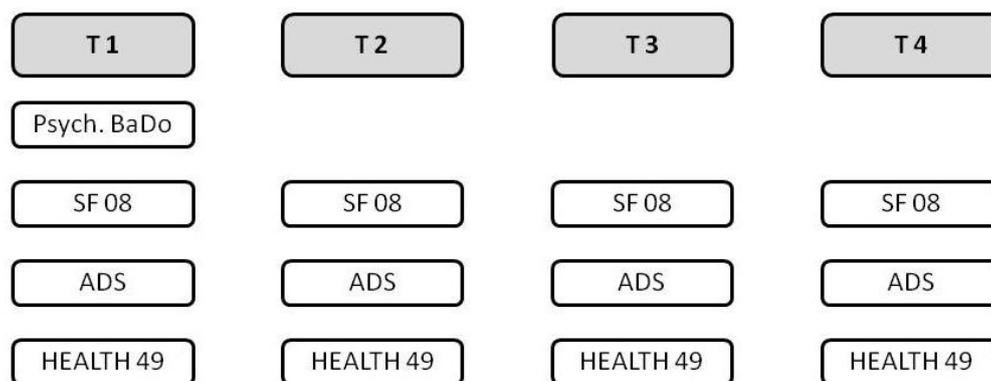


Abbildung 5. Erhebungsinstrumente

Mit Hilfe der **Psychologischen Basisdokumentation** werden standardisiert soziodemographische Daten wie Alter, Familienstand, Schulbildung usw. erfasst.

Short Form 8 Health Survey (SF 08; Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 2001):

Hierbei handelt es sich um die Kurzversion des SF 36 bzw. des SF 12 und ist ebenso wie diese ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden. Erfasst werden mit je einem Item folgende Dimensionen: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion sowie psychisches Wohlbefinden. Ausgegeben werden zusätzlich auch eine körperliche sowie eine psychische Summenskala. Die Erstellung des 8-dimensionalen Gesamtprofils und die Bildung der beiden Summenskalen erfolgt anhand der Standardmetrik des SF 36, daher ist jeder Wert im SF 08 direkt mit dem entsprechenden SF 36-Wert vergleichbar und analog zu interpretieren (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005). Die internen Konsistenzen der Subskalen betragen Cronbach's Alpha $> .70$. Da sich dieses Messinstrument explizit auf einen begrenzten Zeitraum bezieht (vier Wochen) eignet es sich gut zur Messung von Symptomverläufen.

Allgemeine Depressionsskala (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993):

Die in diesem Rahmen eingesetzte Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K) erhebt das Vorhandensein depressiver Symptome innerhalb der letzten sieben Tage vor der Befragung. Erfragt werden emotionale, kognitive, motivationale, somatische und motorische Symptome mittels 15 4-stufiger Items (0 = selten bis 3 = meistens). Da auch hier durch die Vorgabe eines Zeitraumes der aktuelle Zustand in den Fokus gerückt wird, sind wiederum Verlaufsmessungen möglich. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) ist hoch (Werte von .90 bis .93) und hohe Korrelationen zu anderen Depressionsskalen belegen eine gute Validität.

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH 49; Rabung et al., 2009):

Bei diesem Messinstrument handelt es sich wiederum um eine Kurzversion. Der Fragebogen dient der Erhebung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit und umfasst 49 Items, die sechs eigenständigen Modulen mit insgesamt neun Skalen zugeordnet sind - somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung sowie soziale Beeinträchtigung. Die einzelnen Skalen zeichnen sich durch hohe Reliabilität (Cronbach's Alpha liegt lediglich für die Subskala „soziale Belastung“ unter .80), zufriedenstellende Validität und sehr gute Veränderungssensitivität aus. Insgesamt stellen die HEALTH ein umfassendes, zuverlässiges und praktikables Hilfsmittel bei der Diagnostik psychosozialer Gesundheit dar (Heintz & Wunder, 2012).

Für die **Auswertung der vorliegenden Arbeit** wurden jedoch nicht alle der insgesamt 20 Subskalen der vorgestellten Messinstrumente herangezogen, da nicht jede im Zusammenhang mit Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation relevant erschien und durch eine Konzentration auf die inhaltlich sinnvollsten Skalen zudem eine unnötig hohe Anzahl an Testungen vermieden werden konnte. Daher sind neben der ADS lediglich die beiden Summenskalen des SF 8 (körperliche und psychische Summenskala) sowie drei Subskalen der HEALTH (psychosomatische Beschwerden, phobische Ängste und Aktivität und Partizipation) in die statistische Auswertung eingegangen.

4.1.4 Statistische Verfahren

Die erhobenen Daten wurden in ein klinikinternes Datenfile übernommen. Die statistische Überprüfung der formulierten Hypothesen erfolgte für stetige Variablen mittels Varianzanalysen nach dem Allgemeinen Linearen Modell (ALM bzw. GLM) und für kategoriale Variablen univariat bzw. bivariat durch χ^2 -Tests. Voraussetzungen für das GLM sind ein Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen sowie die Normalverteilung der auf den Merkmalen liegenden Messfehler. Die geforderte Homoskedastizität wurde als gegeben unterstellt (auch bei Nichtzutreffen dieser Annahme erweist sich die Varianzanalyse laut Bortz 2005 als sehr robust gegenüber eventuellen Voraussetzungsverletzungen). Zusätzlich wurde, um eine mögliche Ausgangswertabhängigkeit der betrachteten Variablen zu berücksichtigen, ein erweitertes Modell mit dem Aufnahmewert (Wert zu T1) als Kovariate berechnet. Ebenfalls wurden a priori das Alter und die Hauptdiagnose als weitere (Stör)Faktoren aufgenommen. Im Rahmen der Überprüfung dieser potentiellen Störvariablen wurden gefundene Signifikanzen zur Kontrolle der α -Inflation nach Bonferroni-Holm korrigiert, jedoch auch bei Nicht-Signifikanz nach der Korrektur aus wissenschaftlicher Konsequenz als auszupartialisierende Größen aufgenommen (konservatives Vorgehen), da die Reinheit der Effekte bei der Interpretation wichtiger schien als eine bei Aufnahme der Störgrößen erfolgende Reduktion der Power. Die Testung der konkreten Hypothesen erfolgte schließlich im Rahmen der beschriebenen Varianzanalysen mit spezifischen Kontrasten (sowohl bei fixen- wie auch bei random-factors).

Neben dem individuellen Veränderungsmaß des Reliable Change Index (RCI) nach Jacobson & Truax (1991) wurden auf der aggregierten Ebene zudem Effektstärken nach Cohen berechnet.

4.1.5 Technik

Zur Realisierung der web-basierten individuellen Nachsorge wurde das sogenannte CATSystem (Computer Aided Therapy System, Memmesheimer & Rüdell, 2005) verwendet. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten konnten mittels persönlicher Zugangsdaten und Passwörter (zur Gewährleistung des Datenschutzes) auf speziell für

diese Studie entwickelte Internetseiten innerhalb des CATSystems zugreifen, für jeden Teilnehmer wurde eine eigene Akte angelegt.

4.2 Intervention

Verglichen wurde ein speziell entwickeltes individualisiertes Nachsorgeangebot (realisiert durch persönlich-telefonische Nachsorge einerseits sowie web-basierte Nachsorge andererseits) mit der üblichen Standardbehandlung der Klinik (TAU – keine spezifische Nachsorge).

4.2.1 Entwicklung des Nachsorgeangebots

Wie bereits bezüglich der Konkretisierung der Fragestellung beschrieben, sollte das zu entwickelnde Nachsorgeangebot bestimmte Anforderungen erfüllen. Es sollte vor allem individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten, störungsbildübergreifend, konzepttreu und unabhängig vom Wohnort der Patienten zu realisieren sein. Ein weiterer wichtiger Punkt waren möglichst geringe organisatorische Anforderungen an alle Beteiligten sowie möglichst geringe Kosten. Inhaltlich sollte das Selbstmanagement der Teilnehmer gefördert werden, d.h. Patienten sollen beim poststationären Verfolgen ihrer Therapieziele im Alltag unterstützt und ihre Eigenaktivität in diesem Transferprozess gefördert werden.

Die Konzepttreue des Angebots sollte durch die Realisation von Rehabilitation und Nachsorge „aus einer Hand“ sichergestellt werden. Um dem Anspruch der Individualität, der Wohnortunabhängigkeit sowie der geringen Kosten und der niedrigen organisatorischen Anforderungen gerecht zu werden, haben sich sowohl telefongestützte als auch internetbasierte Nachsorgeansätze als gleichermaßen praktikabel und effektiv erwiesen, weshalb beide Varianten parallel realisiert und implementiert wurden.

Inhaltlich baut das entwickelte Nachsorgeangebot in beiden Interventionsgruppen auf konkreten therapeutischen Zielen für den poststationären Zeitraum auf (im Sinne von Zielvereinbarungen) und besteht aus zwei Komponenten – einer Planungsintervention mit transfervorbereitenden Maßnahmen sowie einer Nachsorgephase:

Transfervorbereitende Maßnahmen während des Klinikaufenthaltes

Noch während des Klinikaufenthaltes sollten die Teilnehmer der beiden Nachsorgegruppen jeweils sechs für sie persönlich wichtige und möglichst konkrete (Teil)Ziele formulieren, auf deren Erreichung sie sich während der Nachsorgephase konzentrieren wollten. Dabei sollten diese (Teil)Ziele im weitesten Sinne aufeinander aufbauen und jeweils im Abstand von zwei Wochen realisierbar sein. Sie bildeten die inhaltliche Grundlage für die direkt an die Rehabilitation anschließende Nachsorgephase und wurden in einem sogenannten „Was/Wann-Plan“ (Abbildung siehe 4.2.3) schriftlich festgehalten. Ebenfalls schriftlich fixiert werden sollten möglicherweise auftretende Probleme bei der Erreichung dieser gewählten Ziele sowie entsprechende Gegenstrategien. Jeweils ein Exemplar dieser Pläne verblieb zu Nachsorge- und Dokumentationszwecken in der Klinik, ein weiteres nahmen die Patienten mit nach Hause. Theoretisch stehen diese transfervorbereitenden Maßnahmen somit in der Tradition psychologischer Kontrakte (Kirschenbaum & Flanery, 1983, 1984), Zielvereinbarungen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; Schröder, 2003) und Schwarzers Health Action Process Approach (HAPA-Modell, 2008).

Nachsorgephase

Die individualisierte Nachsorge schloss sich direkt an den stationären Rehabilitationsaufenthalt an und verlief wiederum für beide Interventionsgruppen parallel. Immer im Abstand von zwei Wochen wurde mit den Patientinnen und Patienten entweder telefonisch oder elektronisch Kontakt aufgenommen und ein Feedback über die Erreichung des jeweils aktuellen (Teil)Ziels erbeten. Bei Zielerreichung bzw. Erfüllung der selbstgestellten Aufgaben wurde verstärkend gelobt, bei Schwierigkeiten oder Nicht-Erreichen wurde auf die bereits erarbeiteten Bewältigungsstrategien verwiesen und weitere Unterstützung angeboten. Bei Nicht-Erreichen eines (Teil)Zieles konnten die Teilnehmer zudem wählen, ob sie sich weitere zwei Wochen exklusiv auf dieses für sie schwierige Ziel konzentrieren wollten (in welchem Fall das letzte gewählte Ziel wegfiel)

oder ob der Plan wie ursprünglich angedacht weiterverfolgt werden sollte. Diese Kurzkontakte orientierten sich an dem von Kanfer und Mitarbeitern (2006) beschriebenen Prinzip der minimalen Intervention – der geringst möglichen Hilfe, die ein Teilnehmer braucht, um wieder autonom leben zu können. Bezüglich der Programmdauer folgten wir dem Beispiel anderer erfolgreicher Nachsorgeangebote (bspw. Golkaramnay et al., 2007) und entschieden uns für eine „Nachsorgezeit“ von drei Monaten.

4.2.2 Ethikkommission und Datenschutz

Für die Durchführung einer jeden wissenschaftlichen Studie ist ein positives Votum der Ethikkommission der jeweils zuständigen Landesärztekammer zwingend notwendig. Hierdurch soll einerseits der Schutz der Patienten sowie andererseits auch eine Wahrung geltender Qualitätsstandards sichergestellt werden.

Daher wurde das Design, die verwendeten Materialien (Fragebögen etc.) und die Hypothesen der vorliegenden Studie vor Beginn der Untersuchung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur Begutachtung vorgelegt. Das Gremium stimmte dem Forschungsvorhaben ohne Änderungswünsche zu. Erst nachdem dieses positive Votum erfolgte, wurde mit der Datenerhebung begonnen.

4.2.3 Ablauf

Jeder potentiell für diese Studie zulässige Patient erhielt im Verlauf seines/ihrer stationären Aufenthaltes eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an einer Informationsveranstaltung bezüglich der vorliegenden Studie. In diesem Rahmen wurden nähere Details des Forschungsvorhabens erläutert und den Patientinnen und Patienten eine schriftliche Erläuterung sowie eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und zur Verwendung der erhobenen Daten ausgehändigt. Diese sollten sorgfältig durchgelesen und nach einer angemessenen Bedenkzeit eine Entscheidung bezüglich Teilnahme bzw. Nichtteilnahme gefällt werden (Patienteninformation und Einwilligungserklärung im Anhang).

Diejenigen Patienten, die sich für eine Teilnahme entschieden, wurden anschließend von einer klinikinternen unabhängigen Stelle zu einer der bereits vorgestellten Gruppen randomisiert:

- Kontrollgruppe:** Kontrollgruppe bzw. Patienten ohne Nachsorge
Telefon-Gruppe: Patienten mit persönlich-telefonischer Nachsorge
Web-Gruppe: Patienten mit web-basierter Nachsorge

Während den Teilnehmern der KG also keine spezielle Nachsorge angeboten wurde (Regelversorgung), erarbeiteten die Patienten der beiden Interventionsgruppen noch während ihres Klinikaufenthaltes im Rahmen der transfervorbereitenden Maßnahmen zunächst in Eigeninitiative, dann gemeinsam mit Ihrem Bezugstherapeuten die für sie wichtigsten sechs (Teil)Ziele, die möglicherweise damit verbundenen Probleme sowie adäquate Bewältigungsstrategien und hielten diese mittels der bereits erwähnten Was/Wann –Pläne schriftlich fest (siehe Abb. 6).

	Was (konkrete, handlungsbezogene Teilziele)	Wie & Wann & mit Wem (Strategien, um das Ziel zu erreichen, ggf. Datum & Uhrzeit, Wer könnte als Stütze herangezogen werden?)	Mögliche Probleme (Schwierigkeiten & Bewältigungsstrategien)
Teilziel 1		am: um:	
Teilziel 2		am: um:	
Teilziel 3		am: um:	
Teilziel 4		am: um:	
Teilziel 5		am: um:	
Teilziel 6		am: um:	

Abbildung 6. Was/Wann-Pläne

Nach Verlassen der Klinik wurde dann mit jedem Patienten der beiden Interventionsgruppen insgesamt 6x Kontakt aufgenommen, immer in einem zeitlichen Abstand von 14 Tagen. Diese Kontakte dienten der Überprüfung der Erreichung der jeweiligen Ziele, wobei die Realisation dieser Überprüfungen je nach Gruppenzugehörigkeit unterschiedlich erfolgte:

In der Gruppe mit **persönlich-telefonischer Nachsorge** wurden die Patienten zu jeweils sechs vorher vereinbarten Terminen (Datum und Uhrzeit) von einer speziell geschulten Pflegekraft der Klinik telefonisch kontaktiert. Dabei wurde die adäquate Implementierung der Nachsorge durch eine genaue Prozessdokumentation sichergestellt. Die Dauer der Telefonkontakte wurde auf 15 Minuten begrenzt, da die Kontakte einzig der Überprüfung der Erreichung der vereinbarten Ziele dienen sollten, nicht jedoch der Weiterführung der während des Klinikaufenthaltes stattfindenden Einzelgespräche. Diese Regelung wurde auch mit den teilnehmenden Patientinnen und Patienten ausführlich im Vorfeld der Studie besprochen.

Die Mitglieder der Gruppe mit **web-basierter Nachsorge** wurden gebeten, die von ihnen gewählten (Teil)Ziele noch während ihres Klinikaufenthaltes selbständig in ein eigens dafür kreierte Online-Nachsorge-Portal einzugeben (s. Abb. 7), wofür sie individuelle Benutzer-Kennungen und Passwörter erhielten.



St. Franziska-Stift
Psychosomatische Fachklinik
Bad Kreuznach

Caritas
Sozialgesellschaft
für 1911

ST. FRANZISKA-STIFT

CATS Patient

computer aided therapy system

Behandlungsnummer:

Passwort

Anmelden

Abbildung 7. CATSystem

Die weiteren Schritte erfolgten analog zur persönlich-telefonischer Nachsorge. Jeweils im Abstand von 14 Tagen erhielten die Teilnehmer eine elektronische Einladung, sich in das Nachsorgeportal einzuloggen und bezüglich der Erreichung des aktuellen (Teil)Ziels Rückmeldung zu geben. Zusätzlich standen den Patienten hier noch eine Reihe weiterer Möglichkeiten zur Verfügung – beispielsweise eine digitale Bibliothek zu verschiedenen Themengebieten (bspw. Motivation, Zielerreichung, Entspannung) und die Möglichkeit, die eigene Entwicklung (gemessen durch eine Selbsteinschätzung der Patienten auf verschiedenen Skalen) im Verlauf zu beobachten.

Zur Beurteilung der kurz- und langfristige Effektivität beider Nachsorge-Varianten wurden alle Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Studie zu vier Zeitpunkten gebeten, schriftlich zu ihrem Befinden und zu ihrer Teilnahme an der Studie Stellung zu nehmen. Diese Befragungen (T1 bis T4) erfolgten unter Zuhilfenahme speziell zusammengestellter Fragebogen-Sets und fanden zu T1 (Beginn der stationären Reha) und T2 (Beendigung der stationären Reha) innerhalb der Klinik, zu T3 (Ende der Nachsorgephase) und T4 (12 Monate nach Verlassen der Klinik) postalisch statt.

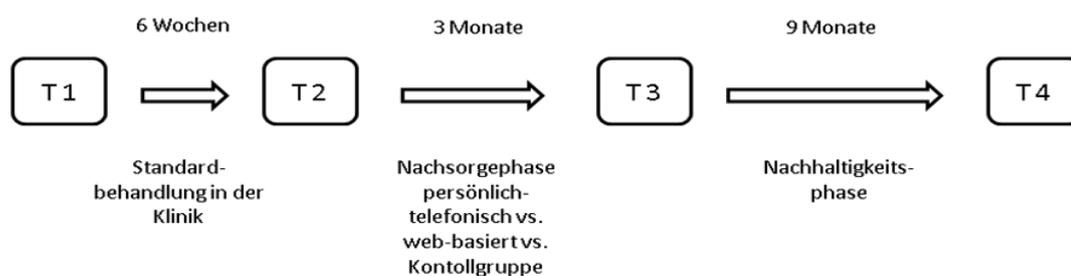


Abbildung 8. Erhebungszeitpunkte

5. Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse gliedert sich – analog zu den aufgestellten Hypothesen (siehe Kapitel 3) – in vier Abschnitte, wobei die statistische Prüfung der Hypothesen unter Zuhilfenahme des statistischen Auswertungsprogrammes SAS 9.3 erfolgte. Zunächst soll jedoch die Stichprobe genauer beschrieben sowie auf die Befunde zu Machbarkeit und Akzeptanz des Nachsorgekonzeptes eingegangen werden.

5.1 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit zwischen Juli 2010 und September 2011 entschieden sich insgesamt 361 Patienten des St. Franziska Stiftes für eine Teilnahme an der vorliegenden Studie, 193 Patienten entschieden sich im gleichen Zeitraum bewusst dagegen. Als Gründe für eine Nicht-Teilnahme wurden am häufigsten Zeitmangel, eine befürchtete Überlastung sowie fehlendes Interesse genannt.

Von den 361 teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden 105 zur Kontrollgruppe, 123 zu der Gruppe mit persönlich-telefonischer („Telefon-Gruppe“) und 133 zur Gruppe mit web-basierter Nachsorge („Web-Gruppe“) randomisiert. Zum Entlasszeitpunkt lagen verwertbare Datensätze von 103 Teilnehmern der KG, 123 Teilnehmern der Telefon-Gruppe und 130 Teilnehmern der Web-Gruppe vor (insgesamt 356).

Die erste Nachbefragung (direkt im Anschluss an die 3-monatige Interventionsphase) wurde von 87 Mitgliedern der KG, 82 Mitgliedern der Telefon-Gruppe und 84 Mitgliedern der Web-Gruppe beantwortet (insgesamt 253). Bezüglich der 12-monats-Katamnese waren bis zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit 38 Rückantworten der KG, 27 Antworten der Telefon-Gruppe und 32 Antworten der Web-Gruppe eingegangen (insgesamt 97). Abbildung 9 zeigt den Fluss der Patientinnen und Patienten, eine Analyse des Drop-Outs erfolgt unter 5.1.4. Mit einer Auswertung der vollständigen Nachbefragungsdaten ist im Dezember 2012 zu rechnen.

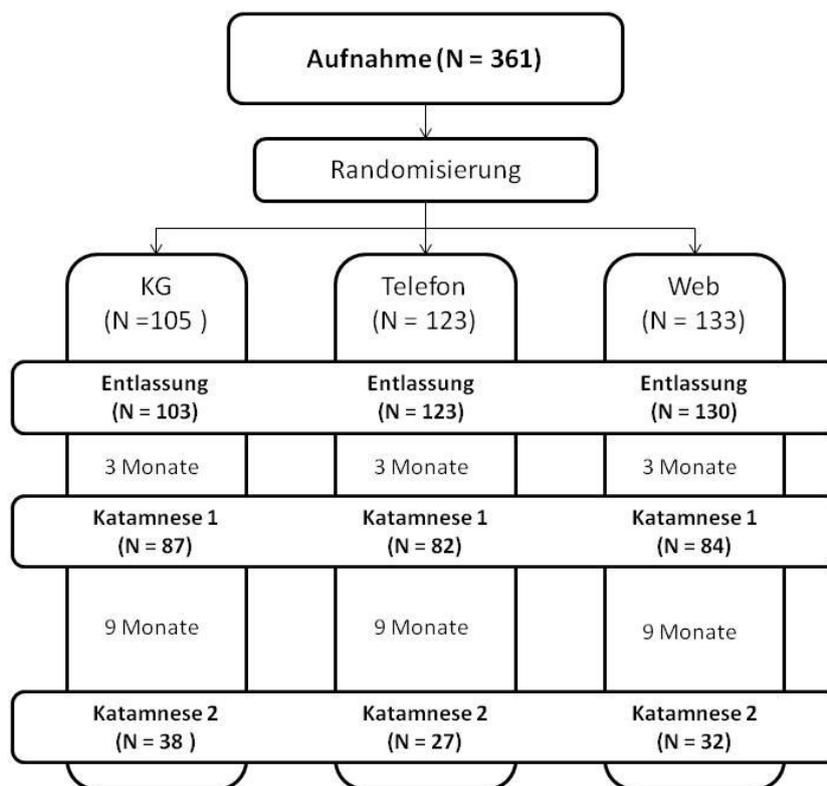


Abbildung 9. Flussdiagramm der Studienteilnehmer

Aufgrund des deutlichen Unterschiedes im Hinblick auf die (bisherige) Teilnehmerzahl zu beiden Katamnesezeitpunkten ($N = 253$ vs. $N = 97$) und der hierdurch zu erwartenden Einschränkung der Power werden im Folgenden die jeweils zu den Katamnesezeitpunkten vollständig vorliegenden Datensätze separat ausgewertet – einerseits jener Datensatz, der zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese (skalenbezogen) vollständig vorlag („Stichprobe 1“), andererseits jener, für den dies sowohl zum Zeitpunkt der 3- als auch der 12-monats-Katamnese der Fall war („Stichprobe 2“).

5.1.1 Allgemeine und soziodemographische Daten

Im Mittel lag das **Alter** der Teilnehmer der KG bei 47,74 Jahren ($SD = 9,86$), das der Teilnehmer der Telefon-Gruppe bei 44,35 Jahren ($SD = 10,80$) und das der Teilnehmer der Web-Gruppe bei 45,18 Jahren ($SD = 9,63$). Die Altersunterschiede zwischen den Gruppen waren signifikant ($F_{(2, 358)} = 3.46$, $p = 0.0325$). Aus diesem Grunde und da das Alter der Teilnehmer durchaus einen Einfluss auf die Zielvariablen haben könnte (bspw.

im Sinne eines leichteren Umgangs jüngerer Studienteilnehmer mit elektronischem Equipment), wurde es a priori als Kontrollvariable in die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen aufgenommen und der vermutete Einfluss somit auspartialisiert.

Das **Verhältnis Männer zu Frauen** betrug in der KG 30:75, in der Telefon-Gruppe 29:94 und in der Web-Gruppe 39:94. Eine χ^2 -Testung ergab keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2_{(2)} = 1.2188$, $p = 0.5437$).

Bezüglich des **Bildungsniveaus** fanden sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2_{(6)} = 5.5316$, $p = 0.4776$). So haben 35,24 % der KG einen Hauptschulabschluss versus 26,83 % der Telefon-Gruppe und 27,82 % der Web-Gruppe. Mittlere Reife haben 40 % der KG, 42,28 % der Telefon-Gruppe und 45,11 % der Web-Gruppe. Ein Abitur können 24,76 % der KG, 28,46 % der Telefon-Gruppe und 26,32 % der Web-Gruppe vorweisen. Lediglich drei Teilnehmer der Telefon-Gruppe und ein Teilnehmer der Web-Gruppe hatten keinen Schulabschluss.

Auch auf der Ebene des **Familienstandes** erwiesen sich die untersuchten Gruppen als vergleichbar ($\chi^2_{(10)} = 8.9359$, $p = 0.5382$). Getrennt lebend oder geschieden waren 23 Teilnehmer der KG, 26 Mitglieder der Telefon-Gruppe und 29 Patienten der Web-Gruppe. Ledig waren 21 Patientinnen und Patienten der KG, 32 der Telefon-Gruppe und 27 der Web-Gruppe. Der überwiegende Anteil aller Gruppen war verheiratet (50 vs. 58 vs. 63) und 1 respektive 5 respektive 2 Probanden gaben an, verwitwet zu sein.

Eine genauere Betrachtung der **Nationalität** verdeutlichte, dass überwiegend Patientinnen und Patienten deutscher Staatsbürgerschaft teilnahmen – so waren 97,14 % der KG, 100 % der Telefon-Gruppe und 96,99 % der Web-Gruppe deutscher Nationalität. Die Gruppen unterschieden sich wiederum nicht signifikant voneinander ($\chi^2_{(10)} = 14.2431$, $p = 0.1622$).

Im Hinblick auf die **Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate** vor Aufnahme zeigte sich folgendes Bild: innerhalb der KG waren 17,14 % nicht, 24,76 % bis zu drei Monate, 12,38 % drei bis sechs Monate, 42,86 % sechs und mehr Monate arbeitsunfähig sowie 2,86 % als nicht erwerbstätig eingestuft. Innerhalb der Telefon-

Gruppe waren es dagegen 17,07 % , 39,84 % , 12,20 % , 26,83 % und 4,07 % sowie 11,28 % , 36,84 % , 13,53 % , 35,34 % und 3,01 % innerhalb der Web-Gruppe ($\chi^2_{(8)} = 10.6864$, $p = 0.2201$). Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich auch bezüglich der **Arbeitsfähigkeit bei Entlassung** ($\chi^2_{(6)} = 9.2360$, $p = 0.1607$) sowie der **Leistungsfähigkeit im alten Beruf** ($\chi^2_{(4)} = 1.4084$, $p = 0.8427$).

*Tabelle 3. Soziodemographische Angaben; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant*

		Kontrolle	Telefon	Web	p
Alter	M (SD)	47.74 (9.86)	44.35 (10.80)	45.18 (9.63)	0.0325
Ge- schlecht	M	30 28.57%	29 23.58%	39 29.32%	0.5437
	W	75 71.43%	94 76.42%	94 70.68%	
Bildungs- niveau	Keinen	0 0.00%	3 2.44%	1 0.75%	0.4776
	Hauptschule	37 35.24%	33 26.86%	37 27.82%	
	Mittlere Reife	42 40.00%	52 42.28%	60 45.11%	
	Abitur	26 24.76%	35 28.46%	35 26.32%	
Familien- stand	getrennt/geschieden	23 24.21%	26 21.59%	29 23.77%	0.5382
	Ledig	21 22.11%	32 26.45%	27 22.13%	
	Verheiratet	50 52.63%	58 47.93%	63 51.64%	
	Verwitwet	1 1.05%	5 4.13%	2 1.64%	
Nationa- lität	Deutsch	102 97.14%	123 100.00%	129 96.99%	0.1622
	Andere	3 2.85%	0 0.00%	4 3.01%	
AU-Zeiten innerhalb der letzten 12 Monate	Keine	18 17.14%	21 17.07%	15 11.28%	0.2201
	bis zu 3 Monate	26 24.76%	49 39.84%	49 36.84%	
	3 bis 6 Monate	13 12.38%	15 12.20%	18 13.53%	
	6 und mehr Monate	45 42.86%	33 26.83%	47 35.34%	
	nicht erwerbstätig	3 2.86%	5 4.07%	4 3.01%	
Arbeits- fähigkeit bei Ent- lassung	arbeitsfähig	59 56.19%	88 71.54%	79 59.40%	0.1607
	arbeitsunfähig	45 42.86%	33 26.83%	53 39.85%	
	Hausfrau/-mann	0 0.00%	1 0.81%	1 0.75%	
	Beurteilung n. erforderlich	1 0.95%	1 0.81%	0 0.00%	
LF im alten Beruf	unter 3 Stunden	17 16.19%	15 12.20%	21 15.79%	0.8427
	3 bis 6 Stunden	6 5.71%	5 4.07%	7 5.26%	
	6 und mehr Stunden	82 78.10%	103 83.74%	105 78.95%	

5.1.2 Klinische Daten

Die **Dauer** der stationären Rehabilitation betrug im Durchschnitt für die KG 42,89 Tage (SD = 10,36), für die Telefon-Gruppe 44,74 Tage (SD = 9,86) und für die Web-Gruppe 42,97 Tage (SD = 9,59). Auch bezogen auf diese Variable unterschieden sich die untersuchten Gruppen nicht signifikant voneinander ($F_{(2, 358)} = 1.34$, $p = 0.2620$, s. Tabelle 4).

*Tabelle 4. Dauer der Behandlung; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant*

		Kontrolle	Telefon	Web	p
Dauer	M (SD)	42.89 (10.36)	44.74 (9.85)	42.98 (9.59)	0.2620

Dagegen zeigten sich bei Betrachtung der **ICD-10 Hauptdiagnosen** sehr wohl signifikante Unterschiede ($\chi^2_{(8)} = 16.0768$, $p = 0.0413$, s. Tabelle 5).

*Tabelle 5. Diagnosen ICD-10 Hauptkategorien; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant*

		Kontrolle	Telefon	Web	p
F30-F39	Affektive Störungen	58 55.24%	49 39.84%	69 51.88%	0.0413
F40-F49	Neurotische/Belastungs- /somatoforme Störungen	30 28.57%	35 28.46%	36 27.07%	
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen	14 13.33%	36 29.27%	20 15.04%	
F60-F69	Persönlichkeits-/ Verhaltensstörungen	3 2.86%	2 1.63%	6 4.51%	
Sonstige		0 0.00%	1 0.81%	2 1.50%	

Diese traten bei einer eher „inhaltlichen“ Aufteilung in einzelne Diagnosegruppen nochmals deutlicher hervor ($\chi^2_{(8)} = 23.5126$, $p = 0.0028$; s. Tab. 6). Aufgrund dieser Ungleichverteilung und einem anzunehmenden Einfluss auf die Gruppeneffekte (ähnlich

wie bei der Variablen „Alter“) wurde die Diagnose ebenfalls als zusätzliche Kontrollvariable in die Hypothesentestung aufgenommen.

*Tabelle 6. Inhaltliche“ Aufteilung der Diagnosegruppen; die mit * gekennzeichneten Werte sind nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur weiterhin signifikant*

		Kontrolle		Telefon		Web		p
Angst	F40; F41	8	7.62%	11	8.94%	8	6.02%	0.0028*
Belastung	F43; F62	11	10.48%	23	18.70%	23	17.29%	
Depression	F32; F33; F34; F38	58	55.24%	48	39.02%	66	49.62%	
Somatoform	F45; F480	11	10.48%	1	0.81%	7	5.26%	
Sonstige		17	16.19%	40	32.52%	29	21.80%	

5.1.3 Spezifische testdiagnostische Parameter

Bezüglich der **Allgemeinen Depressionsskala (ADS)** zeigten sich zu Beginn der Behandlung (T1) keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen (s. Tabelle 7). Auch wurden vergleichbare Therapieeffekte deutlich, operationalisiert durch den Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991).

Tabelle 7. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in der ADS zu T1 sowie des RCI

		Kontrolle		Telefon		Web		F _{df}	p
		M (SD)		M (SD)		M (SD)			
ADS	T1	23.69	(8.64)	23.73	(9.36)	23.30	(9.53)	0.08	0.9198
	RCI_T1_T2	-2.09	2.00	-2.30	2.21	-2.31	1.90	0.43	0.6536

Im Hinblick auf die betrachteten Skalen der **Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH 49)** ergab sich ein ähnliches Bild – wiederum waren die Gruppen zu T1 nicht

signifikant unterschiedlich (s. Tabelle 8) und wiederum profitierten die untersuchten Gruppen in einem ähnlichen Ausmaß von der angebotenen Behandlung.

Tabelle 8. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in den betrachteten HEALTH-Skalen zu T1 sowie des RCI

		Kontrolle		Telefon		Web		F_{df}	p
		M (SD)		M (SD)		M (SD)			
HEALTH 1	T1	1.83	(0.91)	1.80	(0.95)	1.91	(1.01)	0.40	0.6712
Somatoforme Beschwerden	RCI_T1_T2	-0.85	1.29	-0.95	1.39	-1.11	1.30	1.67	0.1889
HEALTH 3	T1	1.02	(0.92)	0.93	(1.03)	0.87	(0.84)	0.58	0.5617
Phobische Ängste	RCI_T1_T2	-0.77	1.18	-0.63	1.11	-0.67	0.99	0.51	0.6026
HEALTH 8	T1	2.27	(1.04)	2.24	(0.83)	2.17	(0.78)	0.40	0.6696
Aktivität & Partizipation	RCI_T1_T2	-1.42	1.87	-1.69	1.84	-1.46	1.81	0.53	0.5864

Auch bei Betrachtung des **Short Form 8 Health Survey (SF 8)** fanden sich keine signifikant unterschiedlichen Aufnahmewerte bzw. kein signifikant unterschiedlicher aus der Therapie gezogener Nutzen zum Ende der Rehabilitation (s. Tabelle 9).

Tabelle 9. Darstellung der Signifikanztestung auf Unterschiede zwischen den Gruppen in den SF-Summenskalen sowie des RCI

		Kontrolle		Telefon		Web		F_{df}	p
		M (SD)		M (SD)		M (SD)			
SF 1	T1	2.37	0.72	2.37	0.69	2.24	0.84	0.72	0.4897
Körperliche Summenskala	RCI_T1_T2	-1.25	1.57	-0.97	1.74	-1.09	1.50	0.69	0.5036
SF 2	T1	2.76	0.67	2.78	0.64	2.62	0.75	0.48	0.6209
Psychische Summenskala	RCI_T1_T2	-2.69	1.77	-2.30	2.68	-2.18	2.19	1.21	0.3007

5.1.4 Drop-Out-Analyse

Eine weitere wichtige und zu klärende Frage war die nach systematischen Veränderungen der Stichprobe im zeitlichen Verlauf, was eine Analyse des Drop-Outs (des vorzeitigen Ausstiegs bzw. Ausscheidens von Studienteilnehmern aus der Untersuchung) erforderlich machte. Wichtig erschien dabei vor allem eine genauere Untersuchung der Veränderungen der Stichprobe zwischen Entlassung (T2) und 3-monats-Katamnese (T3), da sich hier eine relevante Reduktion der Stichprobe von $N = 356$ auf $N = 253$ ergab. Auf eine Analyse des Drop-Outs zwischen T3 und T4 wurde aufgrund der noch nicht vollständig abgeschlossenen Erhebung zu T4 verzichtet.

Überprüft wurden also die relativen Änderungen der in den oberen Abschnitten bereits aufgegriffenen allgemeinen, soziodemographischen und klinischen Variablen zwischen T2 und T3 (Anteil der einzelnen Gruppen an der Gesamtstichprobe, Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Nationalität, Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme, Arbeitsfähigkeit bei Entlassung, Leistungsfähigkeit im Beruf sowie Dauer der stationären Behandlung und Diagnose nach „inhaltlicher“ Aufteilung). Auf eine Korrektur dieser multiplen Testung nach Bonferroni-Holm wurde an dieser Stelle zu Gunsten einer Beibehaltung der Power des Tests zur Überprüfung der Selektionseffekte verzichtet, da sichergestellt werden sollte, dass mögliche Einflüsse erfasst und somit bei der späteren Interpretation berücksichtigt werden konnten.

Als Resultat dieser Überprüfung wurde deutlich, dass zwischen den beiden betrachteten Befragungszeitpunkten tatsächlich signifikante Unterschiede sowohl hinsichtlich des relativen Anteils der einzelnen Gruppen an der Gesamtstichprobe ($\chi^2_{(2)} = 11.8987$, $p = 0.0026$) als auch hinsichtlich der unterschiedlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme ($\chi^2_{(4)} = 9.7221$, $p = 0.0454$) bestehen – d.h. mehr Teilnehmer der beiden Interventionsgruppen schieden vorzeitig aus der Untersuchung aus (16 Teilnehmer der KG vs. 41 Teilnehmer der Telefon-Gruppe vs. 46 der Web-Gruppe) und auch mehr Teilnehmer mit Arbeitsunfähigkeitszeiten von sechs und mehr Monaten vor Aufnahme waren zu T3 nicht mehr Teil der Untersuchung (so berichteten bei Aufnahme 46.30 % der Studienteilnehmer AU-Zeiten von sechs und mehr Monaten vor Aufnahme, zu T3 waren es noch 29.64 %).

5.2 Machbarkeit und Akzeptanz

5.2.1 Machbarkeit

Da sich die technische Umgebung der Studie (das CATSystem) bereits in früheren Untersuchungen als stabil erwiesen hat (z.B. Solzbacher, 2011), wurden auch für die aktuelle Adaption des Systems keine erheblichen Schwierigkeiten erwartet. Tatsächlich berichteten die Patienten keine nennenswerten technischen Probleme, einzig die verwendeten Sicherheitszertifikate (zur verschlüsselten Datenübertragung) erwiesen sich als Hürde. Generell können zwei Arten dieser Zertifikate unterschieden werden – Zertifikate, die bereits im jeweiligen Browser vorinstalliert sind und von diesem auch erkannt werden (jedoch bei einer offiziellen Zertifizierungsstelle käuflich erworben werden müssen) sowie Zertifikate, die nicht vorinstalliert sind und von den Browsern folglich nicht erkannt werden (jedoch gratis zur Verfügung stehen). Da im Rahmen der vorgestellten Studie auf ein solches Gratiszertifikat zurückgegriffen wurde, wurde bei jedem Aufruf des Nachsorgeportals deutlich vor dem Zugriff auf verschlüsselte Seiten mit unbekanntem Sicherheitszertifikat gewarnt. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen erhielten die Studienteilnehmer mit web-basierter Nachsorge im Vorfeld genaue Informationen und tatsächlich waren diesbezügliche Beschwerden selten, allerdings kann ein Einfluss dieser Warnung auf das Teilnahmeverhalten nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Generell ist dennoch eine gute **technische Machbarkeit** zu attestieren.

Auch die **organisatorische Machbarkeit** war – nach gewissenhafter Vorbereitung, Planung und Implementierung – gegeben. Lediglich die Besprechung der individuellen Nachsorgeziele erforderte eine Umstellung der stationären Abläufe im Sinne eines einmaligen zeitlichen Mehraufwandes der Bezugstherapeuten. Die wöchentliche Informationsveranstaltung und die technische Einweisung der Teilnehmer der Web-Gruppe wurden klinikübergreifend und unabhängig von den einzelnen Stationen realisiert und die Betreuung der Nachsorgegruppen übernahm jeweils eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik. Insgesamt ließ sich das Angebot beinahe nahtlos in den Klinikalltag integrieren und stellte lediglich geringe Zusatzanforderungen an die Klinikmitarbeiter.

5.2.2 Akzeptanz

Die Akzeptanz des Angebotes (d.h. die Zufriedenheit der Teilnehmer der Interventionsgruppen mit der jeweils angebotenen Nachsorge bzw. das wahrgenommene Ausmaß an Hilfe/Unterstützung) wurde jeweils zur 3-monats- sowie zur 12-monats-Katamnese erfasst. Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Gesamtheit der berichteten Einschätzungen zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese.

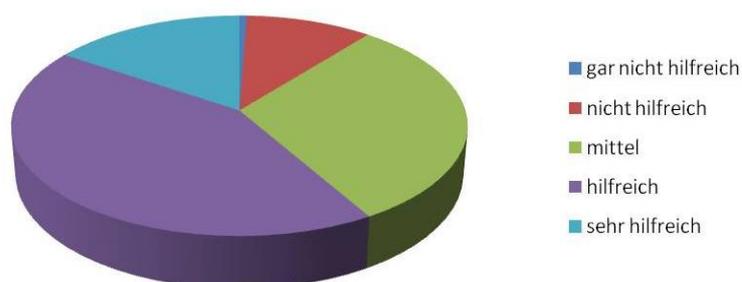


Abbildung 10. Berichtetes Ausmaß an Hilfe/Unterstützung durch die angebotene Nachsorge, 3-monats-Katamnese

Im Zuge der 12-monats-Katamnese berichteten die Teilnehmer sehr ähnliche bzw. in Summe noch etwas positivere Werte (s. Abbildung 11), was jedoch aufgrund der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht vollständig abgeschlossenen Erhebung als vorläufiges Ergebnis zu betrachten ist.

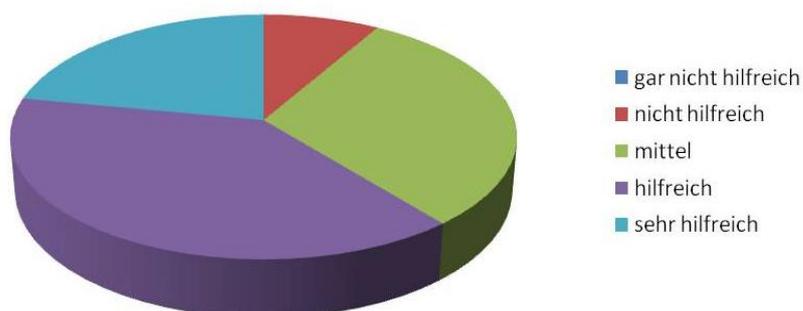


Abbildung 11. Berichtetes Ausmaß an Hilfe/Unterstützung durch die angebotene Nachsorge, 12-monats-Katamnese

Eine differenzierte Darstellung der subjektiven Einschätzungen getrennt nach Gruppenzugehörigkeit (Telefon-Gruppe vs. Web-Gruppe) ergab drei Monate nach der Entlassung aus der Klinik folgendes Bild (s. Abbildung 12):

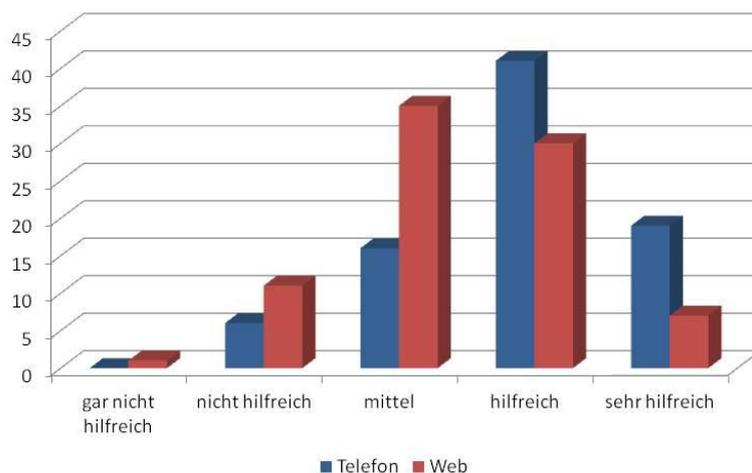


Abbildung 12. Wahrgenommene Hilfe/Unterstützung aufgeschlüsselt nach Gruppen, 3-monats-Katamnese

Danach beurteilte die Mehrheit der PatientInnen der Web-Gruppe ihre Nachsorge als „im mittleren Bereich“ hilfreich, Patientinnen und Patienten der Telefon-Gruppe berichteten dagegen überwiegend von einer „hilfreichen“ Unterstützung, diese Unterschiede sind signifikant ($\chi^2_{(4)} = 16.7700$, $p = 0.0021$). Zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese ergab sich die nachstehende Verteilung (s. Abbildung 13), wobei die Gruppenunterschiede hier knapp das Signifikanzniveau verfehlen ($\chi^2_{(3)} = 7.7153$, $p = 0.0523$), was jedoch auf möglicherweise fehlende Power aufgrund der kleinen Stichprobe attribuiert werden kann.

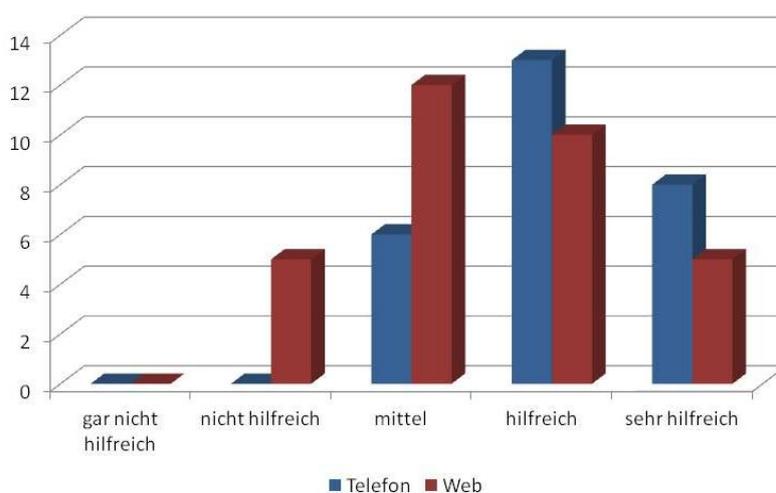


Abbildung 13. Wahrgenommene Hilfe/Unterstützung aufgeschlüsselt nach Gruppen, 12-monats-Katamnese

5.3 Hypothese 1 – „Kontrollgruppe vs. Nachsorgegruppen“

Hypothese 1:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Um zu überprüfen, ob eine individualisierte Nachsorge (unabhängig von der Art der Realisierung) einen Einfluss auf die Nachhaltigkeit erzielter Rehabilitationsergebnisse hat, wurden klinisch relevante Fragebogenkennwerte zwischen der Kontrollgruppe einerseits und den beiden Interventionsgruppen andererseits verglichen. Dies geschah getrennt anhand zweier Teilstichproben – Stichprobe 1 setzte sich zusammen aus allen Datensätzen, die zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese vollständig vorlagen (N = 253, Erhebung abgeschlossen), Stichprobe 2 lediglich aus jenen, für die dies sowohl zur 3- als auch zur 12-monats-Katamnese der Fall war (N = 97, Erhebung zu T4 noch nicht abgeschlossen). Aufgrund der momentan erheblich geringeren Fallzahl zu T4 hat die Auswertung der zweiten Stichprobe erneut eher vorläufigen Charakter, wird jedoch aus Gründen der Vollständigkeit ebenfalls dargestellt. Einen Sonderfall stellten hier jedoch die beiden Summenskalen des SF dar – eine im Verlauf der Untersuchung aufgetretene Änderung der zum Entlasszeitpunkt (T2) ausgegebenen Fragebögen limitierte die Anzahl der verwertbaren Datensätze auf N = 215, was folglich auch die Fallzahl zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese auf maximal diese Ziffer beschränkte. Da auf dieser Basis im Rahmen der 12-monats-Katamnese bisher lediglich N = 43 Datensätze generiert werden konnten, wird auf eine Auswertung dieser Skalen im Zusammenhang mit Stichprobe 2 gänzlich verzichtet.

5.3.1 Stichprobe 1

Abbildung 14 gibt zunächst eine graphische Übersicht über den zeitlichen Verlauf der Mittelwerte der sechs betrachteten Skalen (getrennt nach den beiden hier untersuchten Gruppen) – von Aufnahme über Entlassung zur ersten Nachbefragung. In Tabelle 10 sind entsprechend die relevanten Fragebogenkennwerte, Signifikanzen und Effektstärken zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** dargestellt.

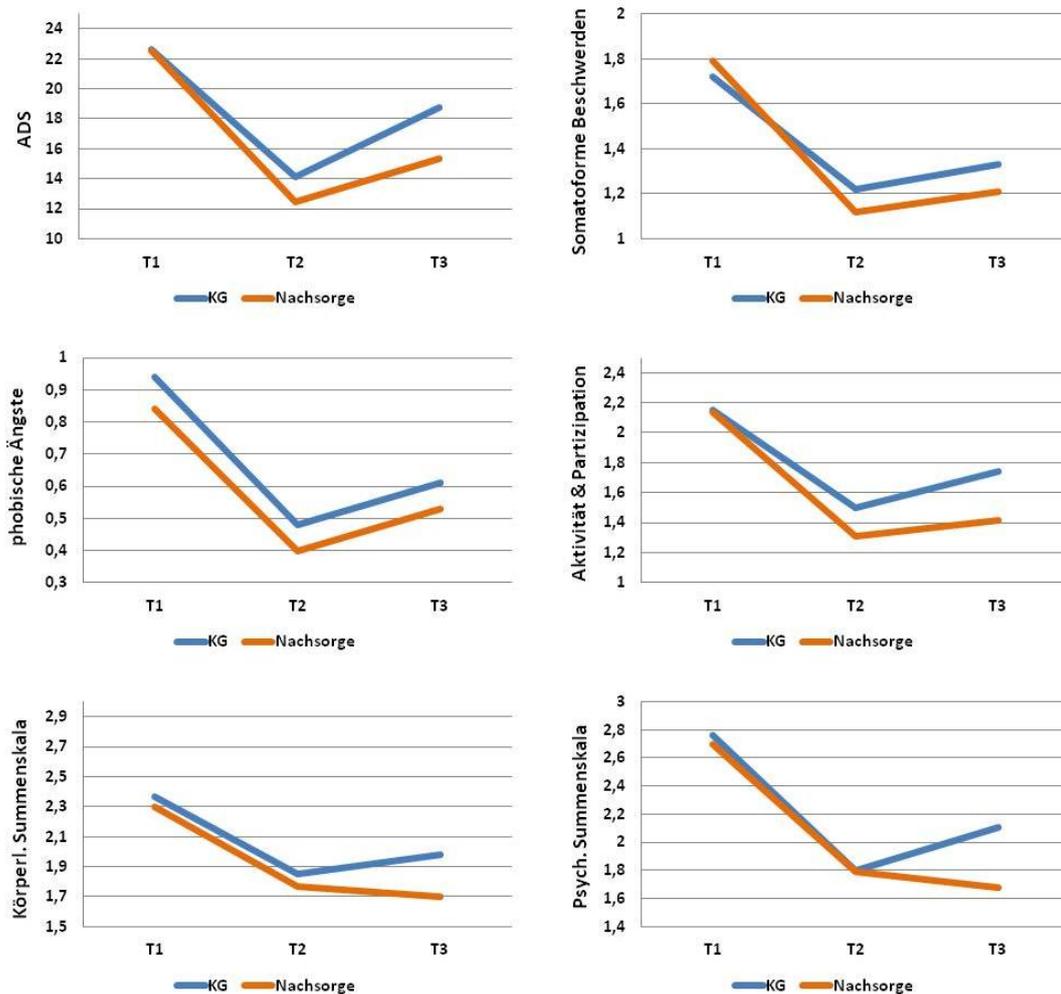


Abbildung 14. Hypothese 1, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

Tabelle 10. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

		F_{df}	p	d
ADS		4.12	0.0434	0.23
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	0.03	0.8554	0.04
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.00	0.9447	0.00
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.98	0.3231	0.13
SF 1	Körperliche Summenskala	4.29	0.0396	0.24
SF 2	Psychische Summenskala	9.63	0.0022	0.40

Die aufgestellte Hypothese lässt sich anhand der vorliegenden Auswertung der Fragebogenkennwerte somit nur teilweise bestätigen. Direkt nach Abschluss der Nachsorgephase ergibt sich bezüglich der ADS ein signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und den beiden Nachsorgegruppen, d.h. die berichtete depressive Symptomatik lässt sich durch eine individualisierte Nachsorge nachhaltig positiv beeinflussen. Dagegen zeigen sich im Hinblick auf die betrachteten Skalen der HEALTH keine signifikanten Unterschiede. Bei Betrachtung der Werte der SF-Summenskalen wird sowohl ein signifikant positiver Einfluss der angebotenen Nachsorge auf körperliche als auch auf psychologische Maße deutlich.

5.3.2 Stichprobe 2

In Abbildung 15 sind wiederum die graphischen Verläufe der Gruppenmittelwerte dargestellt (hier jene der „verschlankten“ Stichprobe über die betrachteten vier Skalen), direkt für alle vier Messzeitpunkte.

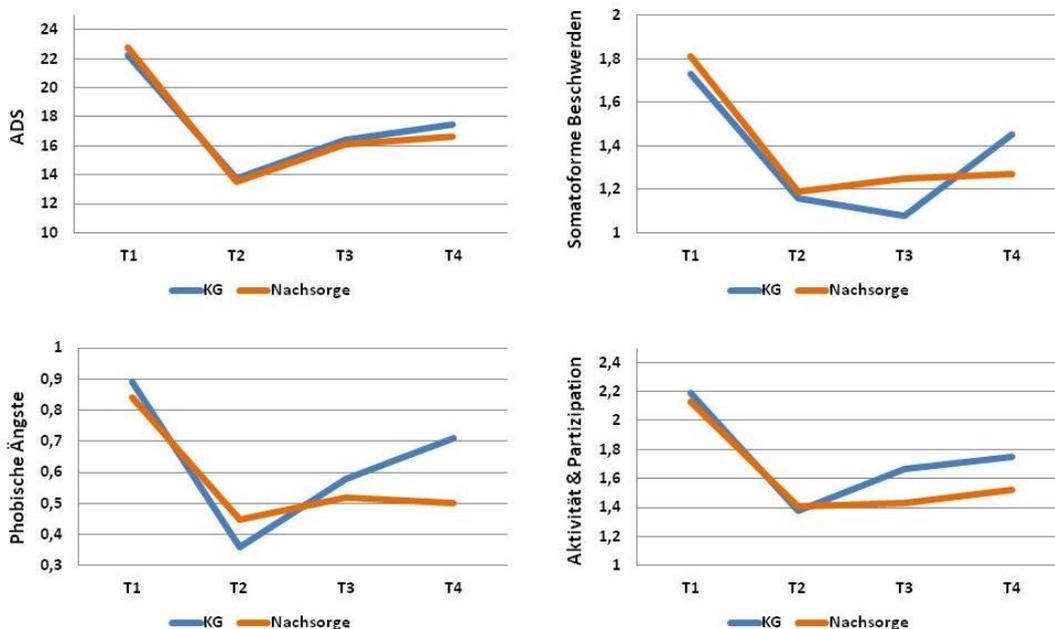


Abbildung 15. Hypothese 1, grafische Darstellung der Mittelwerte der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

Gerechnet mit ausschließlich jenen Datensätzen, die zu beiden Katamnesezeitpunkten vorliegen, ergibt sich zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** folgende Datenlage (s. Tabelle 11):

Tabelle 11. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.03	0.8714	0.02
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	1.85	0.1777	0.16
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.44	0.5073	0.25
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.87	0.3546	0.25

Die Hypothese lässt sich anhand der vorliegenden Daten zu diesem Zeitpunkt nicht bestätigen. Bezüglich der ADS sowie der betrachteten HEALTH-Skalen finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Nachsorgebedingung. Allerdings zeigen sich beispielsweise im Hinblick auf die Subskalen der HEALTH durchaus zumindest kleine Effekte, was auf eine zu geringe Stichprobengröße und somit auf eine fehlende Power zur statistischen Absicherung möglicher Gruppenunterschiede hinweisen könnte.

Die Ergebnisse zum **Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese** sind in Tabelle 12 wiedergegeben.

Tabelle 12. Hypothese 1, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.02	0.8849	0.06
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	5.26	0.0244	0.24
HEALTH 3	Phobische Ängste	1.08	0.3020	0.44
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.01	0.9308	0.22

Bezüglich der ADS ergibt sich ein Jahr nach der stationären Rehabilitation wiederum kein signifikanter Unterschied zwischen den betrachteten Gruppierungen. Dagegen tritt bei Betrachtung der HEALTH ein signifikanter Unterschied bezüglich der Skala „Somatoforme Beschwerden“ hervor, d.h. langfristig scheinen somatoforme Beschwerden durch die angebotene Nachsorge positiv beeinflussbar zu sein. Und auch hier zeigen sich erneut kleine bis mittlere Effekte für die weiteren HEALTH-Subskalen, was erneut auf die Problematik der zu geringen Stichprobengröße bzw. der daraus resultierenden fehlenden Power hinweisen könnte. Insgesamt lässt sich die Hypothese aus der Perspektive der 12-monats-Katamnese jedoch auch trotz geringer Stichprobe zumindest in Teilen bestätigen.

5.4 Hypothese 2 – „Kontrollgruppe vs. Telefon-Gruppe“

Hypothese 2:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte telefonische Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde erneut die bereits beschriebene Vorgehensweise gewählt – jedoch wurden hier speziell die Kennwerte der Telefon-Gruppe (also der Gruppe mit persönlicher Nachsorge) denen der Kontrollgruppe gegenübergestellt. Die Auswertung erfolgte wiederum getrennt nach den beiden bekannten Stichproben.

5.4.1 Stichprobe 1

Auch hier soll in einem ersten Schritt eine graphische Übersicht über die Entwicklung der Mittelwerte zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** gegeben werden (s. Abbildung 16).

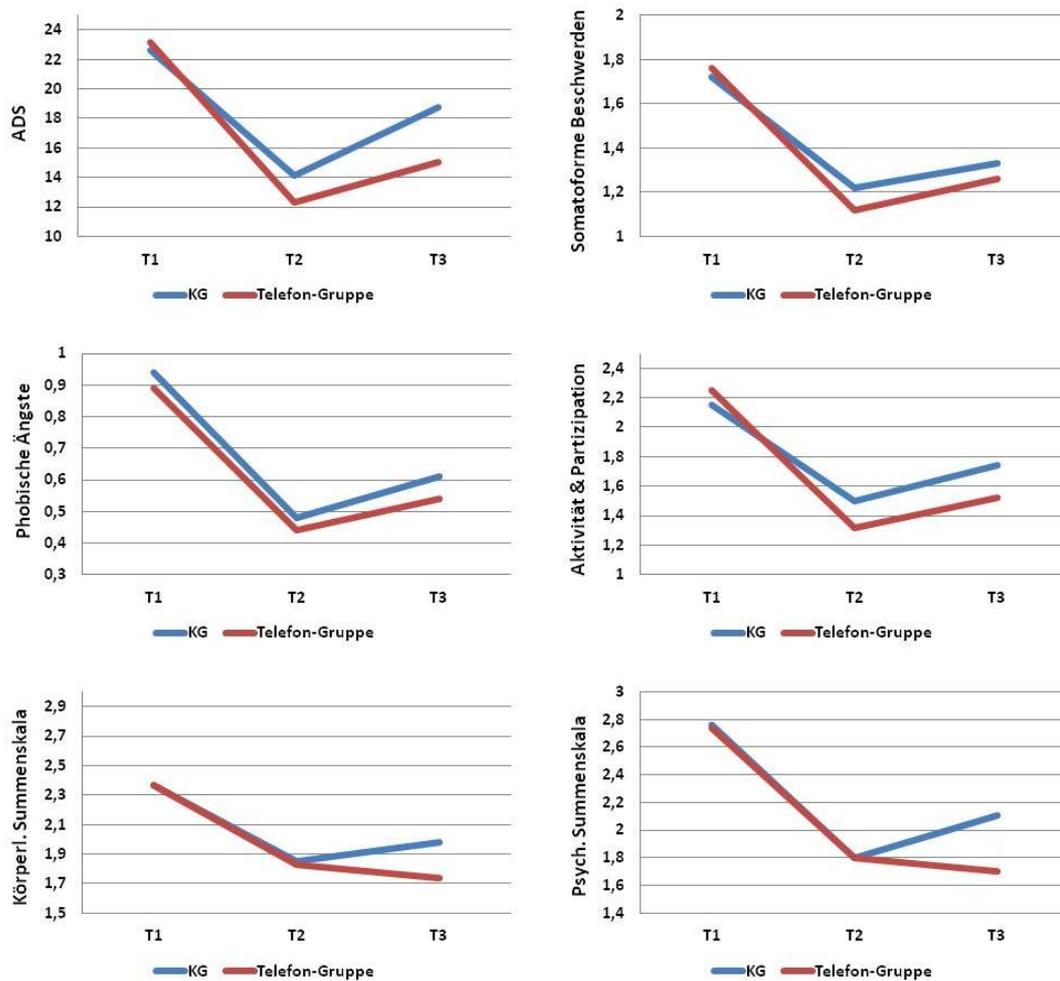


Abbildung 16. Hypothese 2, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung stellen sich wie folgt dar (s. Tabelle 13):

Tabelle 13. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

		F_{df}	p	d
ADS		2.45	0.1188	0.25
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	0.40	0.5282	0.03
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.06	0.8065	0.05
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	1.89	0.1705	0.05
SF 1	Körperliche Summenskala	2.42	0.1217	0.31
SF 2	Psychische Summenskala	7.27	0.0076	0.41

Die aufgestellte Hypothese lässt sich somit in Teilen bestätigen. Weder die berichtete depressive Symptomatik noch die durch die HEALTH-Subskalen erfasste Symptomatik noch die durch die körperliche Summenskala des SF erfasste Symptomatik lassen sich durch eine individualisierte telefonische Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachhaltig verbessern. Jedoch zeigt sich bezüglich der psychischen Summenskala des SF ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

5.4.2 Stichprobe 2

Abbildung 17 zeigt die Mittelwerte der „verschlankten“ Stichprobe zu allen vier Messzeitpunkten.

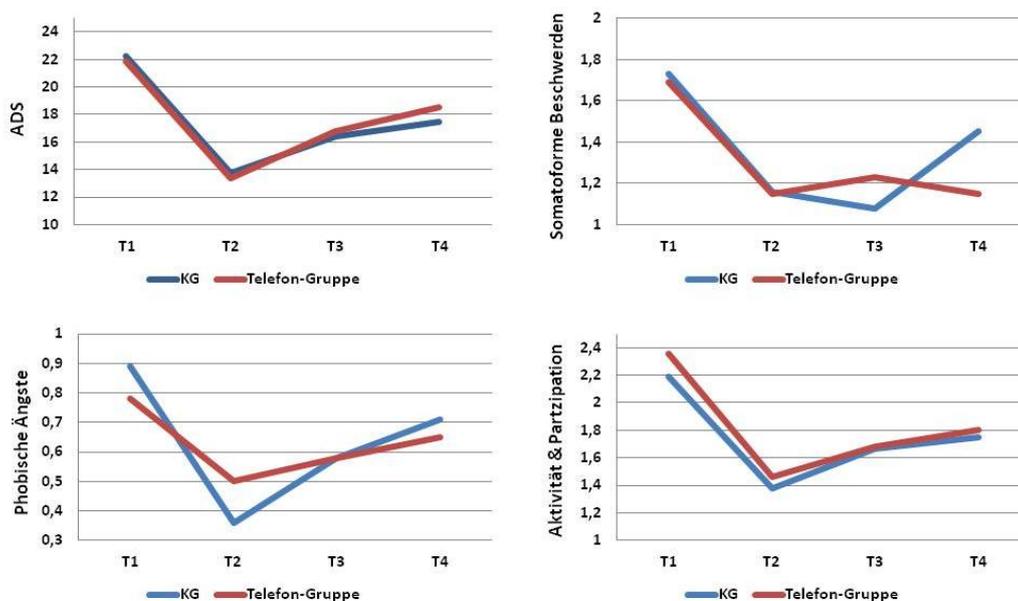


Abbildung 17. Hypothese 2, grafische Darstellung der Mittelwerte der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** finden sich in Tabelle 14:

Tabelle 14. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.41	0.5235	0.09
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	1.66	0.2010	0.18
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.42	0.5200	0.20
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	3.57	0.0624	0.07

Die Hypothese lässt sich nicht bestätigen. Wird lediglich die „verschlankte“ Stichprobe in die Analyse einbezogen, so ergeben sich zu T3 keine signifikanten Effekte bezüglich der ADS oder der HEALTH, jedoch zeigt sich eine tendenzielle Überlegenheit der Telefon-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe im Rahmen der HEALTH Unterskala „Aktivität & Partizipation“.

Tabelle 15 beinhaltet die Ergebnisse zum **Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese**:

Tabelle 15. Hypothese 2, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.05	0.8224	0.15
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	1.84	0.1788	0.28
HEALTH 3	Phobische Ängste	2.11	0.1502	0.25
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.01	0.9230	0.04

Auch aus der Perspektive der 12-monats-Katamnese lassen sich bezüglich der ADS sowie der HEALTH keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Telefon-Gruppe finden – die Hypothese also nicht bestätigen. Jedoch weisen die berichteten Effektstärken erneut auf die bereits erwähnte bekannte Stichproben- und Power-Problematik hin.

5.5 Hypothese 3 – „Kontrollgruppe vs. Web-Gruppe“

Hypothese 3:

Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung lässt sich durch eine individualisierte web-basierte Nachsorge im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern.

Wiederum wird die gleiche Vorgehensweise gewählt, jedoch werden zur Überprüfung der dritten Hypothese einzig die Fragebogenkennwerte der Web-Gruppe (der Gruppe, die web-basiert nachbetreut wurde) mit denen der Kontrollgruppe verglichen.

5.5.1 Stichprobe 1

Die Mittelwerte der betrachteten Skalen im zeitlichen Verlauf bis **zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** sind in Abbildung 18 zu finden. Tabelle 16 beinhaltet die statistischen Ergebnisse der Auswertung:

Tabelle 16. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

		F_{df}	P	d
ADS		3.81	0.0493	0.20
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	0.10	0.7550	0.11
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.13	0.7145	0.05
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.12	0.7256	0.22
SF 1	Körperliche Summenskala	4.35	0.0383	0.17
SF 2	Psychische Summenskala	7.61	0.0063	0.42

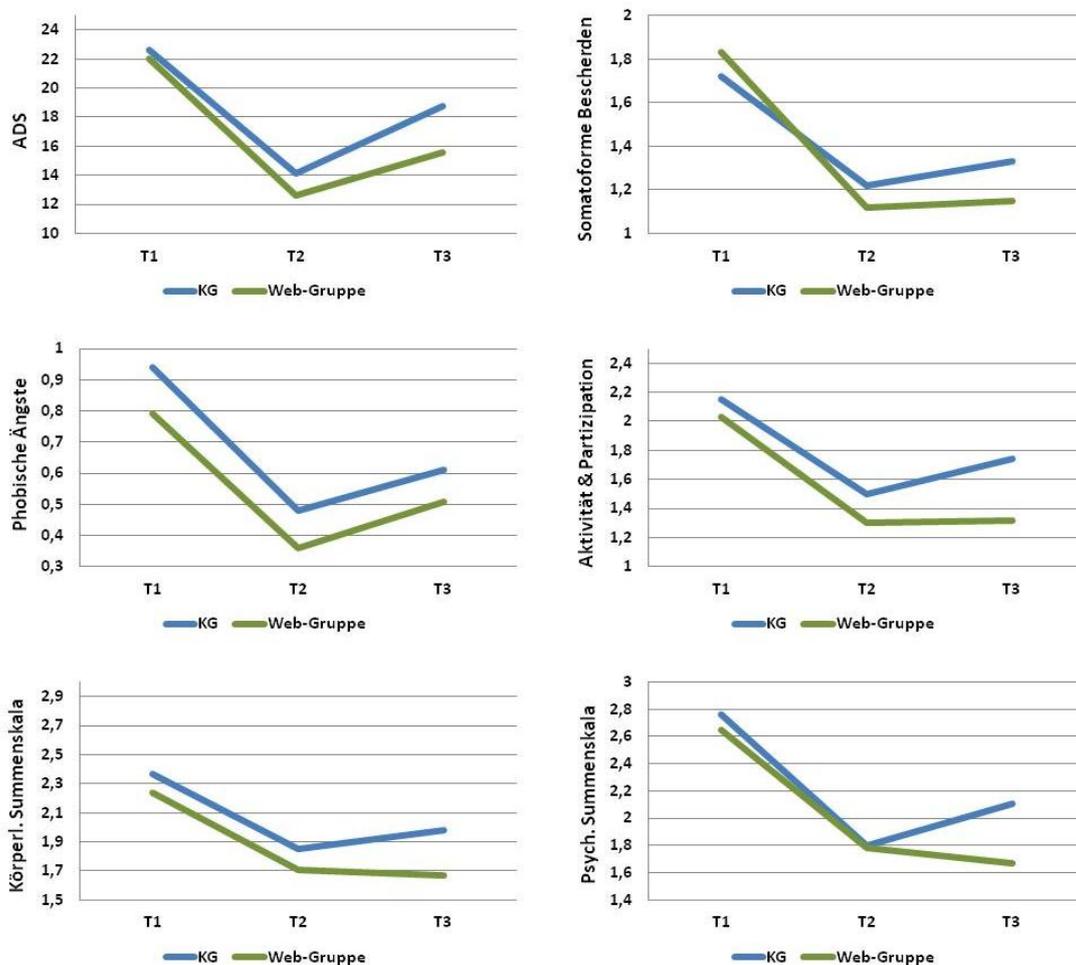


Abbildung 18. Hypothese 3, grafische Darstellung der Mittelwerte der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

Die Hypothese lässt sich teilweise bestätigen. Bei einem Vergleich der web-basierten Nachsorge mit der Kontrollbedingung ergeben sich für die HEALTH-Skalen direkt nach Beendigung der Nachsorgephase keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dagegen lassen sich sowohl die depressive Symptomatik als auch das körperliche und psychische Wohlbefinden durch eine elektronisch dargebotene Nachsorge sehr deutlich beeinflussen.

5.4.2 Stichprobe 2

Wiederum soll zunächst eine graphische Darstellung der Gruppenmittelwerte über die Abfolge aller vier Messzeitpunkte erfolgen (s. Abbildung 19).

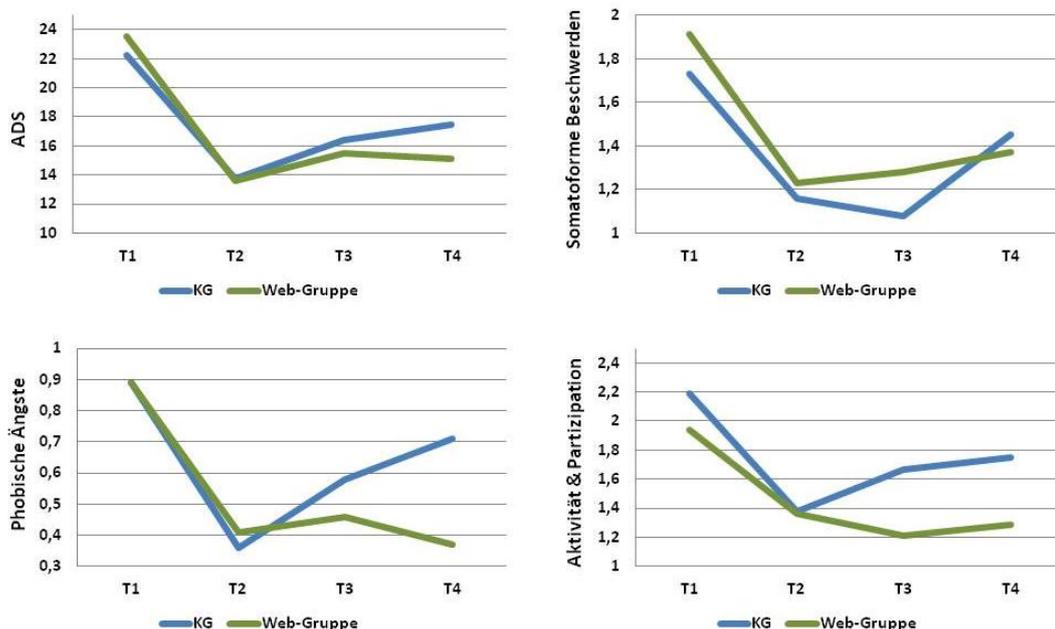


Abbildung 19. Hypothese 3, graphische Darstellung der Mittelwerte der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

Zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** stellen sich die errechneten Ergebnisse wie folgt dar (s. Tabelle 17):

Tabelle 17. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	P	d
ADS		0.11	0.8714	0.10
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	1.09	0.2989	0.15
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.25	0.6200	0.24
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.08	0.7734	0.39

Die Hypothese lässt sich anhand dieser Stichprobe zu diesem Zeitpunkt nicht bestätigen. Es zeigt sich weder im Hinblick auf die ADS noch die HEALTH eine Überlegenheit der Web-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Allerdings sprechen die gefundenen Effektstärken eingedenk der geringen Stichprobengröße erneut für eine zu geringe Power, um tatsächlich vorhandene Effekte statistisch abzusichern.

Die Darstellung der Ergebnisse zum **Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese** erfolgt in Tabelle 18:

Tabelle 18. Hypothese 3, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	P	d
ADS		0.20	0.6532	0.24
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	6.55	0.0123	0.17
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.12	0.7312	0.51
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.06	0.8092	0.34

Zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese lässt sich die Hypothese teilweise bestätigen. Es ergibt sich zwar kein signifikanter Unterschied zwischen Web- und Kontrollbedingung bezüglich der ADS, allerdings berichten Teilnehmer der web-basierten Nachsorgegruppe 1 Jahr nach der stationären Rehabilitationsbehandlung signifikant weniger somatoforme Beschwerden.

5.6 Hypothese 4 – „Telefon-Gruppe vs. Web-Gruppe“

Hypothese 4:

Die persönlich-telefonische Nachsorge erweist sich der web-basierten Nachsorge als nicht überlegen.

Auch diese Hypothese wird auf bekannte Art und Weise getestet. Miteinander verglichen werden in diesem Fall jedoch die beiden realisierten Nachsorgevarianten – persönlich-telefonische Nachsorge und web-basierte Nachsorge.

5.6.1 Stichprobe 1

Analog zur Ergebnisdarstellung der vorherigen Hypothesen gibt Abbildung 20 die Mittelwerte der beiden betrachteten Gruppen wieder.

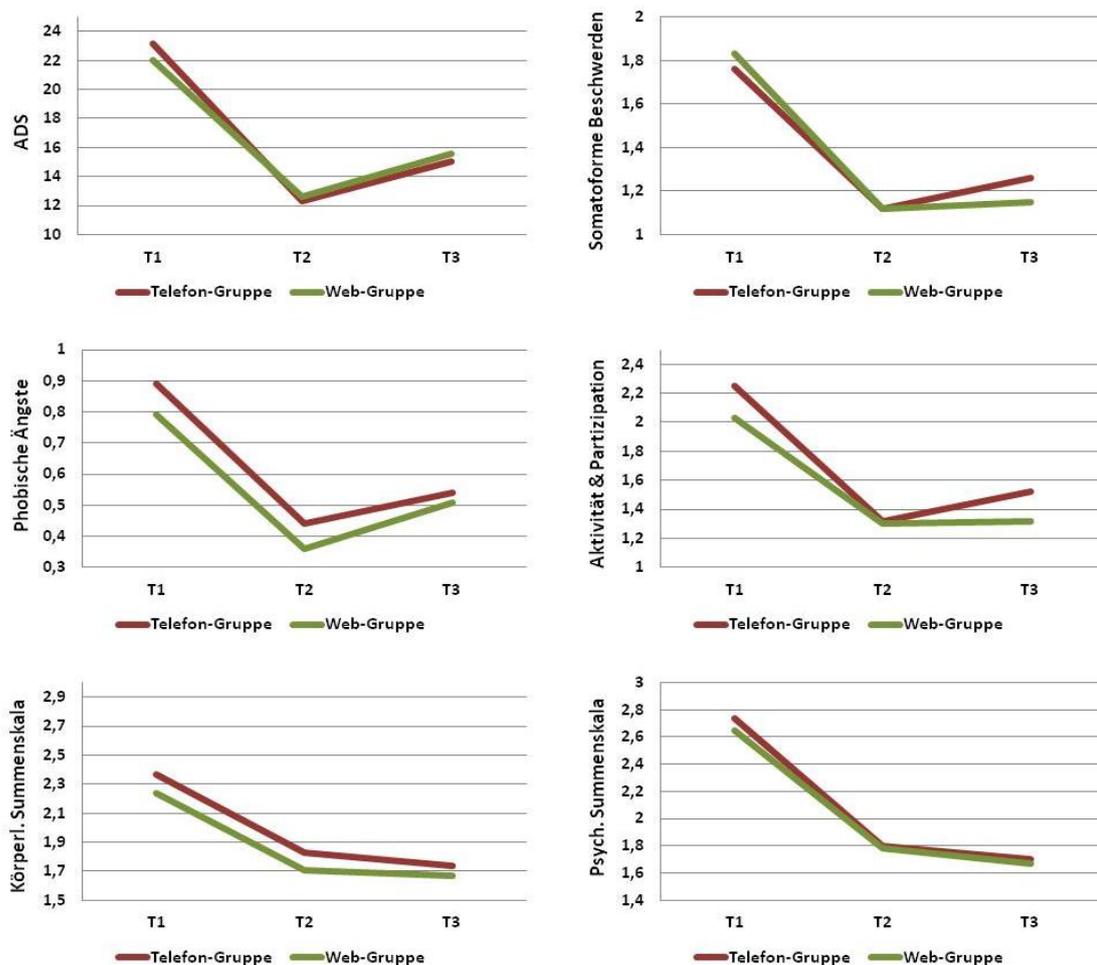


Abbildung 20. Hypothese 4, graphische Darstellung der Mittelwerte der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

Die statistischen Ergebnisse zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** finden sich in Tabelle 19.

Tabelle 19. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 1

		F_{df}	P	d
ADS		0.19	0.6602	0.03
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	0.92	0.3377	0.14
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.39	0.5354	0.11
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	1.08	0.3003	0.17
SF 1	Körperliche Summenskala	0.35	0.5538	0.13
SF2	Psychische Summenskala	0.01	0.9224	0.02

Es zeigen sich weder im Bezug auf die ADS noch auf die HEALTH oder den SF signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Nachsorgearten. Die Hypothese lässt sich also bestätigen – eine web-basierte Nachsorge ist einer persönlich-telefonischen Nachsorge nicht unterlegen. Im Gegenteil, die gefundenen Effektstärken deuten eine mögliche Überlegenheit der web-basierten Nachsorge im Hinblick auf die HEALTH-Subskalen „somatoforme Beschwerden“ und „Aktivität und Partizipation“ an, wiederum ohne die genügende Power zur statistischen Absicherung.

5.6.2 Stichprobe 2

In Abbildung 21 sind nochmals die Mittelwerte der vier Skalen zu allen Messzeitpunkten abgetragen – berechnet mit jenen Datensätzen, die zu beiden Katamnesezeitpunkten (T3 und T4) vorliegen.

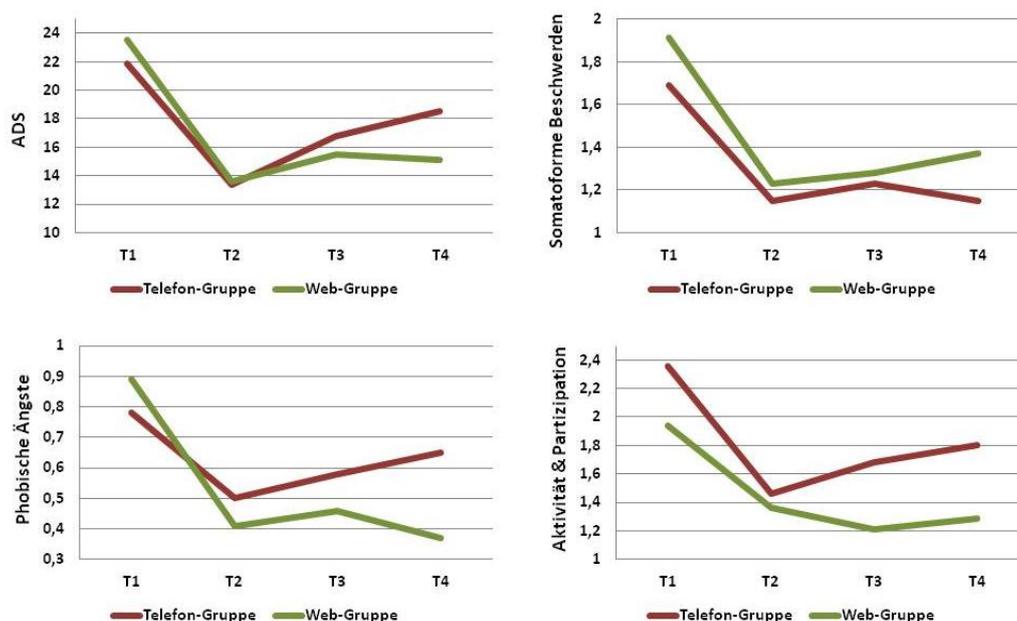


Abbildung 21. Hypothese 4, graphische Darstellung der Mittelwerte der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

Die Ergebnisse des Vergleichs der beiden Nachsorgebedingungen zum **Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese** finden sich in Tabelle 20:

Tabelle 20. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.83	0.3643	0.22
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	0.04	0.8389	0.05
HEALTH 3	Phobische Ängste	0.02	0.8988	0.07
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	4.21	0.0433	0.30

Die Hypothese lässt sich somit wiederum bestätigen – die realisierte web-basierte Nachsorge ist einer persönlich-telefonischen nicht unterlegen, denn auch bei Betrachtung der kleineren, dafür durchgehend vorhandenen Stichprobe ergeben sich direkt nach der Nachsorgephase keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der ADS, die HEALTH-Subskala „Aktivität und Partizipation“ lässt sich durch eine web-basierte

Nachsorge im Gegensatz zu einer telefonischen Nachsorge sogar signifikant besser beeinflussen.

Tabelle 21 beinhaltet die Ergebnisse zum **Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese**:

Tabelle 21. Hypothese 4, Kennwerte zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese, Stichprobe 2

		F_{df}	p	d
ADS		0.42	0.5209	0.04
HEALTH 1	Somatoforme Beschwerden	1.49	0.2252	0.12
HEALTH 3	Phobische Ängste	1.10	0.2971	0.34
HEALTH 8	Aktivität & Partizipation	0.10	0.7478	0.34

Auch im Rahmen der Befragung 1 Jahr nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Nachsorgevarianten finden und die Hypothese somit bestätigen. Jedoch weisen die gefundenen kleinen bis mittleren Effektstärken zum wiederholten Mal auf eine zu kleine Stichprobe und somit eine zu geringe Power hin.

6. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein individuelles, indikationsübergreifendes und ortsunabhängiges Nachsorgeprogramm entwickelt, auf zweierlei Arten realisiert (persönlich-telefonisch und web-basiert), in den klinischen Alltag integriert und evaluiert. Nachfolgend sollen zunächst die zentralen Befunde dieser Bemühungen diskutiert und anschließend Einschränkungen, daraus resultierende Implikationen für die Wissenschaft sowie Implikationen für die Versorgung kritisch reflektiert werden.

6.1 Diskussion der zentralen Befunde

6.1.1 Diskussion der methodologischen Grundüberlegungen

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen wurde ein randomisiertes kontrolliertes Design gewählt, die realisierte Stichprobengröße betrug $N = 361$. Die Randomisierung erfolgte durch eine klinikinterne Stelle ohne Patientenkontakt, die Möglichkeit einer Einflussnahme bestand nicht. Eine „Verblindung“ der beteiligten Personen war nicht gewünscht, da sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten noch während ihres stationären Aufenthaltes in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Bezugstherapeuten mit der Gestaltung der Zeit nach der Rehabilitation und ihren diesbezüglichen individuellen Zielsetzungen befassen sollten.

Die Rücklaufquoten der Nachbefragungen waren zufriedenstellend bzw. sehr gut. Die versandten Fragebögen zur Erhebung der 3-monats-Katamnese wurden von 253 der 356 Teilnehmer ausgefüllt zurückgeschickt (72 %). Die bis Ende Februar 2012 (bis zur Erstellung dieser Arbeit) erzielte Rücklaufquote der 12-monats-Katamnese betrug 92 %, d.h. 92 % der Teilnehmer, die bis einschließlich Ende Februar auf die zweite Katamnesebefragung hätten antworten sollen haben dies auch getan.

Bei der Überprüfung auf Störvariablen bzw. ungleich verteilte Charakteristika zwischen den untersuchten Gruppen zum Aufnahmezeitpunkt ergaben sich systematische Unterschiede sowohl hinsichtlich des Alters als auch der Diagnoseverteilung. Diese

Variablen wurden jedoch (wie auch der Ausgangswert) als Kontrollvariablen in die spätere Testung der Hypothesen aufgenommen und ihr Einfluss somit auspartialisiert. Bezüglich aller anderen allgemeinen, demographischen und klinischen Parameter ergaben sich keine Unterschiede. Auch profitierten alle drei Gruppen in gleichem Ausmaß von der angebotenen Behandlung.

Eine genauere Analyse des zwischen Entlasszeitpunkt und 3-monats-Katamnese aufgetretenen Drop-Outs (eine Überprüfung der frühzeitig aus der Untersuchung ausgeschiedenen Patientinnen und Patienten) ergab zum einen ein signifikant häufigeres Ausscheiden von Teilnehmern der beiden Interventionsgruppen – dies stand jedoch bereits im Vorfeld zu erwarten (z.B. Eichenberg & Ott, 2012) und wurde durch eine entsprechende Veränderung der Gruppenhäufigkeiten in der Randomisierungsliste aufgefangen. Zum anderen waren signifikant mehr Teilnehmer mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Aufnahme in die stationäre psychosomatische Rehabilitation (hier sechs und mehr Monate) zu T3 nicht mehr Teil der Untersuchung. Dieser Befund scheint auf den ersten Blick im Widerspruch zu den bereits berichteten Erfahrungen von Zimmer, Mößner und Kordy (2010) zu stehen, wonach gerade Patienten mit chronischer Erkrankung eine Nachsorge häufiger und aktiver nutzen als solche mit kurzer Krankheitsdauer. Allerdings betrachten die Autoren in Anlehnung an Bengel et al. (2003) erst eine Krankheitsdauer von mehr als zwei Jahren als chronischen Verlauf und legen damit eine wesentlich längere Leidensdauer zugrunde als in der vorliegenden Arbeit.

Weiterhin hat sich die implementierte Nachsorge (unabhängig von der Realisation) sowohl organisatorisch als auch technisch als gut machbar erwiesen. Vor allem hinsichtlich der Begleitung der Gruppe mit web-basierter Nachsorge ergaben sich durch die beinahe vollständige Automatisierung im Vergleich zu deutlich zeitaufwendigeren Programmen (z.B. Ebert et al., 2011; Golkaramnay et al., 2003, 2007) erhebliche Vorteile. Auch ließ sich das Angebot weitgehend reibungslos in den Klinikalltag integrieren und mit moderatem Aufwand umsetzen. Technische Probleme wurden seitens der PatientInnen nur sehr begrenzt berichtet und konnten in den meisten Fällen schnell behoben werden, jedoch hat sich ein kurzfristig erreichbarer und technisch versierter Ansprechpartner als günstig erwiesen.

Die Bewertungen der Teilnehmer beider Interventionsgruppen fielen bezüglich des wahrgenommenen Ausmaßes an Hilfe/Unterstützung durch die angebotene Nachsorge überwiegend positiv aus. Knapp unter 90 % der nachbetreuten Patientinnen und Patienten (89,15 %) empfanden die angebotene Nachsorge als zumindest im mittleren Bereich hilfreich, wobei die Patienten der Telefon-Gruppe tendenziell positivere Einschätzungen formulierten.

Unter methodischen Gesichtspunkten erwies sich die gewählte statistische Vorgehensweise als angemessen. Eine alternative Auswertung mit multi-level Ansätzen wäre möglich gewesen, jedoch wird im Rahmen dieser Verfahren die Power für jeden Effekt einzeln optimiert – d.h. die Stichprobengröße variiert von Effekt zu Effekt und erschwert hierdurch die Interpretation der Befunde. Varianzanalysen im ALM „erzwingen“ dagegen eine Thematisierung von Selektionseffekten und haben sich im Hinblick auf die vorliegende Arbeit als adäquate Methode erwiesen.

6.1.2 Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden Annahmen bezüglich der Effektivität eines auf zweierlei Arten realisierten Nachsorgeangebotes vor dem Hintergrund einer Kontrollbedingung untersucht. Verglichen wurde die von Patientinnen und Patienten zu vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 3-monats-Katamnese sowie 12-monats-Katamnese) berichtete Symptombelastung hinsichtlich Depressivität (ADS), psychosomatischer Beschwerden (HEALTH) sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF).

Dabei stand zunächst die Frage nach der generellen Wirksamkeit des geschaffenen Nachsorgeprogramms (unabhängig von der Art der Realisierung) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe im Vordergrund (Hypothese 1) – es wurde eine Verbesserung der Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung durch eine individualisierte Nachsorge erwartet. Diese Annahme konnte teilweise bestätigt werden. Drei Monate nach Beendigung der Rehabilitation berichteten die Teilnehmer der Interventionsbedingung eine signifikant geringere depressive Symptomlast und auch signifikant weniger Belastung bezüglich der im körperlichen und psychischen Summenscore des SF erfassten

Symptomatik. Eine Überlegenheit der Nachsorgebedingung im Hinblick auf psychosomatische Beschwerden (somatoforme Beschwerden, phobische Ängste sowie Aktivität und Partizipation) zeigte sich zu diesem Zeitpunkt nicht. Ein anderes Bild ergab sich jedoch im Rahmen der 12-monats-Katamnese, hier zeigte sich trotz geringer Stichprobengröße ein signifikanter Unterschied zwischen den betrachteten Gruppen bezüglich der durch die HEALTH erfassten somatoformen Beschwerden zu Gunsten der Nachsorge.

In einem nächsten Schritt wurde einzig die persönlich-telefonische Nachsorge der Kontrollgruppe gegenübergestellt und auch hier wurde eine Überlegenheit der Nachsorgebedingung bezüglich der Verbesserung der Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsbehandlung postuliert (Hypothese 2). Diese Annahme ließ sich wiederum teilweise bestätigen. Drei Monate nach Beendigung der stationären psychosomatischen Rehabilitation ergab sich erneut eine signifikante Beeinflussbarkeit der psychischen Summenskala des SF, allerdings zeigten sich weder zur 3- noch zur 12-monats-Katamnese weitere signifikante Unterschiede zwischen persönlicher Nachsorge und Kontrollgruppe.

Die in Hypothese 3 unterstellte Überlegenheit einer web-basierten Nachsorge im Vergleich zur Kontrollbedingung konnte ebenfalls in Teilen bestätigt werden. Äquivalent zu den Ergebnissen der Testung der ersten Hypothese zeigte sich auch hier zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese auf Basis der „großen“ Stichprobe (Stichprobe 1) ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen im Hinblick auf die ADS und die beiden Summenskalen des SF, zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese auf Basis der „schlanken“ Stichprobe (Stichprobe 2) wurde eine Überlegenheit der Web-Gruppe bezüglich somatoformer Beschwerden deutlich.

Die vierte und letzte Fragestellung bezog sich schließlich auf einen direkten Vergleich beider Nachsorgebedingungen – es wurde die im Vorfeld formulierte Annahme getestet, eine persönliche Nachsorge sei einer web-basierten Nachsorge nicht überlegen. Diese Hypothese konnte in vollem Umfang bestätigt werden. Es ergaben sich weder direkt im Anschluss an die 3-montige Nachsorgephase noch 1 Jahr nach Verlassen der Klinik signifikante Unterschiede zwischen den beiden Nachsorgevarianten. Im Rahmen der

Berechnung der Ergebnisse zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese auf der Basis der verschlankten Stichprobe (die sich lediglich aus jenen Datensätzen zusammensetzt, die zu beiden Katamnesezeitpunkten vorlagen) zeigte sich sogar eine signifikante Überlegenheit der Web-Gruppe bezüglich der HEALTH-Subskala „Aktivität und Partizipation“.

Konzentriert man sich nun zunächst auf die Betrachtung der empirisch abgesicherten Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 1 bis 3, so weisen diese in Richtung einer beinahe vollständigen Erklärbarkeit der im Zuge des Vergleichs „Nachsorge vs. keine Nachsorge“ (Hypothese 1) gefundenen signifikanten Gruppenunterschiede durch die implementierte web-basierte Nachsorge. Bei der Gegenüberstellung „Web-Gruppe vs. Kontrollgruppe“ ergab sich das gleiche „Muster“ an signifikanten Unterschieden wie bei der Überprüfung der Hypothese 1, wohingegen sich beim Vergleich „Telefon-Gruppe vs. Kontrollgruppe“ lediglich eine signifikante Verbesserung der psychischen Lebensqualität zeigte. Anders ausgedrückt scheint hauptsächlich die web-basierte Nachsorge einen statistisch abgesicherten positiven Effekt auf die Nachhaltigkeit der betrachteten Ergebnismaße nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation zu haben.

In diesem Zusammenhang mag die Tatsache, dass sich im Rahmen der Testung der Hypothese 4 keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Nachsorgebedingungen zeigten, im ersten Moment erstaunen – in logischer Konsequenz wäre auch hier eine deutliche Überlegenheit der Web-Gruppe (und somit signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen) hinsichtlich ADS, der SF-Summenskalen und der HEALTH-Subskala „somatoforme Beschwerden“ zu erwarten gewesen. Allerdings sei an dieser Stelle auf die realisierte Stichprobengröße und die damit zusammenhängende Power hingewiesen, die für ein Auffinden eines tatsächlich vorhandenen Effektes möglicherweise zu gering ist. Betrachtet man statt der stichprobengrößenabhängigen Signifikanzwerte die stichprobengrößenunabhängigen Effektstärken, so weisen diese durchaus in Richtung einer Überlegenheit der Web-Gruppe, auch wenn dieser Fund unter gegebenen Umständen statistisch nicht abgesichert werden kann.

In Summe bleibt das Ergebnis, dass im Rahmen der vorliegenden Studie beide Nachsorgevarianten einen signifikanten Einfluss auf die psychischen Facetten der Lebenszufriedenheit hatten, jedoch einzig bei den Teilnehmern der Web-Gruppe

zusätzlich eine signifikante Minderung der Depressivität, eine signifikante Verbesserung der körperlichen Facetten der Lebensqualität sowie langfristig eine Verringerung der somatoformen Beschwerden deutlich wurde.

Geht man von einer erfolgreichen parallelen Realisierung der beiden Nachsorgegruppen aus, so besteht der augenfälligste Erklärungsansatz für dieses „bessere“ Abschneiden der web-basierten Nachsorge in der Art der Nachbetreuung und der daraus resultierenden Art der Beziehung zwischen dem heimkehrenden Rehabilitanden und seinem Nachbetreuer. In der wissenschaftlichen Literatur wurde dieser sogenannten „therapeutischen Beziehung“ von je her viel Aufmerksamkeit zuteil und gilt als entscheidender Wirkfaktor in der Psychotherapie (z.B. Luborsky, 1985, Orlinsky, 1994) und der persönlichen Nachsorge. Mit steigender Verbreitung neuer Technologien wurde jedoch auch immer häufiger die therapeutische Beziehung im Zusammenhang mit dem Einsatz neuer Medien in der Psychotherapie untersucht. So kommen verschiedene Autoren (beispielsweise Eichenberg, 2007; Knaevelsrud & Maerker, 2006, 2007; Wolf & Kordy, 2006) zum dem Schluss, dass sich das Fehlen einer klassischen face-2-face Beziehung zwischen Patient und Therapeut nicht unbedingt nachteilig auf die Behandlung auswirken muss. Im Gegenteil, einige Belege (z.B. bei Hersoug et al., 2001) deuten darauf hin, dass die therapeutische Beziehung im Internet sogar besser eingeschätzt wird.

In eine ähnliche Richtung bzw. einen Schritt weiter scheinen die Resultate der vorliegenden Arbeit zu gehen – im Hinblick auf das implementierte Nachsorgekonzept hat das Fehlen einer (klassischen persönlichen) Beziehung offensichtlich nicht nur keine Nachteile, sondern sogar positive Konsequenzen. Zur Erinnerung: Das Ziel der angebotenen Nachsorge bestand in der Unterstützung der teilnehmenden PatientInnen bei der Umsetzung ihrer selbstgewählten Nachsorgeziele im häuslichen Umfeld. Hierzu wurde nach einer intensiven Vorbereitung noch während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes nach Entlassung regelmäßig Kontakt mit den Teilnehmern aufgenommen, wobei diese telefonischen/elektronischen Nachsorgekontakte lediglich der Überprüfung der Erreichung dieser Ziele dienten. Wo jedoch von den Mitgliedern der Web-Gruppe Eigenaktivität und –initiative gefordert waren (im Sinne eines selbstständigen Einloggens in das Web-Portal) und die „Spielregeln“ im Bezug auf persönlichen Kontakt von vorn herein klar und transparent waren (kein persönlicher

Kontakt bzw. keine persönliche Hilfestellung/Rückmeldung), erfuhren die Teilnehmer der Telefon-Gruppe eher eine „Fremdsteuerung“, d.h. die Kontaktaufnahme erfolgte durch den nachbetreuenden Klinikmitarbeiter. Zwar war auch hier im Vorfeld deutlich kommuniziert worden, dass keine Weiterführung der Therapie stattfinden, sondern lediglich ein Feedback über die Zielerreichung eingeholt werden sollte, jedoch mag diese „Einmischung von außen“ (Anruf durch die Klinik) in Kombination mit der Vorgabe, sich einzig auf die Rückmeldung der Fortschritte zu beschränken (also ein bewusstes Nicht-Nutzen der bestehenden Beziehung) zu einer negativen Einfärbung und somit zu einer geringeren Symptomreduktion geführt haben.

An dieser Stelle muss allerdings angemerkt werden, dass eine Reihe weiterer Erklärungsmöglichkeiten für die gefundenen Ergebnisse existiert, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden können. So wurde im Rahmen der durchgeführten Untersuchung nicht erhoben, ob im Katamnesezeitraum beispielsweise eine ambulante Richtlinien-therapie oder anderweitige Hilfe in Anspruch genommen wurde. Ebenfalls nicht erfasst wurden möglicherweise auftretende kritische Lebensereignisse. Beides könnte potenziell Einfluss auf die Befindlichkeit der Studienteilnehmer nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik haben und somit für die Interpretation der gefundenen Resultate von Bedeutung sein.

6.2 Stärken, Einschränkungen und Implikationen für die Wissenschaft

Zur Verstetigung bzw. Stabilisierung der während einer stationären psychosomatischen Rehabilitation erzielten Erfolge wurde ein individuelles, indikationsübergreifendes, ortunabhängiges und konzepttreues Nachsorgeangebot entwickelt, implementiert und mittels einer Mehrzeitpunktbefragung (Aufnahme, Entlassung, 3- sowie 12-monats-Katamnese) evaluiert. Zudem wurden zwei Arten dieser Nachsorge (persönlich vs. web-basiert) realisiert und sowohl mit einer Kontrollgruppe als auch miteinander verglichen. Bisher gibt es im Bereich der Psychosomatik keine vergleichbare Arbeit.

Erwähnenswert erscheint zudem die Tatsache, dass bereits bei der Konzeption der Studie der Aspekt der Praktikabilität in den Vordergrund gestellt wurde. Es wurde Wert darauf gelegt, dass das Nachsorgeangebot in beiden Varianten möglichst nahtlos in den Klinikalltag und die dazugehörigen Abläufe integrierbar ist und die zusätzliche Mehrarbeit für PatientInnen und das Klinikpersonal gleichermaßen überschaubar gehalten wird, um eine eventuelle Übernahme des Nachsorgeprogramms in das Routineangebot des Hauses reibungslos ermöglichen zu können.

Trotz aller Anstrengungen verbleiben dennoch Einschränkungen, die im Folgenden aufgegriffen werden sollen. Generell lassen sich Einschränkungen grob in zwei Kategorien unterteilen (vgl. hierzu auch Cook & Campbell, 1979): einerseits in Einschränkungen bezüglich der internen Validität, d.h. die Gültigkeit der Schlussfolgerungen ist gefährdet, andererseits in solche bezüglich der externen Validität, d.h. die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist u.U. vermindert. Da jedoch die beiden Validitätsarten in enger Beziehung zueinander stehen und eine klare Zuordnung nicht immer möglich ist, werden im Folgenden einzelne Limitierungen nacheinander diskutiert und jeweils Vorschläge für zukünftige Forschungsbemühungen gemacht.

Methodisch kritisch muss zunächst die Stichprobengröße betrachtet werden. Im Rahmen der Auswertung fanden sich wenige empirisch abgesicherte Signifikanzen, die im Rahmen der Power-Analyse und der Bestimmung der benötigten Stichprobengröße zugrunde gelegte erwartete Effektstärke von 0,6 wurde nicht erreicht. Um jedoch auch kleinere Effekte statistisch absichern zu können (um genügend Testpower zu haben), wäre eine größere Stichprobe nötig gewesen. In diesem Zusammenhang wäre eine Replikation des vorgestellten Untersuchungsdesigns mit mehr Studienteilnehmern im Rahmen zukünftiger Forschungsarbeiten wünschenswert.

Als problematisch hat sich ebenfalls die zum Zeitpunkt der Einreichung der vorliegenden Arbeit noch nicht vollendete Erhebung der 12-monats-Katamnese erwiesen. Durch die Unvollständigkeit und die geringe Größe der bis dahin zu T4 realisierten Stichprobe ergab sich ein lediglich prognostischer Charakter der hier gefundenen Ergebnisse – eine Verifizierung der langfristigen Wirksamkeit der angebotenen Nachsorge anhand des kompletten Datensatzes steht noch aus.

In gleicher Weise stellt die Reduktion der Anzahl an Skalen zur Lebensqualität (SF 8) durch eine aufgetretene Änderung der zum Entlasszeitpunkt ausgegebenen Fragebögen eine erhebliche Limitierung der vorgestellten Arbeit dar. Diese Änderung war nicht beabsichtigt und wurde auch erst im Rahmen der statistischen Auswertung offenbar. Die daraus resultierende Verringerung der Stichprobe ($N = 215$) ließ lediglich eine Auswertung zur 3-monats Katamnese zu, auf eine Betrachtung der Ergebnisse zu T4 musste gänzlich verzichtet werden. In zukünftigen Studien wäre daher vermehrt auf eine Kontinuität der verwendeten Materialien zu achten.

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt ist sicherlich die Nicht-Beachtung bzw. Nicht-Erfassung zusätzlich in Anspruch genommener Hilfe im Katamnesezeitraum bzw. möglicherweise aufgetretener bedeutsamer (Lebens)Ereignisse. Diese Auslassung bedingt, dass mögliche Alternativerklärungen bezüglich des Zustandekommens der gefundenen Ergebnisse nicht geprüft werden können und somit eine unzweifelhafte Verortung der Effekte nicht gewährleistet ist. Auch hier wäre im Falle der Durchführung einer thematisch ähnlichen Studie das Einschließen einer solchen Abfrage sinnvoll.

Bezüglich der Operationalisierung des web-basierten Nachsorgeangebotes muss angemerkt werden, dass hier durchaus Spielraum für Verbesserungen besteht. Die im Rahmen der vorliegenden Studie implementierte Version des CATSystems war zwar funktional, beschränkte sich jedoch nicht zuletzt aus Kosten- und Zeitgründen auf ein einfaches Design und bestimmte Grundfunktionen, die für einen „professionellen“ Einsatz des Programms leicht erweitert werden könnten, um Inhalte und Handhabung zu optimieren. Ob und inwieweit die aktuelle „forschungsprojekthafte“ Optik und Funktionsweise dieses Nachsorgearmes einen Einfluss (i.S. einer mangelnden wahrgenommenen Professionalität und somit eines Vertrauensverlustes) auf die teilnehmenden Patientinnen und Patienten hatte, konnte leider nicht geklärt werden.

Ebenfalls zu diskutieren ist die erreichte Vergleichbarkeit der beiden Nachsorgevarianten. Hier wurde versucht, durch eine gründliche Schulung und möglichst geringe Anzahl der beteiligten Mitarbeiter, die Ausgabe von Leitfäden sowie eine ausführliche Dokumentation der Vorgänge einen identischen „Ablauf“ der Nachsorgekontakte und

somit eine möglichst parallele Realisierung beider Modi zu verwirklichen. Eine vollkommene Gleichheit kann jedoch (bedingt durch den Faktor „Mensch“) nicht gewährleistet werden und ist im Rahmen dieser Arbeit auch nicht erwünscht. Vielmehr sollten gerade beide Methoden mit den ihnen eigenen Besonderheiten untersucht und verglichen werden. Interessant wäre jedoch ein Abgleich der Zeiten, die PatientInnen effektiv am Telefon bzw. im Netz verbracht haben.

Schließlich bleibt auch die Frage der Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt ungeklärt. Die vorgestellte Arbeit wurde in der psychosomatischen Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach geplant und durchgeführt, die Resultate der Auswertungen sind daher zunächst als spezifisch für das dortige Setting anzusehen. Eine eventuelle Übertragbarkeit der Befunde sollte im Rahmen weiterer möglicherweise multizentrischer Studien untersucht werden.

6.3 Implikationen und Konsequenzen für die Praxis

Effektive Nachsorgeangebote zur Stabilisierung der während einer stationären psychosomatischen Rehabilitation erzielten Behandlungsergebnisse werden dringend gebraucht - dies wird nicht zuletzt bei Betrachtung der poststationären Symptomverläufe der Kontrollgruppe deutlich. Leider stehen entsprechende Angebote (individuell, indikationsübergreifend, ortsunabhängig, konzepttreu) kaum bzw. nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Eine potentiell wichtige Rolle bei der Behebung dieses Mangels kann jedoch das im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte und evaluierte Nachsorgeangebot – und hier vor allem die implementierte minimale Intervention der automatisierten web-basierten Nachsorgevariante – spielen. Diese ermöglicht eine nahtlose individuelle Weiterbetreuung vorher stationär behandelter Patienten unabhängig von deren Wohnort und erleichtert somit den potentiell kritischen Rücktransfer in den „wartenden“ Alltag bei extrem niedriger Bindung von Ressourcen. Bei regelhafter Implementierung dieses Versorgungsangebots könnte die bereits angesprochene strikte Trennung des stationären

vom ambulanten Versorgungssektor mit geringstem Aufwand zugunsten der PatientInnen aufgeweicht und eine Möglichkeit zur Fokussierung auf wesentliche Inhalte der Rehabilitationsbehandlung auch im heimischen Umfeld geschaffen werden.

7. Zusammenfassung

Die Effektivität und Effizienz einer stationären psychosomatischen Rehabilitation kann nach dem derzeitigen Forschungsstand als gesichert gelten. Ebenfalls als gesichert gilt jedoch auch, dass sich die in einem solchen Setting erzielten Therapieeffekte beim Rücktransfer der Patienten in deren Alltag erneut reduzieren. Als Möglichkeit zur Steigerung der Nachhaltigkeit bzw. zur Verstetigung von erzielten Rehabilitationserfolgen wurde daher im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein individuelles, indikationsübergreifendes und ortunabhängiges Nachsorgeangebot entwickelt, implementiert und mittels einer randomisierten und kontrollierten Mehrzeitpunktbefragung (Aufnahme, Entlassung, 3- sowie 12-monats-Katamnese) evaluiert. Zudem wurden in diesem RCT-Design zwei Arten der Nachsorge (persönlich-telefonisch vs. web-basiert) realisiert und sowohl mit einer Kontrollgruppe als auch miteinander verglichen.

Alle teilnehmenden stationären PatientInnen des St. Franziska Stiftes, Bad Kreuznach wurden noch während ihres Rehabilitationsaufenthalts zu einer von drei Gruppen randomisiert: Nach Entlassung erhielt eine Studiengruppe (Telefon-Gruppe, N = 123) eine persönlich-telefonische Nachsorge, einer weiteren Gruppe (Web-Gruppe, N = 130) wurde zu Nachsorgezwecken Zugang zu einer speziell entwickelten Internet-Plattform gewährt und einer dritten Gruppe wurde lediglich die Standardbehandlung der Klinik zuteil (Kontrollgruppe, N = 103). In einem nächsten Schritt wurde mit jedem Teilnehmer der beiden Interventionsgruppen eine individuelle Liste mit sechs aufeinander aufbauenden Nachsorgezielen erarbeitet, auf deren schrittweise Erreichung sich die PatientInnen während der 3-monatigen Nachsorgephase konzentrieren wollten und die die inhaltliche Grundlage für die direkt an die Rehabilitation anschließende Nachsorgephase bildeten. Diese verlief für beide Interventionsgruppen parallel. Immer im Abstand von zwei Wochen wurde mit den PatientInnen entweder telefonisch oder elektronisch Kontakt aufgenommen und ein Feedback über die Erreichung des jeweils aktuellen (Teil)Ziels erbeten. Alle drei Gruppen wurden zudem aufgefordert, zu insgesamt vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 3-monats Katamnese, 12-monats Katamnese) Fragebogen-Sets zu beantworten, mit deren Hilfe die von

PatientInnen berichtete Symptombelastung hinsichtlich Depressivität (ADS), psychosomatischer Beschwerden (HEALTH) sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF) erfasst wurde.

Methodisch wurden die aufgestellten Hypothesen im Rahmen von Varianzanalysen mit spezifischen Kontrasten überprüft, auf der aggregierten Ebene wurden Effektstärken nach Cohen sowie der RCI als individuelles Veränderungsmaß berechnet.

Die vergleichende Auswertung ergab für die Gegenüberstellung der Nachsorgebedingung (sowohl Telefon- als auch Web-Gruppe) und der Kontrollgruppe drei Monate nach Beendigung der Rehabilitation eine signifikant geringere depressive Symptomlast der nachbetreuten PatientInnen sowie auch signifikant weniger Belastung bezüglich der im körperlichen und psychischen Summenscore des SF erfassten Symptomatik. Im Rahmen der 12-monats-Katamnese zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den betrachteten Gruppen bezüglich somatoformer Beschwerden.

Im Hinblick auf den Abgleich der persönlich-telefonischen Nachsorge mit der Kontrollgruppe ergab sich zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese eine signifikante Beeinflussbarkeit der psychischen Summenskala des SF.

Bezüglich des Vergleichs der web-basierten Nachsorge mit der Kontrollbedingung wurde äquivalent zu den Ergebnissen der Gegenüberstellung „Nachsorge vs. keine Nachsorge“ zum Zeitpunkt der 3-monats-Katamnese eine signifikante Überlegenheit der Web-Gruppe im Hinblick auf die berichtete depressive Symptomatik sowie auf die beiden Summenskalen des SF deutlich, zum Zeitpunkt der 12-monats-Katamnese eine Überlegenheit der Web-Gruppe bezüglich somatoformer Beschwerden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse scheint vornehmlich die minimale Intervention der automatisierten web-basierten Nachsorge einen statistisch abgesicherten positiven Effekt auf die Nachhaltigkeit der betrachteten Ergebnismaße nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation zu haben und kann folglich als der vielversprechendere Ansatz zur Verbesserung der Nachhaltigkeit von erzielten Rehabilitationseffekten gesehen werden.

8. Literaturverzeichnis

- Andrews, G. & Sunderland, M. (2009). Telephone case management reduces both distress and psychiatric hospitalization. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 809-811.
- Balas, E. A., Jaffrey, F., Kuperman, G. J., Boren, S. A., Brown, G. D., Pinciroli, F. et al. (1997). Electronic Communication With Patients: Evaluation of Distance Medicine Technology. *The Journal of the American Medical Association*, 278 (2), 152-159.
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (2008). *ICF-Praxisleitfaden*.
- Bauer, S., Percevic, R., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2003). Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev*, 11 (3), 279-290.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health. *Psychotherapeut*, 50 (1), 7-15.
- Bauer, S., Hagel, J., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2006). SMS in der nachstationären Betreuung von Patientinnen mit Bulimia nervosa. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 5 (3), 127-136.
- Bauer, S., Okon, E. & Meermann, R. (2008). Nachsorge über SMS. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 207–217). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Bauer, S., Okon, E. & Meermann, R. (2011). Nachsorge nach stationärer Psychotherapie für Essstörungen. *Psychotherapeut*, 56 (6), 509-515.
- Beaver, K., Williamson, S. & Chalmers, K. (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2916-2924.
- Beintner, I. & Jacobi, C. (2011). Internetgestützte Nachsorge bei Bulimia nervosa. *Psychotherapeut*, 56 (6), 516-521.

- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G. et al. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung: Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychother Psych Med*, 53, 83-93.
- Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychother Psych Med*, 59 (03/04), 159-170.
- Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M., Limbacher, K., Husen, E. & Jäger, R. S. (2003). *Das PräPostProjekt: Ambulante prä- und poststationäre Massnahmen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2005). Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse des Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. *Verhaltenstherapie*, 15 (2), 78-87.
- Bortz, J. & Weber, R. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A. & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie: Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern: eine Katamnesestudie stationärer Verhaltenstherapie bei einer Population von LVA-Versicherten*. Berlin: Westkreuz-Verlag.
- Bundesregierung. (2001). *Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606)*. Bonn
- BVA - Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.). (2002). *Rahmenkonzept Intensivierte Reha-Nachsorge "IRENA" incl. "Curriculum Hannover"*, Berlin
- Car, J. & Sheikh, A. (2003). Telephone consultations. *British Medical Journal*, 326, 966-969.
- Chiari, G. & Vanelli, M. (2005). Telephone and Hotlines: a Tool Delivering Clinical Care. *Acta Bio Medica*, 76, 75-80.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.

- Cook, T. D. & Campbell, T. L. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- DAK - Unternehmen Leben (Hrsg.). (2011). *Gesundheitsreport 2011*.
- DeBusk, R. F., Houston Miller, N., Superko, H. R., Dennis, C. A., Thomas, R. J., Lew, H. T. et al. (1994). A Case-Management System for Coronary Risk Factor Modification after Acute Myocardial Infarction. *Annals of Internal Medicine*, 120 (9), 721-729.
- Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation*, 48 (01), 39-46.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2010). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2011). *Reha-Bericht Update 2011*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2012). *Reha-Bericht 2012*.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (Hrsg.). (2009). *MEdizinische REha-NAchSORgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz*.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Berking, M. & Sieland, B. (2008). Vernetzung von Psychotherapie und Alltag: Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 251–265). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Dippel, A., Pflicht, M., Eggenwirth, S., Sieland, B. et al. (2011). W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften* (Bd. 93, S. 38–40).
- Eichenberg, C. (2007). Online-Sexualberatung: Wirksamkeit und Wirkweise: Evaluation eines Pro Familia-Angebots. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 20, 247-262.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2012). Klinisch-psychologische Intervention im Internet. *Psychotherapeut*, 57 (1), 58-69.

- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. *Bundesgesundheitsblatt*, 48 (12), 1330-1337.
- El-Sharif, Y. (2011, 15. Februar). *Zahl der psychischen Erkrankungen steigt auf Rekordhoch*, Spiegel Online. Zugriff am 10.03.2012. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,745634,00.html>.
- Faller, H., Ströbl, V. & Landgraf, U. (2011). *Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag*, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg. Verfügbar unter http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_19.html.
- Forstmeier, S. & Rueddel, H. (2007). Improving Volitional Competence Is Crucial for the Efficacy of Psychosomatic Therapy: A Controlled Clinical Trial. *Psychother Psychosom*, 76 (2), 89-96.
- Gerdes, N. (1988). Von der "Legitimationsforschung" zur systematischen Verbesserung der Rehabilitationspraxis: Neue Aufgaben für die Forschung im Bereich der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. *Mitteilungen der LVA-Württemberg* (80), 67-75.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W. (2000). *Die Protos-Studie: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz*. Darmstadt: Steinkopff.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The Exploration of the Effectiveness of Group Therapy through an Internet Chat as Aftercare: A Controlled Naturalistic Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 219-225.
- Golkaramnay, V., Wangemann, T., Dogs, J., Dogs, P. & Kordy, H. (2003). Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychother Psych Med*, 53, 399-405.
- Graham, S. & Reeder, L. G. (1972). Social factors in the chronic diseases. In H. E. Freeman (Hrsg.), *Handbook of medical sociology* (2. Aufl., S. 63–107). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P. & Thorogood, M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2), e10.
- Haaf, H.-G. (2009) Reha-Erfolg - Ist die Reha überhaupt wirksam? In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 10–46). Berlin.
- Haupt, E. & Delbrück, H. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (2. Aufl., S. 35–44). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Weinheim: Beltz.
- Heintz, S. & Wunder, N. (2012). Mit der Lizenz zum Testen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13 (01), 81-85.
- Hersoug, A. G., Hoglend, M. D., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 205-216.
- Hilpert, H. R. (1979). Therapeutische Gemeinschaft in einer psychotherapeutischen Klinik. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 29, 46-53.
- Hohagen, F. (2009). Internetbasierte Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, 59, 158.
- Holzapfel, M., Schonauer, K. & Mittag, O. (2009). Einfluss von Behandlungsdosis, Behandlungsdichte und Behandlungsdauer auf die psychosomatische Symptomlast - Eine naturalistische Studie an stationären Psychotherapiepatienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (83), 47-53.
- Hüppe, A. & Raspe, H. (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*, 44 (1), 24-33.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 283-284.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kanzow, U. (1986). Nun kurt mal schön! *Deutsches Ärzteblatt*, 83 (42), 2847.
- Keck, M. (2009). Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung mittels Telefonnachsorge. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften* (Band 83, S. 357–358).
- Kirschenbaum, D. S. & Flanery, R. C. (1983). Behavioral Contracting: Outcomes and Elements. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Hrsg.), *Progress in Behavior Modification* (S. 217–275). New York, New York: Academic Press.
- Kirschenbaum, D. S. & Flanery, R. C. (1984). Toward a Psychology of Behavioral Contracting. *Clinical Psychology Review*, 4, 597-618.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *J Med Internet Res*, 8 (4), e31.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7 (1), 13.
- Kobelt, A. (2008). Nachsorge. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. H. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (1. Aufl., S. 308–329). Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A. & Grosch, E. (2005). Indikation zur ambulanten Nachsorge (Curriculum Hannover) in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 50 (5), 340-346.
- Koch, U. (1993). Vorwort. In M. Zielke (Hrsg.), *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie* (S. I–II). Weinheim: Beltz.
- Kohlmeyer, M., Redaelli, M., Büscher, G., Schwitalla, B., Lauterbach, K. W. & Mayer-Berger, W. (2008). Nachhaltigkeit in der Sekundärprävention.: Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und

- anschließende konzeptintegrierte Nachsorge (SeKoNa). In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften* (Band 77, S. 404–405).
- Köpke, K.-H. (2004). *Nachsorge in der Rehabilitation* (LVA Schleswig-Holstein, Hrsg.), Lübeck/Hamburg
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S. & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 51 (2), 144-153.
- Kordy, H., Theis, F. & Wolf, M. (2011). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54 (4), 458-464.
- Kordy, H. (2004). Das Internet in der psychosozialen Versorgung: Neue Mode - Neues Glück? *Psychother Psychosom Med Psychol*, 54 (2), 43-44.
- Korzlius, H. & Osterloh, F. (Deutsches Ärzteblatt, Hrsg.). (2009, 27. November). *Schnittstelle ambulant/stationär: Schattensprünge*. 48. Zugriff am 10.03.2012. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66899>.
- Kriebel, R. & Paar, G. H. (1999). *Psychosomatische Rehabilitation: Möglichkeit und Wirklichkeit: Zehn-Jahresbericht (1989 - 1999) der Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie*. Geldern: Keuck.
- Kulzer, B., Kirchbaum, M. & Hermanns, N. (2008). Diabetes mellitus: Therapeutische Konzepte zur Reduktion von Barrieren des Selbstmanagements. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 82, 265-276.
- Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Onlineberatung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48 (3), 193-198.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and its Determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42 (6), 602-611.
- Memmesheimer, M. & Rüdell, H. (2005). Computer Aided Therapy – Gemeinsame Wissensbasis zur Unterstützung ambulanter Psychotherapien. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 68, 71-75.

- Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K. & Hautzinger, M. (2000). 1-3-Jahres-Katamnesen bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - pro und contra* (S. 243–273). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Miche, E., Roelleke, E., Zoller, B., Huerst, M., Wirtz, U., Tietz, M. et al. (2008). Telefonisches Nachsorgeprogramm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz - Ergebnisse einer einjährigen Betreuung. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften* (Band 77, S. 406).
- Mittag, O. & China, C. (2003). Ansätze zur telefonischen Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation und die besondere Rolle der Berufsgruppe "Pflege" im Disease Management. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 61, 6-11.
- Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K.-D., Richardt, G. et al. (2006). Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29 (4), 295-302.
- Mittag, O. & Döbler, A. (2008). Telefonisches Disease Management bei Diabetes mellitus Typ 2: Ergebnisse einer Literaturrecherche. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 82, 246-253.
- Mößner, M. (2010). *Internet-basierte Nachsorge nach multimodaler Therapie chronischer Rückenschmerzen - Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie*. Dissertation, TU Darmstadt.
- Mussgay, L., Schmidt, F., Morad, E. & Rüdell, H. (2006). Effects of aerobic exercise on autonomic dysregulation in patients with anxiety and somatisation disorders. In W. Jäckel, J. Bengel & J. Herdt (Hrsg.), *Research in rehabilitation. Results from a research network in southwest Germany* (S. 183–198). Stuttgart: Schattauer.
- Neubauer, E., Schiltenswolf, M. & Mößner, M. (2008). Onlinenachsorge nach stationärer multimodaler Schmerztherapie. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 237–249). Berlin, Heidelberg.

- Nosper, M. (1999). *Evaluation stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Eine empirische Studie zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien*, Johannes Gutenberg-Universität. Mainz
- Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl.-M., Kieser, J., Schmidt, J. et al. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb: Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - pro und contra* (S. 274–300). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt/Main: VAS.
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M. et al. (2004). *Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation*. Regensburg: Roderer.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (1999). Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* (49), 343-353.
- Öchsner, T. (2011, 16. Oktober). *Aufhören, weil die Seele leidet*, Süddeutsche.de. Zugriff am 10.03.2012. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/karriere/vorzeitiger-unfreiwilliger-ruhestand-aufhoeren-weil-die-seele-leidet-1.1165601>.
- Orlinski, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychottherapy - noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 311–384). New York: Wiley.
- Paar, G. H. & Grohmann, S. (2008). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. H. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (1. Aufl., S. 55–63). Stuttgart: Schattauer.
- Paar, G. H., Rüdell, H. & Grohmann, S. (2011). Psychosomatische Rehabilitation. In T. von Uexküll & R. H. Adler (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (7., komplett überarb, S. 577–584). München: Elsevier Urban & Fischer.

- Palfrey, J. & Gasser, U. (2008). *Generation Internet: Die Digital Natives: wie sie leben, was sie denken, wie sie arbeiten*. München: Hanser.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Rehabilitation*, 48 (5), 257-262.
- Piette, J. D., Weinberger, M., McPhee, S. J., Mah, C. A., Kraemer, F. B. & Crapo, L. M. (2000). Do Automated Calls with Nurse Follow-up Improve Self-Care and Glycemic Control among Vulnerable Patients with Diabetes? *The American Journal of Medicine*, 108 (1), 20-27.
- Rabung, s., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 162-179.
- Ranft, J. (2012). ICF in der Verhaltensmedizin. In H. Rüddel (Hrsg.), *Kleines Lehrbuch der Verhaltensmedizin* (S. 80–93). Bad Kreuznach: Matthias Ess.
- Rüddel, H. Rehabilitation bei Patienten mit psychischen Störungen. *Die Rehabilitation, in Druck*
- Sandgren A.K., McCaul & K.D. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psychooncology*, 16 (1), 38-47.
- Sandweg, R., Sängler-Alt, C. & Rudolf, G. (1991). Erfolge in der stationären Psychotherapie: Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. *Das öffentliche Gesundheitswesen* (53), 801-809.
- Schiltenswolf, M. & Henningsen, P. (2006). *Muskuloskelettale Schmerzen: Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialem Konzept*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
- Schmidt, J., Karcher, S., Steffanowski, A., Nübling, R. & Wittmann, W. W. (2000). Die EQUA-Studie - Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen. In J. Bengel & W. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation* (S. 109–117). Regensburg: Roderer.
- Schmidt, J. (1991). *Evaluation einer psychosomatischen Klinik*. Frankfurt/Main: VAS.

- Schöffski, O. & Graf Schulenburg, J. M. von der. (2008). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schröder. (2003). *Transferförderung im Rahmen einer Psychosomatischen Rehabilitation*. Dissertation, Technische Hochschule Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig. Braunschweig
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung* (Robert Koch-Institut, Hrsg.) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 41), Berlin
- Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüdgel, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* (49), 114-130.
- Schuntermann, M. F. (2011). Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem. *Suchttherapie*, 12 (01), 8-13.
- Schuntermann, M. F. (2003). Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die Rehabilitation. *Der medizinische Sachverständige*, 3, 94-97.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57 (1), 1-29.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C. & Wagner, E. (2000). Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ*, 320, 550-554.
- Solzbacher, S. (2012). *Überprüfung der Wirksamkeit eines internetbasierten Fertigkeitentrainings zur Verbesserung der Spannungsregulation bei Patientinnen und Patienten mit emotionaler Instabilität, posttraumatischer Belastungsstörung und Bulimia nervosa*. Dissertation, Universität Trier.
- Steffanowski, A. (2008). *Evidenz psychosomatischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien*. Dissertation, Universität Mannheim.

- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie* (Rehabilitation, Bd. 48). Bern: Huber.
- Tripp, J., Hass, H. G., Schröck, R. & Muthny, F. A. (2011). Verbessern optimierte Patientenschulung und telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation? In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften* (Band 93, S. 424–425)
- VDR. (2001). *Rahmenkonzept zur Nachsorge vom 11. Oktober 2001* (VDR, Hrsg.), Frankfurt/Main
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln
- Wasson, J., Gaudette, C., Whaley, F., Sauvigne, A., Baribeau, P. & Welch, H. G. (1992). Telephone Care as a Substitute for Routine Clinic Follow-up. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267 (13), 1788-1793.
- Watzke, B., Scheel, S., Bauer, C., Rüdell, H., Jürgensen, R., Andreas, S. et al. (2004). Differenzielle Gruppenerfahrungen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenpsychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 54 (9/10), 348-357.
- Wennberg, D. E., Marr, A., Lang, L., O'Malley, S. & Bennett, G. (2010). A Randomized Trial of a Telephone Care-Management Strategy. *New England Journal of Medicine*, 363 (13), 1245-1255.
- WHO (Hrsg.). (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH): A manual of classification relating to the consequences of disease*, Geneva
- WHO (Hrsg.). (1997). *International Classification of Impairments, Activities, and Participation (ICIDH-2): Beta-2 Draft*, Geneva
- WHO (Hrsg.). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva

- WHO (Hrsg.). (2005). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, Geneva
- WHO (Hrsg.). (2012). *World Health Statistics 2012* (World Health Statistics), Geneva
- Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung: Aufgaben, Probleme und Anwendungen* (Lehr- und Forschungstexte Psychologie, Bd. 13). Berlin: Springer.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation* (1), 39-60.
- Wolf, M. & Kordy, H. (2006). Die therapeutische Beziehung in einem E-Mail-Modell post-stationärer Psychotherapie. *Psychodyn Psychother*, 5, 137-146.
- Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, 56, 138-146.
- Wolf, M., Zimmer, B. & Dogs, P. (2008). Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 219–235). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Kirchner, F., Kneip, V. et al. (2004). *Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik: Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf*. Lengerich: Pabst.
- Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S. et al. (2004). Evaluation stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation auf der Basis objektiv erfassbarer Krankheitsdaten (Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, Aufenthalte im Akutkrankenhaus) bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (17), 169-192.
- Zielke, M. (Hrsg.). (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (2009). Behandlungsdauer und Ergebnisqualität von stationären Behandlungs- und Rehabilitationsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen -

Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (83), 8-46.

Zimmer, B., Mößner, M. & Kordy, H. (2010). Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. *Rehabilitation*, 49 (05), 301-307.

9. Anhang

- (1) **Patienteninformation zur Studie**
- (2) **Einverständniserklärung**
- (3) **Fragebogen zur Aufnahme I**
- (4) **Fragebogen zur Aufnahme II**
- (5) **Fragebogen zur Entlassung**
- (6) **Fragebogen zur Katamnese (3- und 12-monats Katamnese)**

(1) Patienteninformation zur Studie

Patienteninformation

**ST. FRANZISKA-STIFT
PSYCHOSOMATISCHE
FACHKLINIK
BAD KREUZNACH**

„Zur Effektivität eines optimierten Casemanagement Nachsorgeprogramms bei Patienten mit psychosomatischen Störungen nach der stationären Rehabilitation“

(zum Verbleib beim Patienten)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Sie stehen am Beginn einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung, die Sie dazu befähigen soll, den Anforderungen in Familie, Beruf und Alltag wieder besser gewachsen zu sein. Unsere Klinik befindet sich bzgl. der Behandlungsangebote in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Bevor neue Behandlungskomponenten jedoch standardmäßig eingeführt werden, muss die Fragen nach deren Effektivität geklärt sein. Aus diesem Grunde führen wir gegenwärtig eine Studie durch, die die Optimierung der Nachsorge nach der Entlassung aus der Klinik zum Ziel hat.

Wir möchten Sie fragen, ob Sie Interesse haben an dieser Studie teilzunehmen.

Zu Ihrer Information und als Grundlage Ihrer Einwilligung sind nachfolgend alle relevanten Details aufgeführt. Diese werden zusätzlich noch mündlich mit Ihnen besprochen.

Was ist der Hintergrund der Studie?

Diese Studie ist ein vom St. Franziska-Stift in Eigenregie durchgeführtes Projekt.

- Zweck dieser Arbeit ist es, vergleichend die Wirksamkeit zweier Nachsorgeprogramme zu untersuchen, die einander in dieser Art bisher noch nicht gegenüber gestellt wurden.
- Beide Nachsorgeprogramme basieren auf dem so genannten „Casemanagement“ – einer patientenorientierten (also an der jeweiligen Lebenssituation ausgerichteten) Nachsorge, mit der die Rehabilitationserfolge (die während des Klinikaufenthalts erreichten Verbesserungen) auch langfristig aufrecht erhalten werden können.
- Der Unterschied zwischen den beiden untersuchten Nachsorgeprogrammen besteht darin, wer während der Nachsorgephase als „Lotse“ fungiert – entweder erfolgt die Unterstützung durch geschultes Klinikpersonal oder internet-basiert, also ohne persönlichen Kontakt.
- Sollten Sie an dieser Studie teilnehmen, werden Sie per Zufallsverfahren einer von 3 Gruppen zugeordnet:
Gruppe 1 wird während der Nachsorgephase von geschultem Klinikpersonal betreut
Gruppe 2 wird über ein Internet-Portal weiter angeleitet
Gruppe 3 dient als Kontrollgruppe und wird nicht weiter unterstützt werden
- Sollten Sie Gruppe 1 oder 2 zugewiesen werden, erhalten Sie für eine bestimmte Zeitspanne nach Entlassung aus der Klinik eine individuelle Nachsorge. Bei Zuweisung zur Kontrollgruppe erfolgt nach der Entlassung keine weitere Unterstützung durch die Klinik.
- Die Nachsorgephase wird 3 Monate dauern. Die Gruppe mit persönlich-telefonischer Nachsorge wird durch geschultes Klinikpersonal alle 2 Wochen telefonisch kontaktiert (Dauer jeweils ca. 10 Minuten). Die Gruppe mit internet-basierter Unterstützung wird in dieser Zeit über das Internet Informationen erhalten und angeleitet werden.
- Nach diesen 3 Monaten und nochmals nach 9 weiteren Monaten werden Sie (egal welcher Gruppe Sie zugehörig sind) von uns mit der Bitte angeschrieben werden, die Ihnen bereits in der Klinik bei Aufnahme und bei Entlassung vorgelegten Fragebogen zu Ihrem Befinden erneut auszufüllen und im beigelegten Rückumschlag an uns zurückzusenden. Nach dieser letzten Befragung endet Ihre Teilnahme an dieser Studie.

Es ist uns zusätzlich wichtig, auf folgende Punkte hinzuweisen:

Es wird ausdrücklich versichert, dass die Studie **nicht** von Kostenträgern (z.B. DRV-Bund, DRV-Land, Krankenkasse) oder sonstigen Dritten (z.B. Arbeitgeber) veranlasst wurde.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Damit bestimmte Datenerhebungen stattfinden können, sind aus Gründen des Datenschutzes schriftliche Einverständniserklärungen durch die Patienten erforderlich. Durch die **schriftliche Einverständniserklärung** erklären Sie sich dazu bereit, am oben skizzierten Erhebungsprogramm teilzunehmen. Sie können allerdings jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile Ihre Einwilligung widerrufen und aus der Studie ausscheiden. Wenn Sie die Teilnahme an der Studie ablehnen, erwachsen Ihnen hieraus keine Nachteile während Ihres Klinikaufenthalts.

Der Studienantrag erhielt von den Ethikkommissionen der Landesärztekammer sowie der Cusanus Trägergesellschaft nach eingehender Prüfung ein positives Votum. Die Aufsichtsbehörden sind über dieses Projekt informiert. Zielsetzung, Planung, vorgeschlagene praktische Durchführung, Sicherungsmaßnahmen und Aufklärung entsprechen in vollem Masse den Anforderungen, die an ein solches Projekt zu stellen sind.

Sie können sich ohne Einschränkung darauf verlassen, dass alle Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt werden. Personengebundene Daten werden auf keinen Fall an Dritte weitergegeben. Alle erhobenen Informationen werden pseudonymisiert auf Datenträgern gespeichert. Alle statistischen Auswertungen erfolgen pseudonymisiert, d.h. ohne Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen würden. Bei eventuellen Veröffentlichungen z.B. in Fachzeitschriften wird selbstverständlich kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt. Die während der Studie erhobenen Daten werden gelöscht, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Unabhängig davon, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten oder nicht, bitten wir Sie, die nachfolgenden Einverständniserklärungen zu unterschreiben. Ihren Wunsch bezüglich Teilnahme oder Nicht-Teilnahme können Sie durch ankreuzen der jeweiligen Option kennzeichnen. Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung verbleibt bei Ihnen, das andere werfen Sie bitte bis Freitag Abend in das Postfach Nr. 86 („Nachsorge-Studie“).

Wir bedanken uns mit den besten Wünschen für Ihre psychosomatische Rehabilitation im Voraus für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

Prof. Dr. H. Rüddel
Ärztlicher Direktor

Dipl.-Psych. A. Reiser
Assistentin der Klinik

(2) Einverständniserklärung

Einwilligungserklärung mit Erklärung zum Datenschutz

ST. FRANZISKA-STIFT
PSYCHOSOMATISCHE
FACHKLINIK
BAD KREUZNACH

„Zur Effektivität eines optimierten Casemanagement Nachsorgeprogramms bei Patienten mit psychosomatischen Störungen nach der stationären Rehabilitation“

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
PLZ /Wohnort: _____
Straße: _____
Telefon: _____

Ich bin über Inhalt und Zweck der Studie **„Zur Effektivität eines optimierten Casemanagement Nachsorgeprogramms bei Patienten mit psychosomatischen Störungen nach der stationären Rehabilitation“** informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir zusätzlich ein Merkblatt ("Patienten-Information") ausgehändigt.

Ich erkläre mich bereit, an der o.g. Studie freiwillig teilzunehmen. Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet, ich kann jederzeit neue Fragen stellen. Ich habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes wurde ich darauf hingewiesen, dass ich für Gesundheitsschäden oder sonstige Beeinträchtigungen sowie für Wegunfälle, die im

Zusammenhang mit der Teilnahme an der Studie auftreten, über den üblichen Versicherungsschutz hinaus, nicht gesondert versichert bin. Sofern der Studienleiter oder seine Mitarbeiter ein schuldhaftes Fehlverhalten zeigen, das einen Haftpflichtfall begründet, ist geregelt, dass die Haftpflichtversicherung der Cusanus Trägergesellschaft Trier (ctt) den Versicherungsschutz übernimmt.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass meine studienbezogenen Gesundheitsdaten pseudonymisiert (d.h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnliches) erhoben, auf Datenträgern gespeichert und ausgewertet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Veröffentlichung von Ergebnissen erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d.h. kann nicht meiner Person zugeordnet werden.

Ein Exemplar der Studieninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ein Exemplar der unterschriebenen Einwilligungserklärung verbleibt im Prüfzentrum des St. Franziska-Stiftes.

Einwilligung:

- Unter den im Merkblatt ("Patienteninformation") genannten Voraussetzungen erkläre ich widerruflich meine **Einwilligung für die Teilnahme an der Studie**.
- Unter den im Merkblatt ("Patienteninformation") genannten Voraussetzungen möchte ich **nicht** an der Studie teilnehmen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Teilnehmers eingeholt.

(Ort und Datum)

(Prof. Dr. H. Rüdgel/A. Reiser)

(3) Fragebogen zur Aufnahme I**Station:** **Datum:** 20
Tag Monat Jahr

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen.

Wir bitten Sie, diese Fragen möglichst vollständig auszufüllen und insbesondere nicht mit Kommentaren zu versehen und die Angaben eindeutig zuzuordnen (z.B. bitte nicht zwischen den Kästchen ankreuzen).

Sie ermöglichen uns dabei ein automatisches Einlesen dieser Fragebogen und erleichtern uns die Auswertung.

Wir bitten Sie, diese Fragen am Aufnahmetag zu bearbeiten und der Schwester auf der Station bis Mittwoch 14.30 Uhr auf dem Stationszimmer abzugeben.

Ich bedanke mich schon jetzt ganz herzlich für Ihre Unterstützung!

(Prof. Dr. med. Heinz Rüdell)

Bitte markieren Sie bei den folgenden Aussagen deutlich die Antwort, die Ihrem Befinden während der letzte Woche am besten entsprochen hat.

Während der letzten Woche...		selten oder überhaupt nicht (weniger als ein Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage lang)	öfters (3 bis 4 Tage lang)	meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde / Familie versuchten, mich aufzumuntern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.	war ich deprimiert, niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.	war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7.	hatte ich Angst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.	habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9.	war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10.	habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11.	fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12.	habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13.	war ich traurig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14.	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15.	konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Zweck des folgenden Fragebogens ist es, zu erfahren, was für eine „Art Mensch“ Sie in den letzten fünf Jahren gewesen sind.

Bitte lassen Sie keine einzige Frage aus. Wenn Sie in der Beantwortung unsicher sind, dann wählen Sie bitte diejenige Kategorie von «richtig» oder «falsch» aus, die am wahrscheinlichsten stimmen könnte. Es gibt keine zeitliche Begrenzung für die Beantwortung, aber halten Sie sich nicht zu lange mit der Antwort für eine einzelne Aussage auf.

Wenn Sie meinen, dass eine Aussage richtig ist, dann markieren Sie bitte das Kästchen unter «richtig» bei dieser Frage auf dem Fragebogen, wenn sie falsch ist, dann das Kästchen unter «falsch».

	richtig	falsch
Gewöhnlich habe ich Spaß und Freude am Leben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich reagiere nicht gut, wenn jemand mich beleidigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Wegen kleiner Details mache ich nicht viel Aufhebens	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich kann nicht entscheiden, was für eine Art Mensch ich sein möchte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich zeige meine Gefühle so, dass jeder sie sehen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich lasse andere die wichtigen Entscheidungen für mich treffen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Gewöhnlich fühle ich mich gespannt und nervös	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich werde fast nie über etwas ärgerlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich gehe bis zu dem äußersten, wenn ich versuche, Leute daran zu hindern, mich zu verlassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich bin ein sehr vorsichtiger Mensch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich bin nie verhaftet worden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Die Leute denken, ich bin kalt und distanziert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich gerate in sehr intensive Beziehungen, die nicht anhalten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Die meisten Menschen sind anständig und ehrlich mit mir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich finde es schwer, mit Leuten, von denen ich abhängig bin, nicht überein zustimmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
In sozialen Situationen (d.h., wenn ich unter Menschen bin), fühle ich mich unbeholfen und fehl am Platz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich bin zu leicht beeinflusst durch das, was um mich herum vorgeht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Gewöhnlich fühle ich mich schlecht, wenn ich jemanden verletze oder schlecht behandle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ich gerate in Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten, wenn Leute versuchen, mich daran zu hindern, zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Es hat Zeiten gegeben, in denen ich mich weigerte, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, selbst wenn man das von mir erwartete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Wenn ich gelobt oder kritisiert werde, zeige ich den anderen nicht meine Reaktion hierauf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Ich habe Groll gegen andere Menschen jahrelang aufrechterhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich verbringe viel Zeit mit dem Versuch, Dinge perfekt durchzuführen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Andere Leute machen sich oft hinter meinem Rücken über mich lustig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich habe niemals mit Suizid gedroht oder mich absichtlich verletzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Meine Gefühle sind wie das Wetter, sie wechseln ständig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich kämpfe für meine Rechte, selbst wenn es andere Leute stört	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich liebe es mich so anzuziehen, dass ich mich von der Mehrzahl der anderen Leute abhebe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich werde lügen und andere hereinlegen, wenn es meinen Zwecken dient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich bleibe nicht bei einem Vorhaben, wenn es nicht sofort zum Erfolg führt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich habe wenig oder gar kein Verlangen nach sexuellen Beziehungen mit jemand anderem	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Andere Leute meinen, ich wäre zu genau mit Regeln und Vorschriften	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich fühle mich gewöhnlich unbehaglich oder hilflos, wenn ich alleine bin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich werde mich nicht mit anderen Leuten einlassen, bevor ich sicher bin, dass sie mich mögen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich ziehe es vor, nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich denke, dass mein Partner/in oder Geliebte/r mir untreu ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Manchmal werde ich so ärgerlich, dass ich Gegenstände kaputt mache oder zerschmettere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich habe enge Freundschaften, die lange Zeit andauern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich mache mir eine Menge Sorgen darüber, dass andere Leute mich nicht mögen könnten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich fühle mich oft innerlich leer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich arbeite soviel, dass mir für etwas anderes keine Zeit mehr bleibt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich mache mir Sorgen darüber, verlassen zu werden und für mich selber sorgen zu müssen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Viele Dinge erscheinen mir gefährlich, die den meisten anderen Menschen nichts ausmachen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich stehe in den Ruf, viel zu kokettieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich kann Leute, von denen ich abhängig bin, nicht um einen Gefallen bitten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich ziehe Tätigkeiten vor, die ich alleine durchführen kann	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich verliere leicht meine Beherrschung und lasse mich auf Schlägereien ein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Andere Leute halten mich für zu steif oder zu förmlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich suche oft Rat oder Bestätigung für Alltagsentscheidungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich schließe mich nicht an, selbst wenn ich unter anderen Leuten bin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Es ist schwer für mich, mich aus Schwierigkeiten herauszuhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich bin davon überzeugt, dass hinter vielen Dingen in der Welt eine Verschwörung steht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

I 110

Ich bin sehr launisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Es ist schwierig für mich, mich daran zu gewöhnen, Dinge auf eine neue Art und Weise zu tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Die meisten Leute denken, dass ich ein merkwürdiger Mensch bin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich ergreife jede Chance und verhalte mich leichtsinnig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jeder braucht einen oder zwei Freunde, um glücklich zu sein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich interessiere mich mehr für meine eigenen Gedanken als für das, was um mich herum vorgeht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ich versuche gewöhnlich, andere Leute zu veranlassen, Dinge auf meine Weise zu tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellten, und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Hier ein Beispiel:

Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?

Es fällt mir schwer...	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
mit meinen Angehörigen zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten ziemlich zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen ziemlich an (wie hier in diesem Beispiel).

Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer...	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. mich Gruppen anzuschließen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. andere wissen zu lassen, was ich will	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. mich fremden Menschen vorzustellen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. mit anderen etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. mit anderen zurechtzukommen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. wenn nötig, standfest zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. anderen Grenzen zu setzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. mich anderen nahe zu fühlen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25. mich mit jemand anderem zu streiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
26. alleine zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27. jemandem ein Geschenk zu machen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28. mir auch gegenüber dem Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
30. mich aus dem Angelegenheiten anderer herauszuhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
34. mich über andere zu ärgern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletzte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zu viel mit anderen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
44. Ich bin zu unabhängig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47. Ich spiele zu oft den Clown	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

48. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
49. Ich vertraue anderen zu leicht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
52. Ich versuch zu sehr, andere zu verändern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
53. Ich bin zu leichtgläubig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
55. Ich habe vor anderen zu viel Angst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
58. Ich erzähle anderen zu oft persönlich Dinge	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
59. Ich streite zu oft mit anderen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwie- gend zu	trifft ausge- sprochen zu
1. Wenn eine Versuchung auftaucht, fühle ich mich oft wehrlos.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Ich kann gut alles in mir unterbinden, was nicht zur Sache gehört.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Ich kann meine Stimmung so verändern, dass mir dann alles leichter von der Hand geht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Während ich an einer Aufgabe arbeite, kann ich störende Gedanken meist gut unterdrücken.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Ich kann, wenn es nötig ist, ganz bewusst meine Konzentration steigern.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Ich kann oft nichts dagegen tun, wenn ich abgelenkt werde.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Ich kann es schaffen, einer anfangs unangenehmen Tätigkeit zunehmend angenehme Seiten abzugewinnen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich meist genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Es passiert mir öfters, dass ich ein plötzliches Verlangen nicht aufschieben kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Wenn ich es will, kann ich mich gezielt auf das konzentrieren, was im Moment notwendig ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Die meisten Dinge gehe ich mit voller Konzentration an.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Ich kann mich gut aufheitern, wenn dann eine Sache besser klappt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Ich kann mich im Alltag gut in die Stimmung hineinbringen, die ich im Moment am besten gebrauchen kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. Ich kann ganz gezielt an heitere Dinge denken, um lockerer voranzukommen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
18. Es kommt oft vor, dass ich einer Versuchung erliege.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. Ich bin leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. Ich kann eine negative Stimmung abbauen, wenn sie mein Handeln behindert.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ämlich	sehr
unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.**

Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!**

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt ?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...					
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Ab Freitagnachmittag können Sie dann von Ihrem Bezugstherapeuten die wichtigsten Ergebnisse dieser Fragebogen erfahren.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.



Prof. Dr. med. Heinz Rüdell
Ärztlicher Direktor

(4) Fragebogen zur Aufnahme II

BASISDOKUMENTATION

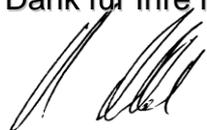
PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____,

der folgende Fragebogen gibt uns ein erstes Bild über Ihre Beschwerden und Ihre Lebenssituation.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und ausführlich und lassen Sie keine Frage aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. H. Rüddel
Ärztlicher Direktor

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Die von Ihnen beantworteten Fragebögen werden bei uns im Hause mit einem **elektronischen System** eingelesen. Damit dies möglichst fehlerfrei funktioniert, sollten Sie bitte bestimmte Regeln beachten. Diese sind nachfolgend aufgeführt.

Herzlichen Dank für Ihre Rücksicht.

1. Bitte benutzen Sie blauen oder schwarzen **Kugelschreiber**.

2. Bitte **falten** Sie die Blätter **nicht**.

3. Bitte nehmen Sie die Blätter **nicht aus der Heftung** heraus.

4. Bitte fügen Sie **keine zusätzlichen** Blätter hinzu.

5. Bitte **tackern** Sie die Bögen **nicht** zusammen.

6. Bitte kreuzen Sie **so** an....



Nicht so..



7. In einer Zeile nicht mehrfach ankreuzen.



8. Wenn Sie sich vertan haben, das falsche Feld ganz schwärzen.



9. Bei mehrstelligen Zahlenfeldern diese rechtsbündig eintragen.



10. Bitte keine freien Kommentare anbringen.

11. Bei freien Textfeldern den Text in Druckbuchstaben innerhalb des Feldes eintragen

Ballspiel

Ballspiel

Nicht so:

12. Bei Fehlern in freien Textfeldern, bitte das ganze Feld schwärzen und die richtige Angabe daneben schreiben.



8. In welcher Partnersituation leben Sie?

<input type="checkbox"/> ₁ Kurzfristig kein Partner	<input type="checkbox"/> ₄ Fester Partner (Ehepartner)
<input type="checkbox"/> ₂ Langfristig / dauerhaft kein Partner	<input type="checkbox"/> ₅ Fester Partner (nicht Ehepartner)
<input type="checkbox"/> ₃ Wechselnde Partner	

9. In wessen Haushalt leben Sie?

<input type="checkbox"/> ₁ Versorgt im Haushalt der Eltern	<input type="checkbox"/> ₄ Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> ₂ Mit Eltern und Schwiegereltern gemeinsam	<input type="checkbox"/> ₅ Sonstiger Haushalt
<input type="checkbox"/> ₃ Eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie, etc.)	

10. Angaben zu den Kindern

	Alter	Tochter	Sohn	Beruf / Schule
1. Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
2. Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
3. Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
4. Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
5. Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____

11. Mutter

Derzeitiges Alter:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre
Alter bei Ihrer Geburt:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre
Beruf:	_____	
Falls bereits verstorben: Wann (Jahr)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Woran?	_____	
In welchem Alter?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre

12. Vater

Derzeitiges Alter:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre
Alter bei Ihrer Geburt:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre
Beruf:	_____	
Falls bereits verstorben: Wann (Jahr)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Woran?	_____	
In welchem Alter?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre

13. Angaben zu Ihren Geschwistern

	Alter	Schwester	Bruder	Beruf / Schule
1.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
2.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
3.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
4.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
5.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____

14. Ist eines Ihrer Geschwister verstorben?

ja ₁ nein ₂

15. Welcher Nationalität gehören Sie an?

<input type="checkbox"/> ₁ Deutsch		
<input type="checkbox"/> ₂ Dt. Übersiedler / Spätaussiedler	Jahr der Übersiedlung:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₃ andere Nationalität		
seit wann in Deutschland?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rückkehr ins Heimatland geplant?	Ja <input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	wann?	
	Nein <input type="checkbox"/> ₂	

16. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

(bei Ausbildungen im Ausland bitte vergleichbares wählen)

<input type="checkbox"/> ₁ Noch in der Schule	<input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss / mittlere Reife / polytechn. Oberschule
<input type="checkbox"/> ₂ Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur / Abitur
<input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss	<input type="checkbox"/> ₇ Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> ₄ Haupt-/Volksschulabschluss	

17. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/> ₁ Noch in der Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule / Universität
<input type="checkbox"/> ₂ Lehre / Fachschule	<input type="checkbox"/> ₅ Ohne Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> ₃ Meister / Techniker	<input type="checkbox"/> ₆ Sonstiges: _____

18. Beruflicher Werdegang

Beruflicher Werdegang:

19. Wie lautet die genaue Berufsbezeichnung? (der zuletzt ausgeübten Tätigkeit)

20. Beschreibung der letzten Tätigkeit:

21. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

<input type="checkbox"/> ₁	Berufstätig, Vollzeit	<input type="checkbox"/> ₉	arbeitslos gemeldet seit	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₂	Berufstätig, Teilzeit	<input type="checkbox"/> ₁₀	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₃	Berufstätig, gelegentlich		○ auf Dauer, seit:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₄	mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig		○ auf Zeit, seit:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₅	Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> ₁₁	Frührente / Altersrente / Pension	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₆	Ausbildung	<input type="checkbox"/> ₁₂	Witwen-/Witwer-Rente	
<input type="checkbox"/> ₇	Wehr-/Zivildienst / freiwilliges soz. Jahr	<input type="checkbox"/> ₁₃	anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	
<input type="checkbox"/> ₈	Beschützt beschäftigt	<input type="checkbox"/> ₁₄	unbekannt, unklar	
<input type="checkbox"/>	Schichtdienst; wenn ja, welche Schicht? _____			

22. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer gegenwärtigen (oder letzten) Arbeit (gewesen)?

	Sehr unzufrieden					Sehr zufrieden
a. mit Ihren Kollegen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b. mit Ihren unmittelbaren Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
c. mit Ihrer Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
d. mit Ihren Arbeitsbedingungen (Hilfsmittel, Räume, Ausstattung)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
e. mit der Organisation und Leitung Ihres Betriebes (mit Vorschriften, Information, Zusammenarbeit)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
f. mit ihrer Entwicklung innerhalb des Betriebes (Aufstiegsmöglichkeiten, Weiterbildung ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
g. mit ihrer Bezahlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
h. mit Ihrer Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
i. mit der Arbeit insgesamt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

23. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Fragen für Sie zutreffen:

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
a. Fühlen Sie sich wegen ihrer körperlichen und seelischen Beschwerden in Ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren Beschwerden bei?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Haben oder hatten Sie an Ihrem Arbeitsplatz Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation insgesamt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Befürchten Sie, dass Ihr Arbeitsplatz aufgrund Ihrer Beschwerden gefährdet ist?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

g. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten für angemessen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die mir gegebene Anerkennung für angemessen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Ich leide unter Mobbing / Bossing	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Ich leide an Arbeitsüberlastung und / oder Zeitdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

24. Welche der folgenden Themen wären für Sie im Rahmen berufsbezogener Therapieinhalte wichtig?

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
a. Umgang mit Stress am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Berufliche Ziele / Neuorientierung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Bewerbungen / Bewerbungsstrategien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Umgang mit Konflikten mit Kollegen / Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Umgang mit Konflikten mit Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Freizeit- und Pausengestaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Umgang mit Zeitdruck / persönliche Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. PC - Training	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

25. Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?

nie	1 – 6 Monate	7 – 12 Monate	13 – 24 Monate	länger als 24 Monate
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

26. Falls Sie derzeit arbeitslos sind

a. Seit wie vielen Wochen

--	--	--

Warum sind Sie arbeitslos geworden?

b. Sind Sie zurzeit arbeitssuchend? ja ₁ nein ₂

27. Falls Sie derzeit / aktuell krank geschrieben bzw. arbeitsunfähig sind,

trifft nicht zu seit wie vielen Wochen

28. Wie lange sind / waren Sie in den letzten 12 Monaten krank geschrieben bzw. arbeitsunfähig?

Wochen

29. Haben Sie einen Grad der Behinderung?

ja ₁ nein ₂

Falls ja, wie hoch ist die MdE / GdB / GdS?

30. Haben Sie eine Gleichstellung?

ja ₁ nein ₂

31. Haben Sie Antrag auf Schwerbehinderung bzw. einen Änderungsantrag gestellt?

ja ₁ nein, aber ich beabsichtige es ₂ nein ₃

wenn ja, wann?

	ja	nein
a. Sind Sie von der Krankenkasse zu diesem Heilverfahren aufgefordert worden (z.B. wegen langer Krankschreibung oder wegen Gefährdung Ihrer Erwerbstätigkeit)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b. Hat das Arbeitsamt Sie nach Aussteuerung aus Ihrer Krankenkasse zu diesem Heilverfahren aufgefordert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c. Steht die geplante Heilbehandlung in Zusammenhang mit einem Antrag auf berufliche Umschulung beim Arbeitsamt / Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d. Falls Sie aus Krankheitsgründen Ihrem Beruf nicht mehr ausüben können, würden Sie damit fertig werden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e. Hat Ihr Arzt schon einmal mit Ihnen über die Möglichkeit einer Berentung gesprochen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
f. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt oder beabsichtigen Sie es?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
g. Möchten Sie Ihre derzeitige Arbeitstätigkeit gerne weiter ausüben, können das aber wegen der Erkrankung nicht?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
h. Können Sie sich gut vorstellen, dass Sie vorzeitig in Rente gehen müssen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
i. Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

32. Wie hoch ist das Nettoeinkommen, das Ihrem gesamten Haushalt monatlich zur Verfügung steht (d.h. mit Lohn, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte, Zuwendungen etc.)?

Unter 500 €	500 -999 €	1000–1499 €	1500–1999 €	2000–2499 €	2500–2999 €	3000–3499 €	3500 € und mehr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

33. Welcher Religionsgemeinschaft (oder Kirche) gehören Sie an?

<input type="checkbox"/> ₁	Christentum, nämlich:	<input type="checkbox"/> ₆	andere nicht-christliche Religionsgemeinschaft, nämlich: _____
<input type="checkbox"/> ₂	römisch-katholische Kirche	<input type="checkbox"/> ₇	keine Kirche oder Religionsgemeinschaft
<input type="checkbox"/> ₃	evangelische Kirche	<input type="checkbox"/> ₈	ich habe noch nie einer Religionsgemeinschaft angehört
<input type="checkbox"/> ₄	andere christliche Kirche oder Religionsgemeinschaft, nämlich: - _____	<input type="checkbox"/> ₉	ich bin ausgetreten, vor ca. _____ Jahren, frühere Religionsgemeinschaft: _____
<input type="checkbox"/> ₅	Judentum		
	Islam		

- 34. Im Folgenden sind einige Lebensbereiche aufgeführt, in denen Schwierigkeiten entstehen können. Bitte kreuzen Sie bei allen Bereichen an, ob dies derzeit auf Sie zutrifft oder nicht. Bitte geben Sie außerdem bei allen zutreffenden Bereichen an, wie sehr Sie dadurch belastet sind.**

Zutreffend ?	Wenn ja, wie groß ist die Belastung?				
	nein	keine	gering	mittel	stark
a. längere Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. bestehende Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. drohende Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. noch nicht entschiedener Rentenanspruch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Berentung auf Zeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Wunsch nach Berentung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Schulden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. andere finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Pflege kranker/behinderter Angehöriger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k. bevorstehende Scheidung/Trennung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l. kein oder unzureichender Unterhalt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m. unbefriedigendes Sorgerecht für Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n. Wohnungsprobleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o. rechtliche Streitigkeiten / Gerichtsverfahren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

35. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“ (d.h. schädlich für die Gesundheit) betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere solcher Risikofaktoren.

a. Rauchen Sie zurzeit Zigaretten?

- Ja, und ich *habe nicht vor*, in der nächsten Zeit damit zu aufzuhören 1
- Ja, aber ich *habe vor*, in den nächsten 6 Monaten damit zu aufzuhören 2
- Ja, aber ich *habe vor*, in den nächsten 30 Tagen damit zu aufzuhören 3
- Nein, seit *weniger als 6 Monaten* nicht mehr 4
- Nein, seit *mehr als 6 Monaten* nicht mehr 5
- Nein, *noch nie* geraucht 6

b. Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?

- | nie | 1-2 mal | 3-4 mal | 5-6 mal | mehr als 6 mal |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Nach Empfehlungen von Ernährungswissenschaftlern ist eine gesunde Ernährung möglichst abwechslungsreich. Dies bedeutet, dass Sie auch häufig Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Milchprodukte usw. essen sollten. Darüber hinaus sollte eine gesunde Ernährung möglichst wenig fetthaltige Lebensmittel enthalten (d.h. sehr wenig fette Wurst oder fettes Fleisch, sehr wenig Kartoffelchips, sehr wenig Schokolade usw.)

c. Ernähren Sie sich die meiste Zeit möglichst gesund, d.h. abwechslungsreich und fettarm?

- Nein, und ich *habe nicht vor*, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen 1
- Nein, aber ich *habe vor*, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen 2
- Nein, aber ich *habe vor*, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen 3
- Ja, aber erst seit *wenigen Wochen* 4
- Ja, seit *mehr als 6 Monaten* 5

d. Angenommen, Sie erfahren von Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt oder einer Ernährungsfachkraft, dass Ihre Ernährung nicht gut zusammengesetzt ist. Haben Sie dann die Absicht, sich (noch) gesünder als bisher zu ernähren, d.h. abwechslungsreicher und fettärmer?

- Nein, und ich *habe nicht vor*, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen 1
- Nein, aber ich *habe vor*, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen 2
- Nein, aber ich *habe vor*, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen 3
- Ja 4

e. Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate bereits einmal bewusst versucht, sich gesünder zu ernähren? (z.B. auf bestimmte Lebensmittel verzichtet, besonders abwechslungsreich gegessen usw.)

- Ja 1
- Nein 2

Auf dieser Seite finden Sie Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand.

Bitte beantworten Sie diese spontan und ehrlich.

1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?					
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustandes bei körperlichen Aktivitäten, wie z.B. beim Gehen oder Treppensteigen eingeschränkt?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
3. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?					
überhaupt nicht	ein bisschen	etwas	ziemlich	konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen körperliche Schmerzen?					
überhaupt nicht	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5. Wie viel Energie hatten Sie während der vergangenen 4 Wochen?					
sehr viel	ziemlich viel	etwas	wenig	keine	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
6. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren sozialen Kontakten mit der Familie oder mit Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
7. Wie oft habe Sie sich während der vergangenen 4 Wochen durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. ängstlich, deprimiert oder gereizt gefühlt)?					
überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	sehr stark	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
8. Wurden Sie während der vergangenen 4 Wochen durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

Ich kann ...					
	0	1	2	3	4
1. mich mit Worten ausdrücken	<input type="checkbox"/>				
2. andere respektieren und auf sie Rücksicht nehmen	<input type="checkbox"/>				
3. andere auch ohne Worte verstehen	<input type="checkbox"/>				
4. rechnen, um ein Problem zu lösen	<input type="checkbox"/>				
5. mir neue Fähigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>				
6. mich gesund ernähren	<input type="checkbox"/>				
7. mich um andere kümmern	<input type="checkbox"/>				
8. mich schriftlich exakt ausdrücken	<input type="checkbox"/>				
9. auf die soziale Stellung anderer Rücksicht nehmen	<input type="checkbox"/>				
10. die Anforderungen eines Arbeitsplatzes erfüllen	<input type="checkbox"/>				
11. dafür sorgen, dass ich körperlich fit bleibe	<input type="checkbox"/>				
12. im Umgang mit anderen soziale Spielregeln beachten	<input type="checkbox"/>				
13. auftretende Schwierigkeiten oder Krisen bewältigen	<input type="checkbox"/>				
14. mich anpassen, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/>				
15. sexuelle Beziehungen aufnehmen und aufrechterhalten	<input type="checkbox"/>				
16. Freundschaften eingehen und pflegen	<input type="checkbox"/>				
17. durch Lesen hinzulernen	<input type="checkbox"/>				
18. mit Stress und Druck umgehen	<input type="checkbox"/>				
19. Beziehungen zu Verwandten pflegen	<input type="checkbox"/>				
20. dafür sorgen, dass ich gesund bleibe	<input type="checkbox"/>				
21. eine Beziehung mit einem Lebenspartner eingehen / aufrechterhalten	<input type="checkbox"/>				
22. die regelmäßigen täglichen Anforderungen bewältigen	<input type="checkbox"/>				
23. mit anderen gesellig zusammen sein	<input type="checkbox"/>				
24. Dinge genau formulieren	<input type="checkbox"/>				
25. eine Liebesbeziehung eingehen / aufrechterhalten	<input type="checkbox"/>				
26. mit Menschen zusammen arbeiten	<input type="checkbox"/>				
27. Anforderungen einer Schul-/ Aus- oder Weiterbildung bewältigen	<input type="checkbox"/>				
28. mit einer Person diskutieren	<input type="checkbox"/>				
29. ein Hobby aktiv ausüben	<input type="checkbox"/>				
30. mit fremden Menschen umgehen	<input type="checkbox"/>				

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bei den meisten dieser Aussagen handelt es sich um Äußerungen ehemaliger Patienten. Sie beziehen sich zusammengefasst darauf, wie Sie Ihre Krankheit erleben, in welchem Zusammenhang Sie sie sehen (mögliche Ursachen), welche Erwartungen Sie an eine stationäre Heilbehandlung knüpfen und einiges mehr.

Beachten Sie bitte, dass es *keine richtige oder falsche Antwort gibt*. Antworten Sie so, wie es *für Sie persönlich am wahrscheinlichsten zutrifft*; kreuzen Sie die Möglichkeit an, die in der Regel überwiegt. Versuchen Sie offen und ehrlich zu antworten.

		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
1.	Ich leide stark unter seelischen Problemen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.	Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.	Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas ändert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4.	Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.	Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.	Ich weiß wenig über Psychotherapie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1.	Ich erlebe mich wie abgetrennt von meiner Umgebung oder diese erscheint mir unwirklich, so als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.	Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(5) Fragebogen zur Entlassung**Station** **Datum:** 20
Tag Monat Jahr**FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG
IHRER REHABILITATION**

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Sie waren jetzt einige Wochen in dieser Klinik und werden nun in Kürze nach Hause fahren. Die Erfahrungen, positive wie auch negative, die Sie in der Klinik gesammelt haben, sind für uns von großer Wichtigkeit.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und uns diesen Fragebogen ausfüllen. Damit ermöglichen Sie es uns, späteren Patienten den Aufenthalt noch besser auszurichten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. H. Rüddel
Ärztlicher Direktor

Während meines Rehabilitationsaufenthaltes hier im St.-Franziska-Stift war ...				
1. die ärztliche Betreuung...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
2. die psychotherapeutische Betreuung ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
3. die Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwester / Pfleger) ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
4. die Betreuung durch Sozialtherapeuten ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₆ habe ich nicht in Anspruch genommen				
5. die Betreuung durch Sport- und Bewegungstherapeuten ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₆ habe ich nicht in Anspruch genommen				
6. die Betreuung durch Ergo- und Gestaltungstherapeuten ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₆ habe ich nicht in Anspruch genommen				
7. die Betreuung durch Verwaltungspersonal (Rezeption, Aufnahme, Kasse u.ä.) ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
8. die Versorgung durch Reinigungskräfte ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅

9. das Angebot an Vorträgen zur Gesundheitsbildung (Vorträge) ...				
sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅

10. Rehabilitationsziele und -plan				
In der Rehabilitationsklinik wurde Wert darauf gelegt, die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.				
trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> ₁	trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> ₂	trifft teils zu, teils nicht zu <input type="checkbox"/> ₃	trifft eher zu <input type="checkbox"/> ₄	trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> ₅

11. Dienstleistungen					
	sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	gut <input type="checkbox"/> ₂	befriedigend <input type="checkbox"/> ₃	ausreichend <input type="checkbox"/> ₄	mangelhaft <input type="checkbox"/> ₅
a) Wie beurteilen Sie die Qualität des Essens, insgesamt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Wie beurteilen Sie die Atmosphäre bei den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Wie beurteilen Sie den Service beim Essen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Wie beurteilen Sie die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst usw.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Wie empfanden Sie die Sauberkeit in der Klinik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Wie fanden Sie die Ausstattung und Einrichtung des Zimmers?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Hauses (z.B. Außenanlagen, Freizeitbereich, Cafeteria)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

II. Gesundheitliche Beschwerden

12. Wenn Sie jetzt an Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation denken - hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?

Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Rehabilitation ...

stark gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	stark verschlechtert
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

13. Wenn Sie jetzt an Ihre Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation denken - haben sich durch die Rehabilitation verändert?

(Wenn Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation kein Problem für Sie waren, dann kreuzen Sie bitte den nachfolgenden Satz an. Sonst kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das der Veränderung dieses Problems am ehesten entspricht.)

Meine Erschöpfung und Müdigkeit waren vor der Rehabilitation kein Problem für mich ja, stimmt ₀

wenn nein: **Meine Erschöpfung und Müdigkeit haben sich durch die Rehabilitation ...**

stark gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	stark verschlechtert
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

14. Wenn Sie jetzt an Ihre Nervosität und Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Meine Nervosität und Niedergeschlagenheit waren vor der Rehabilitation kein Problem für mich ja, stimmt ₀

wenn nein:

Meine Nervosität und Niedergeschlagenheit haben sich durch die Rehabilitation ...

stark gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	stark verschlechtert
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

15. Wenn Sie jetzt an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen seit Beginn der Rehabilitation verändert?					
Meine Schmerzen waren <u>vor der Rehabilitation</u> kein Problem für mich			ja, stimmt		<input type="checkbox"/> ₀
wenn nein: Meine Schmerzen haben sich durch die Rehabilitation ...					
stark gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	stark verschlechtert	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

16. Wenn Sie jetzt an Ihre Ängste vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Ängste durch die Rehabilitation verändert?					
Meine Ängste waren vor der Rehabilitation kein Problem für mich			ja, stimmt		<input type="checkbox"/> ₀
wenn nein: Meine Ängste haben sich durch die Rehabilitation ...					
stark verringert	etwas verringert	nicht verändert	etwas verstärkt	stark verstärkt	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

17. Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?	
Ja, und ich habe nicht vor, in der nächsten Zeit damit zu aufzuhören	<input type="checkbox"/> ₁
Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu aufzuhören	<input type="checkbox"/> ₂
Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu aufzuhören	<input type="checkbox"/> ₃
Nein, habe hier aufgehört	<input type="checkbox"/> ₄
Nein, schon seit längerer Zeit nicht mehr	<input type="checkbox"/> ₅
Nein, ich habe nie geraucht	<input type="checkbox"/> ₆

Psychisches Wohlbefinden

Bitte markieren Sie bei den folgenden Aussagen deutlich die Antwort, die Ihrem Befinden während der letzte Woche am besten entsprochen hat.

Während der letzte Woche...	selten oder überhaupt nicht (weniger als ein Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage lang)	öfters (3 bis 4 Tage lang)	meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)
16. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde / Familie versuchten, mich aufzumuntern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
18. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. war ich deprimiert, niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
21. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
22. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
23. habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
24. war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
25. habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
26. fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
27. habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
28. war ich traurig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
29. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
30. konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwi- e-gend zu	trifft ausgesproche- n zu
1. Wenn eine Versuchung auftaucht, fühle ich mich oft wehrlos.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Ich kann gut alles in mir unterbinden, was nicht zur Sache gehört.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Ich kann meine Stimmung so verändern, dass mir dann alles leichter von der Hand geht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Während ich an einer Aufgabe arbeite, kann ich störende Gedanken meist gut unterdrücken.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Ich kann, wenn es nötig ist, ganz bewusst meine Konzentration steigern.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Ich kann oft nichts dagegen tun, wenn ich abgelenkt werde.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Ich kann es schaffen, einer anfangs unangenehmen Tätigkeit zunehmend angenehme Seiten abzugewinnen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich meist genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Es passiert mir öfters, dass ich ein plötzliches Verlangen nicht aufschieben kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Wenn ich es will, kann ich mich gezielt auf das konzentrieren, was im Moment notwendig ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Die meisten Dinge gehe ich mit voller Konzentration an.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Ich kann mich gut aufheitern, wenn dann eine Sache besser klappt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Ich kann mich im Alltag gut in die Stimmung hineinbringen, die ich im Moment am besten gebrauchen kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. Ich kann ganz gezielt an heitere Dinge denken, um lockerer voranzukommen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
18. Es kommt oft vor, dass ich einer Versuchung erliege.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. Ich bin leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. Ich kann eine negative Stimmung abbauen, wenn sie mein Handeln behindert.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	amlich	sehr
Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**.
Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ämlich	sehr
unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.**

Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...					
	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!**

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben ?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?					
	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt ?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Im Folgenden finden Sie Fragen zu Ihrem **allgemeinen Gesundheitszustand**. Bitte beantworten Sie diese spontan und ehrlich.

1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?					
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
○1	○2	○3	○4	○5	○6
2. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustandes bei körperlichen Aktivitäten, wie z.B. beim Gehen oder Treppensteigen eingeschränkt?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen	
○1	○2	○3	○4	○5	
3. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?					
überhaupt nicht	ein bisschen	etwas	ziemlich	konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen	
○1	○2	○3	○4	○5	
5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen körperliche Schmerzen?					
überhaupt nicht	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
○1	○2	○3	○4	○5	○6
6. Wie viel Energie hatten Sie während der vergangenen 4 Wochen?					
sehr viel	ziemlich viel	etwas	wenig	keine	
○1	○2	○3	○4	○5	
7. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren sozialen Kontakten mit der Familie oder mit Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen	
○1	○2	○3	○4	○5	
8. Wie oft habe Sie sich während der vergangenen 4 Wochen durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. ängstlich, deprimiert oder gereizt gefühlt)?					
überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	sehr stark	
○1	○2	○3	○4	○5	
9. Wurden Sie während der vergangenen 4 Wochen durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?					
überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen	
○1	○2	○3	○4	○5	

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Bitte sehen Sie den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

(6) Fragebogen zur Katamnese

Befragung von Patientinnen und Patienten nach der stationären Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

erinnern Sie sich noch an Ihren Aufenthalt im St. Franziska-Stift?

Wir wissen nicht, ob Ihre Erinnerungen positiv oder negativ sind. Auf jeden Fall sind sie uns sehr wichtig. Wir untersuchen, ob unseren Patientinnen und Patienten die Rehabilitationsbehandlung hier in der Klinik auch langfristig geholfen hat. Ihre Antworten ermöglichen uns, den Erfolg unserer Arbeit einzuschätzen und die Behandlung zu verbessern, so dass wir den Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten noch besser gerecht werden können.

Deshalb möchten wir gern erfahren, wie es Ihnen seit der Entlassung ergangen ist. Hat sich durch den Aufenthalt in der Klinik etwas verändert? War diese Veränderung von Dauer? Während Ihres Klinikaufenthaltes haben Sie sich freundlicherweise damit einverstanden erklärt, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Deshalb wenden wir uns heute an Sie mit der Bitte, diesen Fragebogen auszufüllen.

Der Bogen enthält Fragen zu verschiedenen Bereichen, die mit Ihrer Behandlung im St. Franziska-Stift zu tun haben. Uns interessiert dabei nicht nur Ihre Situation damals, sondern auch die Zeit, die inzwischen vergangen ist sowie Ihre heutige Lebenssituation. Mit einigen der Fragen dürften Sie bereits vertraut sein, da Sie sie in der Klinik und auch danach schon einmal beantwortet haben. Wir wissen, dass ein Bearbeiten der Fragebogen Zeit kostet. Wir hoffen aber auch, dass Sie sich die Mühe machen werden, die Fragen zu beantworten, da uns Ihre persönlichen Erfahrungen sehr wichtig sind.

Ihre Angaben und einige während Ihres Klinikaufenthaltes erhobene Daten werden **anonym** (d.h. ohne Bezug zu Ihrem Namen) ausgewertet. Selbstverständlich werden alle Angaben **streng vertraulich** und unter Einhaltung des **Datenschutzes** behandelt und am Ende der Untersuchung vernichtet.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung !

Mit freundlichen Grüßen



(Prof. Dr. med. Heinz Rüdell)

Aktuelles Befinden

1 Wie stark schätzen Sie insgesamt Ihre Beschwerden ein?

wenig	mittel	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2 Wie stark sind Sie in Ihrer gewohnten Lebensführung durch Ihre momentanen Beschwerden beeinträchtigt?

nicht beeinträchtigt	wenig	ziemlich	stark	sehr stark beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

3 Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

	sehr unzufrieden			sehr zufrieden	
a. Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Wohnsituation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. finanziellen Lage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Freizeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. familiäre Situation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. mit Ihrer Ehe/Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Und wenn Sie einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

4 Würden Sie das St. Franziska-Stift weiterempfehlen?

ja, unbedingt	ja, mit Einschränkun- gen	unsicher	eher nicht	auf keinen Fall
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5 Was ist Ihr aktuelles Körpergewicht?

kg

Psychisches Befinden

Bitte markieren Sie deutlich bei den folgenden Aussagen die Antwort, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entsprochen hat.

Während der letzten Woche...		selten oder überhaupt nicht (weniger als ein Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage lang)	öfters (3 bis 4 Tage lang)	meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde / Familie versuchten, mich aufzumuntern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.	war ich deprimiert, niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.	war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7.	hatte ich Angst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.	habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9.	war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10.	habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11.	fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12.	habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13.	war ich traurig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14.	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15.	konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Probleme und Beschwerden

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.

C Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**.

D Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. F Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Auf diesem Blatt werden Sie danach gefragt, ob es ein Problem für Sie wäre, zur Zeit bestimmte Tätigkeiten auszuüben, wenn Sie die Gelegenheit dazu hätten.

Machen Sie hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Stärke Ihres Problems:

0 = kein Problem, 1 = leichtes Problem, 2 = mäßiges Problem, 3 = erhebliches Problem. 4 = volles Problem

Ich kann...	0	1	2	3	4
1. mich sportlich betätigen	<input type="checkbox"/>				
2. mich mit Worten ausdrücken	<input type="checkbox"/>				
3. eine Beschäftigung mit allen Anforderungen bewältigen	<input type="checkbox"/>				
4. andere respektieren und auf sie Rücksicht nehmen	<input type="checkbox"/>				
5. ein Problem erkennen und eine Lösung finden	<input type="checkbox"/>				
6. andere auch ohne Worte verstehen	<input type="checkbox"/>				
7. flüssig lesen und das Gelesene verstehen	<input type="checkbox"/>				
8. Beziehungen zu Nachbarn pflegen	<input type="checkbox"/>				
9. meinen Lebensunterhalt durch Einkünfte sicherstellen	<input type="checkbox"/>				
10. rechnen, um ein Problem zu lösen	<input type="checkbox"/>				
11. mir neue Fähigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>				
12. mich gesund ernähren	<input type="checkbox"/>				
13. mich um andere kümmern	<input type="checkbox"/>				
14. übertragene Aufgaben und Pflichtenerfüllen	<input type="checkbox"/>				
15. mich schriftlich exakt ausdrücken	<input type="checkbox"/>				
16. auf die soziale Stellung anderer Rücksicht nehmen	<input type="checkbox"/>				
17. mir Dinge einprägen und merken	<input type="checkbox"/>				
18. die Anforderungen eines Arbeitsplatzes erfüllen	<input type="checkbox"/>				
19. dafür sorgen, dass ich körperlich fit bleibe	<input type="checkbox"/>				
20. Dinge abwägen und richtige Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>				
21. im Umgang mit anderen soziale Spielregeln beachten	<input type="checkbox"/>				
22. auftretende Schwierigkeiten oder Krisenbewältigen	<input type="checkbox"/>				
23. Beziehungen zu Gleichaltrigen pflegen	<input type="checkbox"/>				
24. mich anpassen, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/>				
25. mich mit anderen unterhalten	<input type="checkbox"/>				

Allgemeiner Gesundheitszustand

1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?					
ausgezeichnet ○ ₁	sehr gut ○ ₂	gut ○ ₃	weniger gut ○ ₄	schlecht ○ ₅	sehr schlecht ○ ₆
2. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustandes bei körperlichen Aktivitäten, wie z.B. beim Gehen oder Treppensteigen eingeschränkt?					
überhaupt nicht ○ ₁	sehr wenig ○ ₂	etwas ○ ₃	ziemlich ○ ₄	konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen ○ ₅	
3. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?					
überhaupt nicht ○ ₁	ein bisschen ○ ₂	etwas ○ ₃	ziemlich ○ ₄	konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen ○ ₅	
4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen körperliche Schmerzen?					
überhaupt nicht ○ ₁	sehr leicht ○ ₂	leicht ○ ₃	mäßig ○ ₄	stark ○ ₅	sehr stark ○ ₁
5. Wie viel Energie hatten Sie während der vergangenen 4 Wochen?					
sehr viel ○ ₁	ziemlich viel ○ ₂	etwas ○ ₃	wenig ○ ₄	keine ○ ₅	
6. Wie stark waren Sie während der letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren sozialen Kontakten mit der Familie oder mit Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht ○ ₁	sehr wenig ○ ₂	etwas ○ ₃	ziemlich ○ ₄	konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen ○ ₅	
7. Wie oft haben Sie sich während der vergangenen 4 Wochen durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. ängstlich, deprimiert oder gereizt gefühlt)?					
überhaupt nicht ○ ₁	sehr wenig ○ ₂	mäßig ○ ₃	ziemlich ○ ₄	sehr stark ○ ₅	
8. Wurden Sie während der vergangenen 4 Wochen durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?					
überhaupt nicht ○ ₁	sehr wenig ○ ₂	etwas ○ ₃	ziemlich ○ ₄	konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen ○ ₅	

Fragen zur Erwerbstätigkeit

9. Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> | 9 arbeitslos gemeldet seit | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 Berufstätig, Teilzeit | <input type="checkbox"/> | 10 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3 Berufstätig, gelegentlich | | o auf Dauer, seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig | | o auf Zeit, seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> | 11 Frührente / Altersrente / Pension | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 6 Ausbildung | <input type="checkbox"/> | 12 Witwen-/Witwer-Rente | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 7 Wehr-/Zivildienst / freiwilliges soz. Jahr | <input type="checkbox"/> | 13 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 8 Beschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> | 14 unbekannt, unklar | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 15 Schichtdienst; wenn ja, welche Schicht? _____ | | | | | | | | |

10 Haben Sie nach der letzten stationären Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

₁ ja → Wann haben Sie den Antrag gestellt?
Monat Jahr

₀ nein → Beabsichtigen Sie in naher Zukunft, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen? ₁ ja ₀ nein

Zur aktuellen Studie

Kurz vor Entlassung haben wir Sie gefragt, ob Sie bereit wären, an einer Studie zur individuellen Nachsorge teilzunehmen. In Folge haben Sie...

teilgenommen

₁

nicht teilgenommen

₂

Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden verschiedene Gruppen gebildet. Zu welcher Nachsorgegruppe gehören Sie?

Persönlich-telefonisches Casemanagement

₁

Computergestütztes Casemanagement

₂

Kontrollgruppe

₃

Wie viele Kontakte hatten Sie insgesamt während der Nachsorgephase?

Kontakte

Als wie hilfreich würden Sie die angebotene individuelle Nachsorge beurteilen?

gar nicht hilfreich

₀

wenig hilfreich

₁

Mittel

₂

hilfreich

₃

sehr hilfreich

₄

Nachtrag....

Wären Sie per Zufallsauswahl in die Gruppe mit web-basierter Nachsorge gelost worden, hätten Sie diese Art der Nachsorge wahrnehmen können?

Oder anders gefragt:

Hätten Sie über die benötigten technischen Hilfsmittel bzw. das technische Wissen verfügt, um an einer web-basierten Nachsorge teilnehmen zu können?

Ja

₁

Nein

₂

Herzlichen Dank!

Danksagung

Der erfolgreiche Abschluss dieser Arbeit und die Verleihung meines Doktorgrades erfüllen mich mit Freude und großem Stolz. Jedoch wäre dieses Vorhaben nicht geglückt, hätte mich nicht eine Vielzahl von Personen unterstützt und auf meinem Weg begleitet. Diesen Menschen möchte ich an dieser Stelle von ganzem Herzen danken.

Mein besonderer Dank gilt dabei meinem Doktorvater Prof. Dr. Rüdell, der mir stets mit ungeheurem Fachwissen, praktischer Erfahrung, Kreativität und kühlem Kopf zur Seite stand. Ohne ihn wäre dieses Projekt schlicht nicht möglich gewesen. Vielen Dank für alles! Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Schächinger für sein Interesse an dieser Forschungsarbeit und deren fachlicher Betreuung.

Mein Dank geht zudem an Ralph Jürgensen für seine unschätzbare Hilfe bei allen datenbezogenen Herausforderungen, Matthias Memmesheimer für die kompetente Unterstützung im Umgang mit dem CATSystem, meinen Kolleginnen und Kollegen des St. Franziska Stifts sowie allen an dieser Studie teilnehmenden Patientinnen und Patienten.

Auch danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich stets in meiner Arbeit bestärkt haben. Danke fürs Ertragen, Ausgleichen, Aufrichten, Ablenken, Umsorgen, Gedanken Entwirren, Ideen Ausprobieren, ...

Danke!

Erklärung

Ich versichere, die Arbeit selbständig verfasst zu haben und keine anderen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Trier, den

Unterschrift