

Psychiatrische Rehabilitationsklinik

Kremser Straße 656 | A-3571 Gars am Kamp | info.gars@pszw.at | +43 2985/33200



Österreichisches Kompetenzzentrum

für Psychosomatik, Gesundheitswissenschaften und Psychotherapie Grafenberger Straße 2 | A-3730 Eggenburg | info.eggenburg@pszw.at | +43 2984/202 28

Aktuelle Ergebnisse aus der Reha Gars am Kamp

Priv. Doz. Dr. Manuel Sprung

Wissenschaftlicher Leiter PSZW

Stationäre psychiatrische Rehabilitation

- 1/3 der Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionierungen sowie Krankenstände sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (IHS-Studie 2016 [1]).
- Stationäre psychiatrische bzw. psychosomatische Rehabilitation wirksame Behandlungsform, aber teilweise erhebliche Unterschiede zwischen Studienergebnissen.

Studienergebnisse Österreich

 Evaluationsergebnisse 5 psychiatrischer Rehakliniken in Österreich (Gars, Bad Hall, Podersdorf/Rust, Klagenfurt, Wien Leopoldau) [2-6], mit insgesamt 4485 Patienten, durchschnittliche Effektstärke (Cohen's d) für Verbesserungen in:

•	al	lgemeiner	Symp	otombe	lastung	d =	0,52
---	----	-----------	------	--------	---------	-----	------

Richtwerte Cohen's d: 0,20 = klein, 0,50 = mittel, 0,80= groß (Cohen, 1988)

Studienergebnisse Deutschland

 Metaanalyse (MESTA-Studie) von 65 Evaluationsstudien psychosomatischer Rehakliniken in Deutschland mit insgesamt 29777 Patienten [7], vergleichbare durchschnittliche Effektstärken für Verbesserungen in:

•	allgemeiner S	ymptombelastun	d = 0.72
		, iii p coiii b ciascaii	S S S S S S S S S S S S S S S S S S S

Richtwerte Cohen's d: 0,20 = klein, 0,50 = mittel, 0,80= groß (Cohen, 1988)

Unterschiede Studienergebnisse

- Methodische Aspekte (z.B. verschiedene Ergebnisparameter u. Messinstrumente eine Erklärung für teilweise deutlich unterschiedliche Evaluationsergebnisse [vgl. 9]
- <u>Patientenmerkmale:</u> Hier insbesondere interessant, inwieweit unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich
 - Erkrankungsart (Diagnose) oder
 - beruflichem Status d. Patienten

Erkrankungsart (Diagnose)

 Geringere Therapieeffekte für mache Diagnosegruppen, z.B. schmerzbedingte- und somatoforme Störungen [7, 9]. MESTA-Studie [7] Effektstärken (allg. Symptombelastung) separat für drei Diagnosegruppen:

```
    depressive Störungen (F32, F33, F34.1)
    d = 0,84
```

 Demnach in deutschen Rehakliniken Effektstärke für Pat. mit somatoformen Störungen (F45) deutlich niedriger

Beruflicher Status

- Pat. die zu Beginn der Behandlung arbeitsunfähig waren berichten allgemein erhöhte psychische Belastung [10]
- Pensionierte Patienten (inklusive Pensionsantragsteller) im Vergl. zu berufstätigen und arbeitslosen Patienten höhere Symptombelastung und geringere Lebensqualität [3]
- Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Behandlung auch eher ungünstig für den Behandlungserfolg [7, 11]
- Im Unterschied zu Studien deutscher Rehakliniken [vgl. 11] in Studie österr. Rehaklinik (Bad Hall) [3] <u>jedoch</u> <u>vergleichbare Behandlungseffekte</u>

Studiendesign

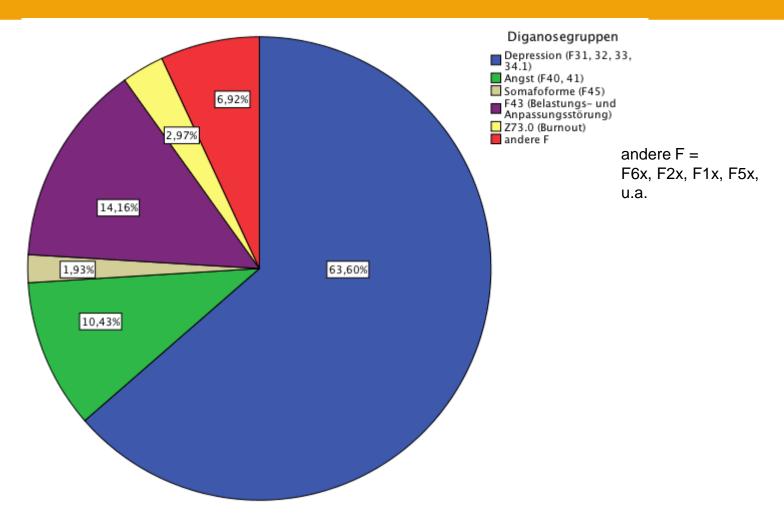
- Naturalistische Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe
- Allgemeine Symptombelastung, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit bei Aufnahme (A) und Entlassung (E) gemessen

Stichprobe

- Patienten, die im Zeitraum zwischen Januar 2011 und März 2016 in der Rehabilitationsklinik Gars am Kamp in Behandlung waren:
 - 4558 Pat. in diesem Zeitraum aufgenommen
 - davon 2260 Pat. (49,6%) vollständige Daten der routinemäßigen Evaluationserhebungen (Aufn. + Entl.)
- Studienstichprobe (N=2260):
 - Geschlecht: 62,5% weiblich, 37,5% männlich
 - Alter: M=46,14 Jahre (SD= 8,84)
 - 39,0% über 51 Jahre alt
 - 37,1% zwischen 41 und 50 Jahre

– 23,9% jünger als 41 Jahre

Erkrankungsart (Diagnose)



Anmerkung: Im Datenerfassungsfile fehlen (zum Zeitpunkt der Auswertung) die Angaben über die Hauptdiagnose von 29 Patienten.

Beruflicher Status (Erwerbstätigkeit)

- von 1685 Patienten Angaben zum beruflichen Status (Erwerbstätigkeit) zum Zeitpunkt d. Aufnahme:
 - 49,4% berufstätig
 - 21,4% arbeitslos
 - 4,5% in Pension (bzw. Pensionsantrag gestellt oder Reha- oder Krankengeldbezug)

Erhebungsinstrumente

- Soziodemographische- und klinische Basisdaten inkl.
 Fragen bzgl. des beruflichen Status (Erwerbstätigkeit)
- Brief Symptom Checklist (BSCL) bzw. Brief Symptom Inventory (BSI) [12] oder Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) [13]
- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) [14]
- Global Assessment of Functioning Scale |15]

Behandlungsprogramm

- Psychiatrische Rehabilitationsklinik Gars am Kamp (100 Betten)
- Planmäßig 6-Wochen dauernder stationärer Klinikaufenthalt
- Aufenthaltsdauer zwischen 39 und 62 Tagen (Mean=42,1, SD=3,5; Modus= 41,0).
- Standardtherapieprogramm mit 22,5 Stunden Therapie pro Woche, ein Großteil dieser Therapie in Gruppen mit je 11 Patienten.
- <u>Störungsunspezifische und offene Gruppen</u>. Jede Gruppe wird von einem multidisziplinären Behandlungsteam betreut.





Behandlungsprogramm

- Fachärztliche und allgemeinmedizinische Betreuung
- Psychotherapie (in Gruppe + mind. 1 Einheit Einzelpsychotherapie/Wo)
- Klinische- und Gesundheitspsychologie
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Physiotherapie

- Pflegedienst
- Sozialarbeit
- Ernährungslehre
- Vorträge zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen
- Mechano-, Thermo-,
 Elektro- und Lichttherapie

Prototypischer Wochen-Therapieplan

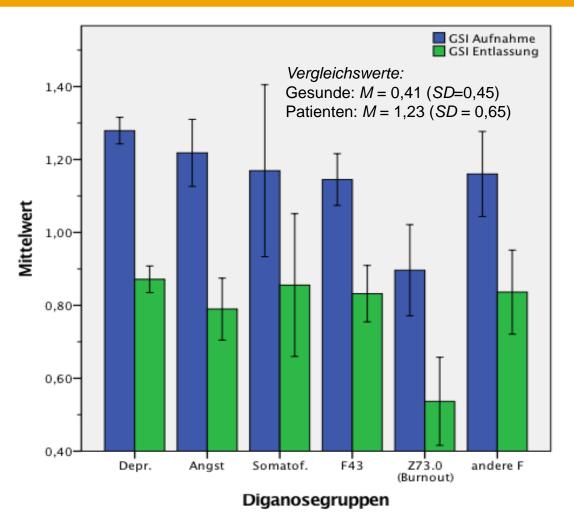
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
08:00	Psychotherapie	Stress-	Musiktherapie	Ergotherapie	Physiotherapie	
08:30	(Basisgruppe)	bewältigung				
09:00		Entspannungs-				
09:30		verfahren				
10:00					Ernährung	
10:30	Physiotherapie	Musiktherapie	Information			
11:00			Erkrankung			
11:30						
12:00						
12:30						
13:00	Ergotherapie		Gesundheits-	Physiotherapie	Psychotherapie	
13:30			förderung		(Reflexionsgruppe)	
14:00		Psychotherapie				
14:30		(Basisgruppe)				
15:00						
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						

Anmerkung: Beispiel eines prototypischen Wochen-Therapieplans. Vergleichbar zusammengesetztes Wochentherapieprogramm für Patienten in allen Gruppen. Nicht dargestellt sind Einzelpsychotherapie Termine (mindestens einmal pro Woche) und Samstags-Vorträge

Störungsspezifische Behandlungselemente

- Schmerzbedingte- und somatoforme Störungen
 - chronische Schmerzpatienten
 - spezifischen bezugsärztlichen Betreuung
 - Besprechung individuelle Schmerzfragen
 - laufende Optimierung medikamentöser analgetischer Therapie
 - evtl. notwendige Interventionen empfohlen bzw. eingeleitet
 - spezifische Gruppen mit speziellen Therapieeinheiten
 - Schmerzedukation
 - abgestimmte Entspannungseinheiten

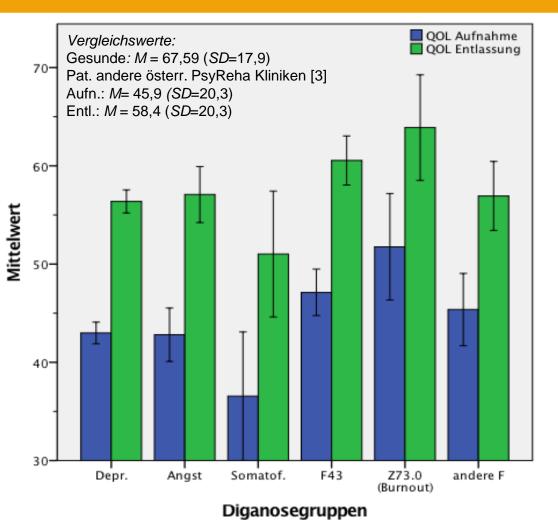
Ergebnisse in Bezug auf Erkrankungsart (Diagnosegruppen): Symptombelastung



Fehlerbalken: 95% CI

- Hoch sign.
 Behandlungseffekt
 unabhängig v.
 Diagnosegruppe (η^2 =0,08)
- Hoch sign.
 Gruppenunterschied
 (η²=0,01)
 - Pat. mit Burnout
 (Z73.0) insgesamt
 niedrigste
 Symptombelastung
 (insbesondere im Vgl.
 zu Depression)

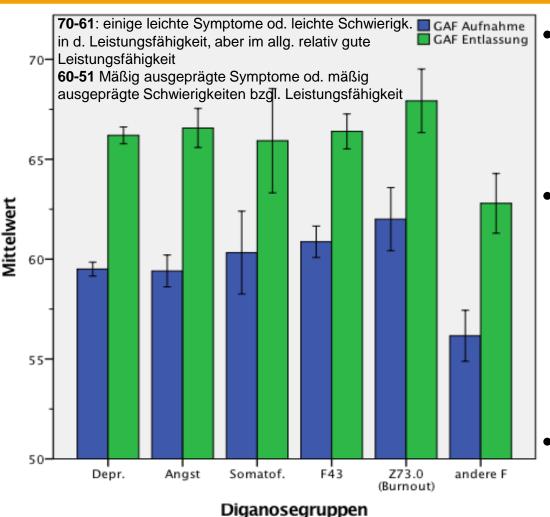
Ergebnisse in Bezug auf Erkrankungsart (Diagnosegruppen): <u>Lebensqualität</u>



- Hoch sign.
 Behandlungseffekt unabhängig v.
 Diagnosegruppe (n²=0,11)
- Hoch sign. Gruppenunterschied $(\eta^2=0.01)$
 - Pat. mit somatof. St. (F45) niedrigste u. Burnout (Z73.0) insgesamt höchste

Fehlerbalken: 95% CI

Ergebnisse in Bezug auf Erkrankungsart (Diagnosegruppen): Funktionsfähigkeit

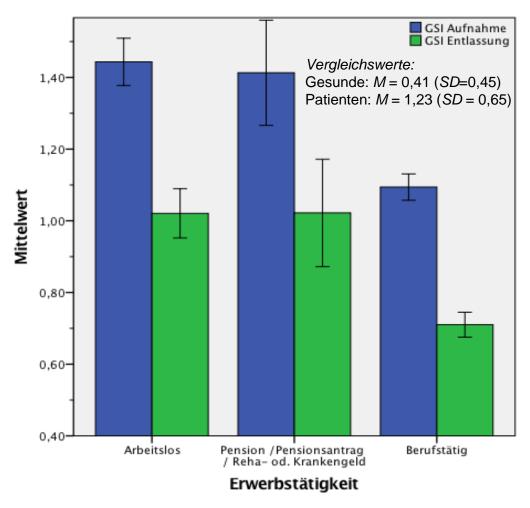


- Hoch sign.
 Behandlungseffekt unabhängig v.
 Diagnosegruppe (n²=0,31)
- Hoch sign. Gruppenunterschied $(\eta^2=0.02)$
 - Pat. mit "anderen F-Diagnosen" (F6x, F2x, F1x, F5x) insgesamt niedriger
 - Sign. Interaktion, aber mit kleinem Effekt (η^2 <0,01)

Fehlerbalken: 95% CI

 η^2 =partielles Eta-Quadrat (0,01 = klein, 0,06 = mittel, 0,14 = groß)

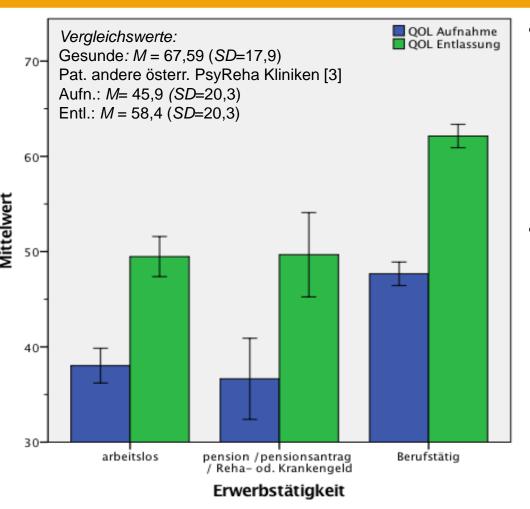
Ergebnisse in Bezug auf die Erwerbstätigkeit: Symptombelastung



- Hoch sign.
 Behandlungseffekt
 unabhängig v. beruflichem
 Status (Erwerbstätigkeit)
 (n²=0,13)
- Hoch sign.
 Gruppenunterschied
 (n²=0,07)
 - nicht erwerbstätige Pat. insgesamt höhere Symptombelastung

Fehlerbalken: 95% CI

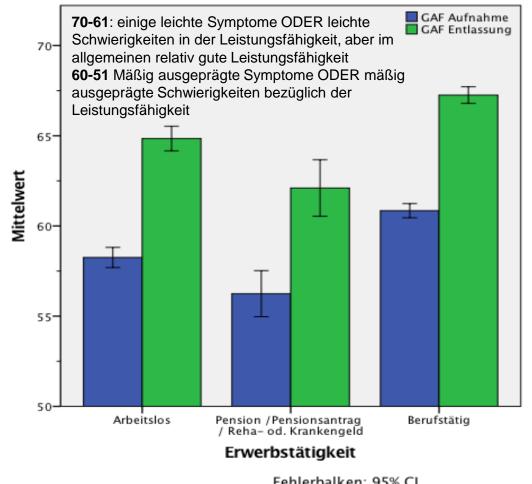
Ergebnisse in Bezug auf die Erwerbstätigkeit: Lebensqualität



- Hoch sign.
 Behandlungseffekt
 unabhängig v. beruflichem
 Status (Erwerbstätigkeit)
 (n²=0,38)
- Hoch sign.
 Gruppenunterschied
 (n²=0,10)
 - nicht erwerbstätige Pat. insgesamt niedrigere Lebensqualität

Fehlerbalken: 95% CI

Ergebnisse in Bezug auf die Erwerbstätigkeit: **Funktionsfähigkeit**



Fehlerbalken: 95% CI

- Hoch sign. Behandlungseffekt unabhängig v. beruflichem Status (Erwerbstätigkeit) $(\eta^2=0,37)$
- Hoch sign. Gruppenunterschied $(\eta^2=0.05)$
 - Berufstätige Pat. insgesamt höchste, arbeitslose Pat. niedriger u. pensionierte Pat. niedrigste

www.pszw.at

Fazit

- Verbesserung der Lebensqualität ist ein vordringliches Behandlungsziel für Pat. mit somatof. Störungen (F45)
- Steigerung der Funktionsfähigkeit ist ein wichtiges Behandlungsziel für Pat. in der Diagnosegr. "andere F-Diagnosen" (F6x, F2x, F1x, F5x)
- Behandlungseffekte (bzgl. Funktionsfähigkeit) für Pat. in der Diagnosegr. "andere F" (F6x, F2x, F1x, F5x) geringer. Möglichkeiten zur Steigerung der Therapieeffekte sollten genutzt werden.
- Vergleichbare Behandlungseffekte für Pat. mit somatof.
 Störungen (F45). Wirksamkeit von störungsspezifischen Behandlungsangeboten in diesen Bereich [17-18].

www.pszw.at

Fazit

- Nicht erwerbstätige Patienten (arbeitslose oder pensionierte Pat.) zeigen eine relativ höhere allgemeine Symptombelastung und niedrigere Lebensqualität als berufstätige Pat.
- Verbesserungen im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung sind unabhängig vom beruflichen Status (Erwerbstätigkeit) der Pat.

Forschungsteam

Prim. Dr. Friedrich Riffer

Ärztlicher Direktor PSZW

Kliniken Eggenburg u. Gars

E-Mail: fritz.riffer@pszw.at

Prim. Dr. Elmar Kaiser

Ärztlicher Leiter,

Klinik Eggenburg

E-Mail: elmar.kaiser@pszw.at

Priv.-Doz. Dr. Manuel Sprung

Wissenschaftlicher Leiter PSZW

Kliniken Eggenburg u. Gars

E-Mail: manuel.sprung@pszw.at

Mag. Lore Streibl

Therapeutische Leitung,

Klinik Eggenburg

E-Mail: lore.streibl@pszw.at



Friedrich Riffer · Elmar Kaiser Manuel Sprung · Lore Streibl Hrsg.

Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik

05/2017



Literatur

- 1. Czypionka T, Lappöhn S, Pohl A et al. Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen. Institut für Höhere Studien Wien; 2016, Verfügbar unter:
- https://www.ihs.ac.at/fileadmin/public/media_corner/user_upload/Praesentation_IPensionen_Czypionka.pdf
- 2. Haberfellner E M, Schöny W, Platz T, Meise U Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen-ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. Neuropsychiatrie, 2006; 20: 215-218
- 3. Haberfellner E M, Jungmayr J, Grausgruber-Berner R. et al. Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich-eine katamnestische Studie. Die Rehabilitation 2008; 47: 164-171
- 4. Lenz G Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen. Spectrum Psychiatrie 2013; 3: 20-23
- 5. Piso B, Reinsperger I Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review (LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75). Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2014, Verfügbar unter: http://eprints.hta.lbg.ac.at/1025/1/HTA-Projektbericht Nr.75.pdf
- 6. Riffer F, Sprung M, Kaiser E. Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen: Erste Evaluationsergebnisse der Rehabilitationsklinik Gars am Kamp (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel). Manuskript zur Publikation eingereicht; 2017
- 7. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation . Mesta-Studie. Bern: Huber; 2007
- 8. Riffer F, Sprung M, Kaiser E. Evaluationsergebnisse psychiatrischer-psychosomatischer Rehabilitation in Österreich und Deutschland. Manuskript zur Publikation eingereicht; 2017
- 9. Lange M, Petermann F Psychosomatische Rehabilitation. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2010; 58: 207-217

Literatur

- 10. Beutel M, Dommer T, Kayser E. et al. "Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker-Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung." PPmP 1999, 49: 368-374
- 11. Lange M, Franke W, Petermann F "Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation?." Die Rehabilitation 2012; 51: 392-397
- 12. Franke G H Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test; 2000
- 13. Franke G H, Derogatis L R SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version. Göttingen: Beltz; 1995
- 14. Angermeyer M C, Kilian R, Matschinger H WHOQOL-100 und WHOQOLBREF. Göttingen: Hogrefe; 2000
- 15. American Psychiatric Association (APA) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen u. a.: Hogrefe; 1996
- 16. Wöber C, Waigl F, Kropfmüller H, Fellinger B, Sprung M, Kaiser E, Riffer F Mosaiktherapie: Ganzheitliche stationäre Behandlung von chronischen Schmerzen. Ärzte Woche 2016; 30.06: 30-31
- 17. Bach M, Asenstorfer C Psychiatrische Rehabilitation der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Psychopraxis. Neuropraxis 2015; 18: 210-212
- 18. Müller-Svitak S, Reinecker H, Rief W et al. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie 2002; 12: 108-115