

Ergebnisse einer Evaluation aller Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation

RESULTS OF AN EVALUATION OF ALL EFFICACY STUDIES FOR PSYCHOSOMATIC REHABILITATION

Silke Wiegand-Grefe¹, Gerhard Schmid-Ott², Rolf Meermann³,
Claus Jacobi⁴, Gerhard H. Paar⁵, Friedhelm Lamprecht⁶

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Evaluation aller vorliegenden dreißig publizierten katamnesegestützten Wirksamkeitsstudien der psychosomatischen Rehabilitation bildet das Kernstück der vorliegenden Arbeit. Ziel dieser Evaluation ist es, sämtliche vorliegenden Studien über die Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation zusammenzutragen, kritisch zu sichten und in Form kondensierter Expertisen zu bewerten.

Methode: Von über fünfzig in eine erste Sichtung einbezogenen Studien erfüllten dreißig Studien die Einschlusskriterien. In der Bewertung sind sämtliche bis Ende 2002 als Originalarbeiten in Zeitschriften, Buchkapiteln oder als Monographien publizierte Evaluationsstudien psychosomatischer Rehabilitation mit Katamnese berücksichtigt. Alle Studien werden mithilfe der entwickelten rehabilitationsspezifischen „Checkliste für die Evaluation der Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation (CEPR)“ von jeweils zwei unabhängigen Ratern, jeweils zwei Mitgliedern des Autorenteam unter Berücksichtigung der jeweiligen psychotherapeutischen Schulrichtung, bewertet. Jede Studie wird in fünf Gütekriterien mit jeweils vier Unterkriterien und einem Globalurteil eingestuft.

Ergebnisse und Diskussion: Die ermittelten Interraterreliabilitäten in den Bewertungen, exemplarisch an vier Studien vorgenommen, stimmen zwischen den fünf Ratern signifikant ($p=0,01$) mit Werten von 0,79 bis 0,93 überein. In der Ergebnisdarstellung wird zwischen publizierten Originalarbeiten in Zeitschriften, Buchkapiteln und Monographien differenziert, da die Rahmenbedingungen und der Umfang für die Darlegung der relevanten Informationen bei jeder Publikationsform verschieden sind und sich die Bewertung auch nach der Güte und dem Umfang der Informationen richtet.

Schlüsselwörter Stationäre psychosomatische Rehabilitation – Evaluation – Checkliste

Summary

Objectives: The central part of this publication is an evaluation of all 30 follow-up efficacy studies on psychosomatic rehabilitation presented. The aim of the evaluation is to collect all available studies focusing on psychosomatic rehabilitation, to assess them critically, and to rate them in the form of a summarized expertise.

Methods: 30 of initially more than 50 studies fulfilled our inclusion criteria. We included follow-up evaluation studies published in journals, book chapters or monographs by the end of 2002 in this assessment. All studies are evaluated using the checklist developed here (checklist for the evaluation of efficacy studies on psychosomatic rehabilitation, CEPR) by two independent raters, i.e. two of the authors representing different psychotherapeutic "schools". Each study is rated with respect to 5 quality criteria, each comprising 4 sub-criteria, and a global assessment.

Results and Conclusions: The inter-rater reliabilities among the five raters in four exemplary studies significantly corresponded with each other ($p=0,01$) yielding values from 0,79 to 0,93. We distinguish between results obtained from studies published in journals, book chapters and monographs because the basic conditions and the space for presenting the relevant information differ in each kind of publication and evaluation mainly depends on the quality and extent of the information.

Keywords: In-patient psychosomatic rehabilitation – evaluation – checklist

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

² Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

³ Psychosomatische Fachklinik, Bad Pyrmont

⁴ Paracelsus-Roswitha-Klinik, Bad Gandersheim

⁵ Gelderlandklinik, Geldern

⁶ Klinik Schömberg

1 Einleitung

Leitlinien sind Handlungsempfehlungen für Diagnostik, Indikation und Therapie, die auf der Bestandsaufnahme der wissenschaftlich gesicherten Fakten (evidence based) gründen. Die kritische Sichtung des in der Literatur niedergelegten Wissens stützt sich auf Methoden des *systematic review*, z.B. Cochrane. Eine solche evidenzbasierte Gesundheitsversorgung unterstützt Entscheidungsträger im Versorgungssystem auf der Suche nach besten Wirkungen. Leitlinien berücksichtigen die Erfahrungen und die Umsetzbarkeit in der Praxis und stützen sich in der Formulierung auf den breiten Konsensus von Experten. Im Sinne einer evidenzbasierten Medizin sind sie nicht nur in der unmittelbaren Beziehung zum Patienten bedeutsam, sondern entfalten Funktionen auch auf der Ebene des Versorgungssystems, wie z. B. der psychosomatischen Rehabilitation.

Die stationäre psychosomatische Rehabilitation in Deutschland leistet einen bedeutsamen Beitrag in der Behandlung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen (Koch und Schulz, 1999). Sie legitimiert sich u. a. durch die nach wie vor auch in Deutschland noch häufig zu konstatierende Unter- bzw. Fehlversorgung psychosomatischer bzw. psychischer Erkrankungen, die zu erheblichen ökonomischen Konsequenzen führt, z.B. in Form einer suboptimalen Wiederherstellung einer gefährdeten bzw. aufgehobenen Erwerbsfähigkeit der Betroffenen (Lamprecht, 1996, 1998). Die stationäre psychosomatische Rehabilitation ergänzt im Rahmen des sogenannten deutschen Sonderweges die stationäre Psychotherapie in Akutkliniken, orientiert sich jedoch im Gegensatz zu dieser mehr an Adaptations- und Copingmodellen als an kurativen Zielen und fokussiert stärker die Erwerbsfähigkeit (Lamprecht, 1996, 2002). Zur psychosomatischen Rehabilitation stehen in Deutschland zur Zeit etwa 16.000 stationäre Betten zur Verfügung. Während die kurativen Ziele meistens ätiopathogenetisch konzeptualisiert sind, orientieren sich die klassischen Rehabilitationsziele mehr an Adaptations- und Copingmodellen (Lamprecht, 1996).

Die Arbeit „Psychosomatische Rehabilitation“ hat folgende Zielstellung: Evaluation der Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation, Erarbeitung von Regeln praktischen Handelns unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Analysen, Erstellung von Synopsen aktuellen Wissens unter besonderer Berücksichtigung empirischer Forschung, Markierung zukünftiger Forschungsziele. Ein Kernstück der Arbeit „Psychosomatische Rehabilitation“ bilden die Aussagen zur Ergebnisqualität aufgrund der vorliegenden Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation (Schmid-Ott et al., in Vorb.).

2 Evaluation aller Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation:

Allgemeine Überlegungen und Ziele

Ziel der Evaluation der vorliegenden Wirksamkeitsstudien der stationären psychosomatischen Rehabilitation ist es, alle vorliegenden Studien zusammenzutragen, kritisch zu sichten und in Form kondensierter Expertisen zu bewerten. Es soll erkennbar werden, welche methodischen Probleme bei Planung, Durchführung und Auswertung auftreten und wie sie gelöst werden können. Inhaltliche Ziele sind mit dem Arbeitsziel

verbunden, die Diskussion um die Bewertung von Effizienzstudien durch eine Sichtung geläufiger Gütekriterien zu verbinden, damit sie den Belangen von Untersuchungen aus dem Bereich der Versorgungsforschung und der psychosomatischen Rehabilitation gerecht werden.

Tabelle 1: Stufen der Qualitätsbeurteilung der Evidenz einer therapeutischen Maßnahme entsprechend der von Sackett entwickelten „Canadian Task Force on the Periodic Health Examination“ (vgl. Rudolf und Eich, 1999)

- E I: Evidenz aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten, kontrollierten Studie.
- E II-1: Evidenz aufgrund mindestens einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design.
- E II-2: Evidenz aufgrund von Kohortenstudien oder Fall-Kontrollstudien mit adäquatem Design, mit Wartelisten-Kontrollgruppe, ohne Randomisierung, einfachem Gruppenvergleich (vorher/nachher) oder Zeitreihen, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt.
- E II-3: Evidenz aufgrund von Vergleichstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Interventionen vergleichen.
- E III: Meinungen anerkannter Experten gemäß klinischer Erfahrung, deskriptiver Studien oder Stellungnahmen von Expertengremien.

Die bewerteten Studien aus der psychosomatischen Rehabilitation sind überwiegend Effektivitätsstudien mit naturalistischem Design, die in der Klassifikation der Qualitätsbeurteilung der Evidenz einer therapeutischen Maßnahme der dritten Stufe (E II-2) angehören (vgl. Tab. 1). Kontrollierte randomisierte Therapieevaluationsstudien sind in der psychosomatischen Rehabilitation eher selten. Eine Ausnahme bildet die Studie aus der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien (Timmer et al., 2004), die jedoch nicht mehr in die Bewertung einbezogen wurde und zum Zeitpunkt unserer Erhebung lediglich als publiziertes Abstract vorlag.

3 Methodik der vorgelegten Bewertung

3.1 Literaturrecherche

Im Vorfeld wurde eine umfangreiche Literaturrecherche über Studien zur Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation in einschlägigen psychotherapeutischen, psychosomatischen und rehabilitativen Zeitschriften durchgeführt. Als Quellen für die Literaturrecherche dienten neben diesen einschlägigen Zeitschriften das Literatur-Suchsystem DIMDI, die über das Internet verfügbaren Literatur-Datenbanken, z.B. Medline, Psynex, PsycInfo, und die in umfangreichen Publikationen angegebene Literatur. Da es international keine vergleichbaren Einrichtungen gibt, wurde nur die deutschsprachige Literatur herangezogen. Eine erste Literaturliste umfasste über fünfzig Arbeiten. Zusätzlich wurde über das Netzwerk der DGPR, das nahezu sämtliche psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland enthält, nach

vorhandenen Studien gefragt. Als Einschlusskriterium für die Evaluation galten sämtliche bis Dezember 2002 als Monographie, Buchkapitel eines Herausgeberwerkes oder Zeitschriftenartikel publizierte Wirksamkeitsstudien aus der psychosomatischen Rehabilitation mit Katamnese. Nachdem die ursprüngliche Literaturliste nach einer ersten Sichtung der Studien aufgrund der Einschlusskriterien bereinigt und z.B. Studien ohne Katamnese entfernt wurden, blieben 35 Studien übrig. Zusätzlich wurden die Studien entfernt, die lediglich als Abstract im VDR-Tagungsband vorlagen, was weitere fünf Studien betraf. Diese Studien wurden zunächst in die Liste aufgenommen, weil es sich um umfangreiche, wertvolle Studien mit Katamnesen handelte und die Arbeiten für das Erscheinen im Tagungsband einem Gutachterverfahren unterzogen worden waren, was als Qualitätssicherung angesehen werden kann. Allerdings waren die verfügbaren Informationen letztlich doch im Vergleich zu den anderen Studien so viel geringer, dass diese Studien in der Bewertung als Artefakt dieses Informationsumfanges von vornherein deutlich schlechter abgeschnitten hätten. Die Vergleichbarkeit mit den anderen Studien wurde daher derart eingeschränkt beurteilt, dass die Studien nicht berücksichtigt wurden. Von daher blieben letztlich 30 Studien übrig, die mit der Checkliste (CEPR; vgl. Wiegand-Grefe et al., 2007) bewertet wurden.

3.2 Berücksichtigte Studien

Die für die Leitlinie evaluierten Wirksamkeitsstudien sind überwiegend Effektivitätsstudien mit naturalistischem Design, die im Allgemeinen eine hohe Relevanz für die Praxis haben (vgl. Seligmann, 1996; Buchkremer und Klingberg, 2001; Wiegand-Grefe et al., 2002). In der dargestellten Klassifikation gehören sie der dritten Gruppe E II-2 an. Sie stammen

- als Einzelstudien aus Kliniken, die sich für eine Evaluation ihrer Behandlungsergebnisse interessieren;
- als Klinikverbundstudien aus verschiedenen Krankenhauskonzernen, die an einer Evaluation auch aus marktpolitischen Gründen interessiert sind;
- als multizentrische Studien aus rehabilitativen, universitären und akutstationären Einrichtungen, die im Einzelfall auch kurative und rehabilitative Versorgungsansätze untersuchen, oder
- aus Forschungsverbundstudien.

Vergleichende Studien über einzelne Krankheitsbilder sind noch die Ausnahme, auch zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen oder gar verschiedenen Versorgungstypen stationärer Psychotherapie und Psychosomatik. In die Bewertung wurden Therapieevaluationsstudien der stationären psychosomatischen Rehabilitation einbezogen, die zunehmenden Konzepte und Studien ambulanten Rehabilitation (vgl. z.B. Vauth et al., 2001) blieben in der Bewertung noch unberücksichtigt. Der Aspekt der Schulenzugehörigkeit der Studien ist für die Bewertung weniger von Bedeutung. In der Regel arbeiten die psychosomatischen Kliniken auf tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer und in einigen Fällen humanistischer Grundlage. Eine rein gesprächspsychotherapeutische Ausrichtung der Kliniken für psychosomati-

sche Rehabilitation ist selten, auch wenn neuere Überblicksarbeiten über Katamnesen zur Gesprächstherapie (vgl. Frohburg, 2004) die Wirksamkeit dieses Verfahrens belegen. Die Studien aller Schulrichtungen werden nach den gleichen Gütekriterien der CEPR beurteilt.

Liste der berücksichtigten Studien

Folgende 30 Studien sind in der Bewertung berücksichtigt (alphabetische Reihenfolge)¹:

1. Bad Bramstedter Schmerz-Studie [1, OZ¹]
2. Bad Fredeburger Essstörungen-Studie [2, OZ]
3. Bad Herrenalber Studie [3-5, BK]
4. Bad Kreuznacher Studie [6-8, OZ]
5. Bad Neustädter Studie [9,10, BK]
6. Berus-Studie [11, M]
7. Berus-Tinnitus-Studie [12, BK]
8. BKK-Studie [13, M]
9. Blieskasteler Studie [14, OZ]
10. Blieskasteler Phobiker-Studie [15, OZ]
11. Blieskasteler Studie muskuloskelettaler Erkrankungen [16,17, OZ]
12. DE'IGNIS-Studie [18, OZ]
13. Edertaler Schmerz-Studie [19, BK]
14. Gelderland-Studie [20, M]
15. Grönenbacher Depressions-Studie [21, 22, BK]
16. Grönenbacher Angst-Studie [23, BK]
17. Hardtwald-Klinik-II-Studie [24,25, BK]
18. Manderscheidter Studie [26, BK]
19. Multizentrische Essstörungen-Studie [27, OZ]
20. Multizentrische Mainzer Angst-Studie I [28, 29, BK]
21. Priener dermatologische Studie [30, BK]
22. Priener Lehrer-Studie [31-33, BK]
23. Protos-Studie [34,35, M]
24. Reinhardtsauer Studie [36-38, BK]
25. Schwedensteiner Tinnitus-Studie [39, BK]
26. Tannenwald-Studie [40, 41, M]
27. Vogelsberger Adipositas-Studie [42-44, BK]
28. Zaubenberg-Adipositas-Studie [45, 46, OZ]
29. Zaubenberg-Studie I [47-49, M]
30. Zaubenberg-Studie II [50-52, M]

Die Bad Fredeburger Studie zum pathologischen Spielverhalten [53], die Bad Gandersheimer Studie [54, 55], die Bad Meinberger Studie [56], die Hüttenbühler Studie [57, 58] und die Priener Somatisierungsstudie [59] wurden in die Sichtung einbezogen, in der Ergebnisdarstellung jedoch nicht berücksichtigt, da sie bis zum Ende des Erhebungszeitraumes lediglich als Abstract in Kongressbänden vorlagen.

3.3 Das Messinstrument: Die Gütebeurteilung mit Checkliste für die Bewertung der Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation (CEPR)

Die Gütebeurteilung wird mit Checkliste (CEPR) vorgenommen, die spezifiziert für Anforderungen an Studien der psychosomatischen Rehabilitation entwickelt wurde (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2007). Die Checkliste enthält fünf

¹ Die Zahlen in der Klammer benennen die Publikationen dazu im Anhang, die Abkürzungen der Buchstaben stehen für: Originalarbeit in einer Zeitschrift (OZ), Buchkapitel (BK), Monographie (M).

Kriterienbereiche mit jeweils vier Unterkriterien:

1. Güte der Information/Verfahrensdokumentation
2. Güte der Operationalisierung
3. Güte und Reichhaltigkeit der Messung
4. Güte und Reichhaltigkeit der Auswertung und Ergebnisse
5. klinische Relevanz
6. ein Globalurteil

In jedem einzelnen Kriterium gilt folgende fünfstufige Bewertungsskala:

- 0 = keine Information bzw. keine Berücksichtigung dieses Kriteriums
- 1 = ungenügende Information bzw. ungenügende Berücksichtigung dieses Kriteriums
- 2 = genügende Information bzw. genügende Berücksichtigung dieses Kriteriums
- 3 = gute Information bzw. gute Berücksichtigung dieses Kriteriums
- 4 = sehr gute Information bzw. sehr gute Berücksichtigung dieses Kriteriums

Mit dieser Checkliste wird zunächst exemplarisch an vier Studien eine Interraterübereinstimmung durch die fünf Rater (F.L., G.P., C.J., G.S.-O., S.W.-G.) vorgenommen. Die Gütebeurteilung erfolgt unabhängig voneinander durch jeweils zwei Mitglieder des Raterteams unter Berücksichtigung der jeweiligen psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Schulrichtung. Es wird also jede Studie durch jeweils einen Vertreter der Schulen geratet. Selbstverständlich waren in keinem Fall die Rater gleichzeitig die Autoren der Studien.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zur Interraterreliabilität: die Vorstudien

Nachdem die Kriterien im Raterteam ausführlich diskutiert und die Checkliste auf mehreren Delphi-Expertenrunden vorgestellt und konvergent diskutiert worden waren, fand ein erstes Rating mit vier Studien statt (vgl. Tab. 2).

Aus diesen Bewertungen werden folgende Interraterreliabilitäten ermittelt (vgl. Tab. 3):

Die Bewertungen und die ermittelten Interraterreliabilitäten stimmen also zwischen den fünf Ratern signifikant mit Werten von 0,79 bis 0,93 mit $p < 0,01$ überein. Für die Einordnung der Studien nach ihrem Globalurteil sind bei mehreren Ratern jeweils die Mittelwerte relevant.

4.2 Ergebnisse der Bewertung aller Studien: Gesamtüberblick

Die differenziertere Darstellung der Bewertung aller Gütekriterien jeder einzelnen Studie sieht folgendermaßen aus (vgl. Tab. 4):

4.3 Ergebnisse der Bewertung aller Studien: die Globalurteile

In der folgenden Darstellung wird zwischen Originalarbeiten in Zeitschriften, Buchkapiteln und Monographien differenziert und eine Übersicht aller Studien nach ihrem Globalurteil vorgenommen. Für die Einordnung war die Publikationsform

mit dem höchsten Ausmaß an Informationen ausschlaggebend, lag z. B. eine Monographie und eine Originalarbeit in einer Zeitschrift vor, so wurden alle Informationen zusammengefasst und die Studie unter „Monographie“ eingeordnet. Es wird im Expertenkonsens zunächst eine globale Einordnung der Studien nach ihrem Globalurteil in drei Kategorien unterschieden: unterdurchschnittliche, durchschnittliche und überdurchschnittliche Studien.

Zeitschriftenartikel

Die als Zeitschriftenartikel publizierten Originalarbeiten fanden folgende Bewertungen im Globalurteil (vgl. Tab. 5). Als unterdurchschnittlich, mit einem Globalurteil unter 30, wurde keine Studie bewertet.

Buchkapitel

Die als Buchkapitel publizierten Originalarbeiten fanden folgende Bewertungen im Globalurteil (vgl. Tab. 6). Als unterdurchschnittlich, mit einem Globalurteil unter 30, wurde auch unter den Buchkapiteln ebenfalls keine Studie bewertet. Als Kriterium gilt wieder die Einordnung nach der Publikationsform, die den meisten Raum für Informationen bietet, z.B. wird die Multizentrische Mainzer Angst-Studie oder die Priener Lehrer-Studie, die sowohl als Buchkapitel als auch als Originalarbeit in einer Zeitschrift publiziert wurden, unter „Buchkapitel“ sortiert.

Monographien

Die als Monographien publizierten Arbeiten fanden folgende Bewertungen im Globalurteil (vgl. Tab. 7):

Auch unter den Monographien fand sich keine unterdurchschnittliche Bewertung. Eher wurden die Monographien überdurchschnittlich beurteilt. Dies erscheint allerdings aufgrund des größeren Informationsumfanges, die die Bewertung letztlich wesentlich beeinflusst, plausibel (vgl. Diskussion).

5 Diskussion

Für die Bewertung ist der Aspekt der Schulenzugehörigkeit weniger von Bedeutung, alle Studien werden nach den gleichen Gütekriterien beurteilt. Ob eine Studie aus einer psychodynamisch oder kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik entstammt, ist einigen Studien zudem schwer zu entnehmen.

In die vorliegende *Bewertung* gingen zunächst die vier Studien für die Ermittlung der Interraterreliabilität ein, die mit $p < 0,01$ signifikant übereinstimmen. Dies entspricht hohen Qualitätsanforderungen. Die Bewertung richtet sich ausschließlich nach den publizierten Angaben. Bei mehreren vorliegenden Publikationen zu einer Studie wurden diese Informationen zusammengefasst, also alle vorliegenden publizierten Informationen über die Studie in die Bewertung aufgenommen und die Studie nach der ausführlichsten Publikation ins Schema eingeordnet. Da sich die Bewertung wesentlich nach der Güte und dem Umfang der Informationen richtet, sind Vergleiche zwischen Originalarbeiten in Zeitschriften, Buchkapiteln und Monographien schwierig. Man könnte separate Checklisten für jede Publikationsform mit ihren eigenen Bedingungen entwickeln, was im Herausgebersteam

Tabelle 2: Die Bewertungen der vier Studien aller fünf Rater zur Interraterreliabilität

Studie	Rater	Güte der Information					Güte der Operationalisierung					Güte der Messung					Güte der Auswertung und Güte der Ergebnisse					Klinische Relevanz					Globalurteil
		Pat	Behandlung	Therapeut.	Daten gew.	Gs	Plausibilität	Therapie kontr.	Therapeuten	Motivat.	Gs	Unabh. Beurteil.	Dif. Veränd.	Unabh. Veränd.	Gs	Ausw multi	Ausw univa	Bedeut. samk.	Int. V..	Gs	Repräsent.	Ind rel.	Soz. med.	Ka t.	Gs		
Priener dermatologische Studie	A	3	3	0	3	9	3	3	0		8	2	3	2	7	2	3	3	2	10	2	3	2	2	9	43	
	B	3	3	0	3	9	3	3	0		8	2	2	2	6	2	3	3	2	10	2	3	2	2	9	42	
	C	2	3	0	2	7	3	2	0		7	2	2	2	6	2	2	2	2	8	3	3	2	2	10	38	
	D	3	3	0	2	8	3	2	0		7	2	3	2	7	2	3	3	2	10	3	4	3	2	12	44	
	E	2	2	0	2	6	2	2	1		7	2	2	2	6	2	2	3	2	9	3	4	3	2	12	40	
Bad Herrenalber Studie	A	3	3	1	3	10	2	2	0		7	2	3	3	8	2	3	2	2	9	3	2	2	2	9	43	
	B	3	2	1	3	9	2	2	0		7	2	3	2	7	2	3	3	2	10	3	2	3	2	10	43	
	C	3	3	0	2	8	3	2	0		7	3	4	2	9	2	3	2	2	9	3	2	2	2	9	42	
	D	3	2	0	3	8	3	1	0		6	2	4	3	9	3	3	3	2	11	3	1	3	2	9	43	
	E	2	2	0	2	6	3	2	1		8	3	4	3	10	3	4	3	3	13	4	2	3	2	11	48	
Blieskasteler Studie musk. Erkrankungen	A	3	2	0	2	7	3	0	0		4	2	2	2	6	2	3	2	3	10	3	3	3	2	11	38	
	B	2	2	0	2	6	3	0	0		4	2	2	2	6	2	3	2	3	10	3	3	3	2	11	37	
	C	2	1	0	2	5	3	0	0		5	2	3	1	6	3	3	2	2	10	3	3	4	2	12	38	
	D	2	2	0	2	6	3	1	0		6	3	3	3	9	3	3	3	2	11	3	2	3	2	10	42	
	E	2	2	0	3	7	2	1	0		5	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	4	2	12	45	
Berus-Studie	A	2	1	1	3	7	3	1	0		4	3	2	2	7	2	3	2	2	9	3	3	2	2	10	37	
	B	2	1	1	3	7	3	2	0		5	3	3	3	9	2	3	3	2	10	3	2	2	2	9	40	
	C	2	1	0	3	6	3	1	0		4	2	3	2	7	3	3	3	2	11	3	2	3	2	10	38	
	D	3	2	0	3	8	3	1	0		4	2	3	3	8	3	3	3	2	11	3	2	2	2	9	40	
	E	3	1	0	4	8	2	1	0		4	3	3	3	9	3	2	3	2	10	4	2	3	2	11	42	

Tabelle 3: Interraterreliabilitäten der 5 Rater (Korrelationen)

		RATER1	RATER2	RATER3	RATER4	RATER5
RATER 1	Korrelationskoeffizient	1,00	,930**	,861**	,834**	,795**
	Sig. (2-seitig)	,	,000	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103
RATER 2	Korrelationskoeffizient	,930**	1,000	,871**	,869**	,837**
	Sig. (2-seitig)	,000	,	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103
RATER 3	Korrelationskoeffizient	,861**	,871**	1,000	,872**	,877**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,	,000	,000
	N	103	103	103	103	103
RATER 4	Korrelationskoeffizient	,834**	,869**	,872**	1,000	,905**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,	,000
	N	103	103	103	103	103
RATER 5	Korrelationskoeffizient	,795**	,837**	,877**	,905**	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,
	N	103	103	103	103	103

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

diskutiert wurde. Aus pragmatischen Gründen des Aufwandes und der Überschaubarkeit wurde jedoch eine einheitliche Checkliste gewählt. Dabei leitete die in der Regel übliche Publikationsform einer wissenschaftlichen empirischen Untersuchung, eine Originalarbeit in einer Zeitschrift, Monographien werden in der Regel nur bei sehr umfangreichen Studien vorgelegt, die noch anderen wissenschaftlichen Zwecken dienen. Es wäre methodisch am unproblematischsten, sich auf eine Publikationsform, z. B. publizierte Originalarbeit in einer Zeitschrift, zu begrenzen. Da dies aber einige katamnese-gestützte, sorgfältige Studien und damit wertvolle Informationen und Erfahrungen als Grundlage für wegweisende zukünftige Leitlinien im Sinne von Empfehlungen zukünftiger Evaluationsstudien der psychosomatischen Rehabilitation ausschließen würde, wurden zur Verbesserung der Studienlage alle publizierten Studien einbezogen.

In einigen Kriterien wird eine erhebliche Diskrepanz zwischen den messmethodischen Anforderungen an Psychotherapiestudien und der Praxis der Forschung deutlich. Diesbezüglich besonderes problematisch erscheint die Bewertung des Kriteriums zur Beschreibung und Qualifikation der Therapeuten. Bis auf wenige Ausnahmen fehlen in den Arbeiten jegliche Angaben über die Therapeuten. Vermutlich spiegelt dies einen Artefakt zwischen Theorie der Methodik und Praxis dieser Art von Studien wider. So sollten die Therapeuten für die Evaluierung einer Methode qualifiziert, erfahren, mit der Methode vertraut und möglichst mit dieser identifiziert sein, dies ist unter methodischen Gesichtspunkten eine unabdingbare Forderung. In der Praxis der Rehabilitationskliniken sind häufig noch in Aus- oder Weiterbildung befindliche junge Kollegen tätig, die diese methodische Anforderung nicht erfüllen, so dass vermutlich aus diesem Grunde in den Studien auf Aussagen zu diesem Punkt gänzlich verzichtet wurde. Allerdings scheint dieses Problem auch für Psychotherapiestudien in anderen Bereichen zuzutreffen. So formulieren Strauß et

al. (2001) in ihren „Minimalanforderungen“ für Studien aus dem Bereich der Gruppentherapie diese Forderung nach Angaben zu den Therapeuten, nicht ohne gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass diese Angaben in Wirksamkeitsstudien zur Gruppentherapie jedoch ebenfalls leider häufig fehlen. Schließlich soll hier der kritische Einwand diskutiert werden, dass die Autoren dieser Bewertung auch Autoren von vier der insgesamt 30 gerateten katamnese-gestützten Programm-Evaluationsstudien (20, 45-52) waren. Wie oben dargestellt, wurden diese vier Evaluationsstudien natürlich von jeweils anderen Ratern als den Autoren der Studien eingeschätzt. Darüber hinaus mag auch die Beurteilung dieser vier hier gerateten Evaluationsstudien einen gewissen Hinweis auf die Validität bzw. Objektivität der Ratings geben: Die Einschätzung lag mit einem Globalurteil von 48 (45, 46) für Zeitschriftenbeiträge bzw. 42 (47-49), 46 (50-52) und 50 (20) für Monographien jeweils zwar im überdurchschnittlichen Bereich, andere Studien bekommen jedoch ein (teilweise deutlich) höheres Globalurteil. Zwei Evaluationsarbeiten aus einer Katamnese-studie von einem Autor dieser vorliegenden Studie (54, 55) wurden nicht geratet, weil sie bis jetzt zwar als Abstract im VDR-Band publiziert wurden, nicht aber als ausführliche Originalarbeit.

Viele der hier gerateten Evaluationsstudien sind ohne finanzielle Förderung, also verbunden mit viel Eigeninitiative und Engagement aller beteiligten Kliniker und Wissenschaftler, entstanden. Dieser Aspekt soll abschließend noch einmal ganz besonders herausgestellt und gewürdigt werden.

6 Literatur

- Buchkremer G, Klingberg S (2001): Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt* 72:20-30
- Cochrane Library 2001/Issue 2; Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 3. Internet www.svr.de

Tabelle 4: Gesamtüberblick der Bewertungen aller Evaluationsstudien

Studie	Stichprobe (n= /Kat)	Rate %	Güte der Information				Güte der Operationalisierung				Güte der Messung				Güte der Auswertung und der Ergebnisse						Glo-bal-urteil								
			Pat	Behandlung	Therapeut.	Datenge-w.	Gesamt	Plausibilität	Therapiekonst.	Therapeut.	Motivat.	Gesamt	Unabhängigkeit	Dif.	Unabhängigkeit	Therapeut.	Motivat.	Gesamt	Unabhängigkeit	Dif.		Unabhängigkeit	Motivat.	Gesamt	Auswertung	Bedeutung	Int. Val.	Repräsent.	Indir. el.
Bad Brunnstädter Schmerz-Studie	60/50	C+D	3	3	0	4	10	3	3	0	6	3	4	2	9	3	4	3	13	3	4	4	4	3	4	3	1	12	50
Bad Fredeburger Essst.-Studie	12 (23)	C+D	3	3	0	4	10	3	3	0	6	0	3	1	4	2	2	8	8	2	2	1	1	1	1	1	6	34	
Bad Kreuznacher Studie	323	D+E	4	1	0	2	7	3	2	0	5	2	4	3	9	4	4	3	13	2	3	3	2	2	2	2	10	44	
Bad Neustädter Studie	123	C+D	4	1	0	3	8	4	3	0	8	3	3	3	9	4	4	3	14	3	4	0	4	2	2	2	10	49	
Berus-Tinnitus-Studie	72	A+B	4	4	1	2	11	2	2	1	6	2	1	1	4	1	1	2	5	1	3	3	0	2	2	8	34		
BKK - Studie	148	E+D	4	4	1	4	13	4	3	1	8	4	4	4	12	0	4	4	11	4	4	4	4	2	2	14	58		
Blieskasteler Studie	1088	D+E	4	3	0	1	8	3	2	0	5	2	2	2	6	2	3	3	10	3	2	2	2	2	2	2	9	38	
Blieskasteler Phobiker-Studie	85	D+C	4	0	0	2	6	4	0	0	6	1	4	3	8	3	2	3	10	4	4	2	2	2	2	2	10	40	
DE IG-NIS - Studie	91	A+B	2	3	0	3	8	3	2	1	2	8	2	3	7	1	2	4	10	3	2	2	2	2	2	2	9	42	
Ederaler Schmerz-Studie	375	C+D	2	2	0	4	8	4	2	0	9	2	3	2	7	3	4	3	13	3	3	3	3	3	1	10	47		
Gelderlandstudie		D+C	4	4	3	3	14	3	1	3	2	2	2	2	6	3	3	3	11	3	2	2	3	2	2	2	10	50	
Gröbenbacher Depressions-Studie	522	A+B	4	2	1	4	11	4	3	1	9	4	3	3	10	4	4	4	16	4	4	4	1	2	2	11	57		
Gröbenbacher Angst-Studie	139	A+B	3	3	0	3	9	3	3	0	7	3	3	2	8	2	3	3	10	3	2	2	3	1	2	9	43		
Hardwal-Klinik-II-Studie	121	C+D	2	1	0	3	6	4	1	0	5	3	3	2	8	3	4	3	12	3	0	3	0	3	2	8	39		
Manderscheider Studie	47	E+D	2	0	0	2	4	3	2	2	1	8	3	2	8	2	3	2	9	2	1	0	2	1	0	2	5	34	
MZ Essstörungen-Studie	1171	E+D	4	4	0	2	10	3	2	1	6	4	4	4	12	1	4	1	9	4	2	2	0	2	2	8	45		
MZ Mänzer Angst-Studie	231/99	A+B	4	2	0	2	8	2	2	1	6	3	2	2	7	1	2	3	8	4	3	0	3	0	2	9	38		
Priener Lehrer-Studie	116	C+D	3	2	0	3	8	4	2	0	9	0	3	3	6	3	3	3	12	3	4	4	3	1	1	11	46		
Protos-Studie		A+B	3	2	0	2	7	3	1	0	5	3	3	3	9	3	3	3	12	3	3	2	2	2	2	10	43		
Reinhardt-Studie	560	D+E	4	1	0	1	6	4	2	0	6	3	4	3	10	4	4	4	14	3	2	4	2	2	2	11	47		
Schwedensteiner Tinnitus-Studie	67	A+B	2	3	0	3	8	3	2	1	7	2	3	3	8	2	2	4	10	3	3	1	2	2	2	9	42		
Tannenwald-Studie	266	E+D	4	4	4	4	16	4	4	4	16	4	4	4	12	4	4	4	16	4	4	4	4	4	2	14	74		
Vogelsberger Adipositas-Studie	324	E+D	3	3	0	3	9	3	1	1	5	2	3	2	7	2	3	3	10	3	2	4	2	2	2	11	42		
Zauberberg-Adipositas-Studie	1138	D+E	4	3	0	2	9	4	2	0	6	3	3	3	9	4	4	3	14	4	2	2	2	2	2	10	48		
Zauberberg-Studie I	364	D+E	3	0	0	0	3	3	2	0	5	3	3	3	9	4	4	3	14	3	2	4	2	2	2	11	42		
Zauberberg-Studie II	565	D+E	3	0	0	2	5	3	2	2	9	4	2	3	9	3	3	3	12	3	2	4	2	2	2	11	46		

Tabelle 5: Globalurteile der Originalarbeiten in Zeitschriften	
Durchschnittliche Studien (Globalurteil 30-40)	Überdurchschnittliche Studien (Globalurteil über 40)
Bad Fredeburger Essstörungsstudie (34)	DE'IGNIS-Studie (42)
Blieskasteler Studie (38)	Bad Kreuznacher Studie (44)
Blieskasteler Studie muskuloskelettaler Erkrankungen (40)	Multizentrische Essstörungsstudie (45)
Blieskasteler Phobiker-Studie (40)	Zauberberg-Adipositas-Studie (48)
	Bad Bramstedter Schmerz-Studie (50)

Tabelle 6: Globalurteile der Originalarbeiten in Buchkapiteln	
Durchschnittlich (Globalurteil 30-40)	Überdurchschnittlich (Globalurteil über 40)
Berus-Tinnitusstudie (34)	Priener dermatologische Studie (41)
Manderscheidter Studie (34)	Schwedensteiner Tinnitus-Studie (42)
Multizentrische Mainzer Angst-Studie (38)	Vogelsberger Adipositas-Studie (42)
Hardtwald-Klinik-II-Studie (39)	Grönenbacher Angst-Studie (43)
	Bad Herrenalber Studie (44)
	Priener Lehrer-Studie (46)
	Edertaler Schmerz-Studie (47)
	Reinhardsauer Studie (47)
	Bad Neustädter Studie (49)
	Grönenbacher Depressions-Studie (57)

Tabelle 7: Globalurteile der Monographien	
Durchschnittlich (Globalurteil 30-40)	Überdurchschnittlich (Globalurteil über 40)
Berus-Studie (39)	Zauberberg-Studie I (42)
	Protos-Studie (43)
	Zauberberg-Studie II (46)
	Gelderland-Studie (50)
	BKK-Studie (58)
	Tannenwald-Studie (74)

- Frohburg I (2004): Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. *Z Klin Psychol Psychother* 33(3):196-208
- Koch U, Schulz H (1999): Schwerpunktthema: Psychosomatische Rehabilitation. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 49:293-391
- Lamprecht, F. (1996): Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer Erkrankungen. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 46:283-291
- Lamprecht F (1998): Psychosomatic Medicine and Primary Care in Germany. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 35:97-103
- Lamprecht F (2002): Psychosomatic Rehabilitation: A "Must" in Secondary Health Care. In: *Medical Rehabilitation in Germany – Experiences and Development*. Frankfurt a.M.: VDR. DRV-Schriften 38:158-166
- Schmid-Ott G et al (in Vorbereitung): Psychosomatische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer
- Rudolf G, Eich W (1999): Die Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien. *Psychotherapeut* 44: 124-126
- Seligmann MEP (1996): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer-Report Studie. *Integr Ther* 2-3:264-287
- Strauß B, Burlingame G, MacKenzie KR (2001): Minimalanforderungen für die Veröffentlichung gruppentherapiebezogener Forschungsergebnisse. *Z Gruppenpsychother Gruppennyn* 37:207-213
- Timmer B, Bleichhardt G, Rief W (2004). Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplen somatoformen Syndrom: Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Therapie-evaluationsstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 33(1):24-32
- Vauth R, Barth A, Stieglitz R-D (2001): Evaluation eines kognitiven Strategietrainings in der ambulanten beruflichen Rehabilitation Schizophrener. *Z Klin Psychol Psychother* 30(4):251-258
- Wiegand-Greife S, Zander B, Cierpka M (2002): Paar- und Familientherapie – ein effektives Behandlungsverfahren? *Familiendynamik* 27:129-145

- Wiegand-Greife S, Paar GH, Meermann R, Jacobi C, Lamprecht F, Schmid-Ott G (2007): Entwicklung einer Checkliste für die Evaluation der Wirksamkeitsstudien psychosomatischer Rehabilitation (CEPR). *Z Psychotherapie* 21, 1

Anhang

Literaturangaben der bewerteten Studien

- ¹Klinger R, Nutzinger DO, Geissner E, Hafenbrack K, Hanh B, Apelt M (1999): Follow-up-Ergebnisse stationärer verhaltenstherapeutisch orientierter Schmerztherapie. *Z Klin Psychol* 28:265-272
- ²Wittmann HB, Hinz B, Papadia M, Grabietz B (1997): Effektivitätsprüfung der stationären verhaltensmedizinischen Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa. *Prax Klin Verhaltensmed Reha* 40:52-62
- ³Meyerberg J, Nübling R, Kieser J, Schmidt J, Oppl M, Orlinski D (1998): Short-term outcome of psychosomatic rehabilitation using an integrative treatment approach: First results from program evaluation of the Bad Herrenalber Clinic. In: 6th European Congress on Research in Rehabilitation: Improving Practice by Research. DRV-Schriften, Bd. 10. Frankfurt/Main, S. 442-443
- ⁴Bürgy R, Nübling R, Meyerberg J, Oppl M, Kieser J, Schmidt J, Wittmann WW (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzeptes: Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese der Bad Herrenalber Katamnesestudie. In: VDR (Hrsg.): 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess. DRV-Schriften, Bd. 20. Frankfurt/Main, S. 374
- ⁵Nübling R, Bürgy R, Meyerberg J, Oppl M, Kieser J, Schmidt J, Wittmann WW (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalber: Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial, S. 274-300

- ⁶ Schulz H, Lotz-Rambaldi W, Koch U, Jürgensen R, Rüdell H (1999): 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: 114-130
- ⁷ Schulz H, Watzke B, Koch U, Jürgensen R, Rüdell H (2001): Ein-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften, Band 26. Frankfurt/Main, S. 383-385
- ⁸ Rüdell H, Jürgensen R, Lotz-Lombardi W (1999): 3-Jahres-Katamnese von Patienten nach psychosomatischer Rehabilitation. In: Schliehe F, Schuntermann MF (Hrsg.): 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Reha-Bedarf – Effektivität – Ökonomie. DRV-Schriften, Bd. 12. Frankfurt/Main, S. 375
- ⁹ Beutel M, Stein En Nosse C, Bleichner F, Kayser E, Schlüter K, Kehde S (1999): Behandlungszufriedenheit und Gesundheit nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation – aus Sicht der Patienten und der Hausärzte. In: Kröger F, Petzold ER (Hrsg.): Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik. Frankfurt: VAS, S. 510-524
- ¹⁰ Beutel M, Stein En Nosse C, Bleichner F, Kayser E, Schlüter K, Kehde S (2000): Katamnestische Beurteilung stationärer psychosomatischer Rehabilitation aus Sicht von Patienten und ihren Hausärzten. *Prax Klin Verhaltensmed Reha* 49: 66-74
- ¹¹ Broda M, Bürger W, Dinger-Broda A, Massing H (1996): Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern. Berlin: Westkreuz-Verlag
- ¹² Horn J, Follert P. (1999): Vorstellung und Evaluation eines Gruppenkonzeptes für die stationäre verhaltensmedizinische Behandlung des dekompensierten chronischen Tinnitus. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 165-176
- ¹³ Zielke M (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- ¹⁴ Sandweg R, Sänger-Alt C, Rudolf G (1991): Erfolge in der stationären Psychotherapie – Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. *Öff Gesundh Wes* 53:801-809
- ¹⁵ Sänger-Alt C, Sandweg R, Merten J, Rudolf G (1991): Persönlichkeitsmerkmale von Phobikern und ihre Veränderung durch Psychotherapie. Deskriptive Ergebnisse über die Wirksamkeit einer 6-8-wöchigen stationären Heilmaßnahme. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41:411-418
- ¹⁶ Sandweg R, Bernardy K. (2001): Prädiktoren des kurz- und langfristigen Therapieerfolges in der psychosomatischen Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften, Band 26. Frankfurt/Main, S. 413-416
- ¹⁷ Sandweg R, Bernardy K, Riedel H (2001): Prädiktoren des Behandlungserfolges in der stationären psychosomatischen Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51:394-402
- ¹⁸ Senst, R, Kloß R, Oberbillig R, Schowalter M, Kielmann S, Heuft G (2000): Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. Einsatz in einer Ein-Jahres-Katamnese. *Psychotherapeut* 45:308-314
- ¹⁹ Lutz R, Schneider J (1999): Kurz- und langfristige Effekte der stationären Schmerztherapie in der Edertalklinik. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 233-242
- ²⁰ Kriebel R, Paar GH (1999): Psychosomatische Rehabilitation: Möglichkeit und Wirklichkeit. Geldern: Verlag Johannes Keuck
- ²¹ Mestel R, Erdmann A, Schmidt M, Klingelhöfer J, Stauss K, Hautzinger M (1999): 1-3-Jahres-Katamnesen bei 800 depressiven Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 243-273
- ²² Mestel R, Erdmann A, Schmidt M, Klingelhöfer J, Stauss K, Hautzinger M (2000): Verläufe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation von depressiven Patienten. In: VDR (Hrsg.): 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Individualität und Reha-Prozess. DRV-Schriften, Bd. 20. Frankfurt/Main, S. 385-386
- ²³ Mestel R, Vogler J, Klingelhöfer J (2002): Katamnesen mit AngstpatientInnen nach psychodynamischer, verglichen mit kombiniert psychodynamisch-verhaltenstherapeutischer stationärer Psychotherapie. In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Therapieansätze in der stationären Psychosomatik II. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 213-257
- ²⁴ Bernhard P, Kupka U, Lutz R (2001): Wieweit nähern sich Patienten nach einer psychosomatischen Reha-Maßnahme einer „gesunden“ Kontrollgruppe an? 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften, Band 26. Frankfurt/Main, S. 424-425
- ²⁵ Bernhard P, Kupka U, Lutz R (2001): Katamneseeffekte stationärer Verhaltenstherapie. Studie der Verhaltenstherapie Abteilung der Hardtwaldtklinik II – Marburger Gesundheitsstudien V. In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 11-31
- ²⁶ Koechel R, Fischer UC, Tigiser S, Faath T (1998): Evaluation des Therapieprozesses und der Therapieergebnisse der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung in der Eifelklinik Manderscheid. In: Bassler M: (Hrsg.): Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 56-73
- ²⁷ Kächele H (1999): Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Essstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49:100-108
- ²⁸ Geiser F, Geiser F, Bassler M, Bents H, Carls W, Joraschky P, Michelitsch B, Paar GH, Ullrich J, Liedke R (2001): Stationäre Angsttherapie. Wodurch wird die Erfolgszufriedenheit der Patienten beeinflusst? In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 65-73
- ²⁹ Geiser F, Bassler M, Bents H, Carls W, Joraschky P, Michelitsch B, Paar GH, Ullrich J, Liedke R (2002): Bewertungen des Therapieerfolges durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt* 73:59-64
- ³⁰ Hillert A, Hoegl L, Dijkstra J, Fichter M (1999): Bausteine der stationären psychosomatisch-verhaltensmedizinischen Behandlung dermatologischer Erkrankungen: Wirksamkeit und differenzielle Bewertung des therapeutischen Angebotes durch die Patienten im Katamneseverlauf. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial, S. 137-164
- ³¹ Hillert A., Maasche B, Kretschmer A, Ehrig C, Schmitz E, Fichter MM (2000): Psychosomatische Erkrankungen bei LehrerInnen. Sozialer Kontext, Inhalte und Perspektiven stationärer Behandlungen in Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: 375-380
- ³² Hillert A, Maasche B, Kretschmer A, Fichter MM (2000): Psychosomatisch erkrankte LehrerInnen im poststationären Verlauf: Halbjahreskatamnese zum Priener Lehrerprojekt. In: VDR (Hrsg.): 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess. DRV-Schriften, Bd. 20. Frankfurt/M., S. 449-451
- ³³ Hillert A, Lehr D, Pecho L (2001): Berufsgruppen-bezogene Therapieansätze? Zur Relativität therapeutischer Perspektiven am Beispiel psychosomatisch erkrankter LehrerInnen. In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial, S. 74-87

- ³⁴ Köbel W, Klingelhöfer H, Stauss K, Sprenger B, Zwingmann E, Gerdes N (1998): Effects of psychosomatic rehabilitation: The goal-oriented analysis of the Protos-Study. In: 6th European Congress on Research in Rehabilitation: Improving Practice by Research. DRV-Schriften, Bd. 10. Frankfurt/Main, S. 441
- ³⁵ Dilcher K, Mestel R, Klingelhöfer J, Köbel W, Sprenger B, Stauss K (2000): Psychosomatische Kliniken. In: Gerdes N, Weidemann H, Jäckel WH (Hrsg.): Die Protos-Studie. Ergebnisqualität in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Darmstadt: Steinkopff, S. 173-202
- ³⁶ Nübling R, Puttendörfer J, Schmidt J, Wittmann WW (1994): Längerfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt: VAS, S. 254-270
- ³⁷ Nübling R, Puttenhöfer J, Wittmann WW, Schmidt J, Wittich A (1995): Evaluation psychosomatischer Heilverfahren – Ergebnisse einer Katamnesestudie. Rehabilitation 34:74-80
- ³⁸ Nübling R, Schmidt J, Wittmann WW (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 49:343-353
- ³⁹ Rothe H-M, Dilcher K, Jakobi F, Sprenger B (2001): Psychosomatische Simultantherapie chronisch Tinnitus-Kranker: Eine 2-Jahres-Katamnese. In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial, S. 219-236
- ⁴⁰ Nosper M (1999): Psychosomatische Rehabilitation. Untersuchung zur Ergebnis- und Prozessqualität stationärer Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Berlin: Logos Verlag
- ⁴¹ Nosper M (1999): Der Erfolg psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. Psychother Psychosom Med Psychol 49:354-360
- ⁴² Beutel M, Sobez I, Thiede R (2000): Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Behandlung der Adipositas – Katamnestiche Ergebnisse zu Gewichtsverlauf und Befindlichkeit. In: Bassler M (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Gießen: Psychosozial, S. 58-72
- ⁴³ Thiede R, Sobez I, Beutel M (2000): Katamnesestudie nach stationärer Rehabilitationsbehandlung von psychogenen Essstörungen mit Adipositas per magna nach verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepten. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Individualität und Reha-Prozess. DRV-Schriften, Bd. 29. Frankfurt/Main, S. 388-390
- ⁴⁴ Beutel M, Sobez I, Wiltink J, Thiede R (2001): Katamnesestudie zur tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung der Adipositas. Z Allg Med 77:148-152
- ⁴⁵ Schmidt J, Schmid-Ott G, Lamprecht F (1998): Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation. Teil I: Prävalenzdaten und kurzfristige Therapieergebnisse. Psychotherapie 3:40-45
- ⁴⁶ Schmidt J, Schmid-Ott G, Lamprecht F (1998): Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation. Teil II: Ergebnisse von Verlaufsstudien. Psychotherapie 3:162-175
- ⁴⁷ Schmidt J, Lamprecht F, Bernhard P, Nübling R (1989): Zur Nachgeschichte stationär psychosomatisch behandelter Patienten. Erste Ergebnisse einer Dreijahreskatamnese. In: Speidel H, Strauß B (Hrsg.): Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Berlin: Springer, S. 432-444
- ⁴⁸ Lamprecht F, Schmidt J (1990): Das Zauberberg-Projekt: zwischen Verzauberung und Ernüchterung. In: Ahrens S (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland. Heidelberg: Springer, S. 97-116
- ⁴⁹ Schmidt J (1991): Evaluation einer Psychosomatischen Klinik. Frankfurt: VAS
- ⁵⁰ Nübling R (1992): Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt: VAS
- ⁵¹ Schmidt J, Lamprecht F, Nübling R, Wittmann WW (1994): Veränderungsbeurteilungen von Patienten und von Haus- und Fachärzten nach psychosomatischer Rehabilitation – Ein katamnestiche Vergleich. Psychother Psychosom Med Psychol 44:108-114
- ⁵² Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F, Wittmann WW (1994): Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt: VAS, S. 271-283
- ⁵³ Finger E, Glier B. (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Patienten mit pathologischem Spielverhalten: Ergebnisse einer 1-Jahreskatamnese. In: VDR (Hrsg.): Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess. DRV-Schriften, Bd. 20. Frankfurt/Main, S. 393-395
- ⁵⁴ Jacobi C, Tacke-Pook A (1996): Prognostische Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme zur stationären psychosomatischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse einer 1-Jahres-Katamnese. In: 5. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, Bd. 8. Frankfurt/Main, S. 151-152
- ⁵⁵ Jacobi C, Tacke-Pook A, Prostka W, Wendt A, Gümmer M, Cramer F, zur Rocklage I (1998): Systematic 1-Year follow-up in a cognitive-behavioral oriented psychosomatic clinic 1991-1996. In 6th European Congress on Research in Rehabilitation: Improving Practice by Research. DRV-Schriften, Bd. 10. Frankfurt/Main, S. 443-445
- ⁵⁶ Schneider E, Hocker KM, Olbrich D (1998): Patients in psychosomatic therapy: Results of a 2 year follow-up. In: 6th European Congress on Research in Rehabilitation: Improving Practice by Research. DRV-Schriften, Bd. 10. Frankfurt/Main, S. 450-452
- ⁵⁷ Fritz U, Ruf-Ballauf W (1999): Somatoforme Störungen als Herausforderung an die psychosomatische Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 49:466
- ⁵⁸ Hoffmann C, Ruf-Ballauf W (2001): Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei somatoformen und anderen Störungen: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und sozialmedizinische Ergebnisse. 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften, Bd. 26. Frankfurt/Main, S. 395-397
- ⁵⁹ Bleichhardt G, Timmer B, Rief W (2001): Prädiktoren für den längerfristigen Rehabilitationserfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen: Rentenbegehren, Therapiemotivation und symptomatische Aspekte. 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften, Bd. 26. Frankfurt/Main, S. 393-394

Dr. rer. nat. S. Wiegand-Grefe

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Zentrum Psychosoziale Medizin

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Martinistr. 52, S 30, 20246 Hamburg