

**Einmal Reha und zurück?**  
**Eine inhaltsanalytische Betrachtung (dys)funktionaler Faktoren zur**  
**Steigerung der Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet  
Medizinische Psychologie

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Carolin Thiel  
geboren am 07. November 1984 in Altenburg

Betreuer: Prof. Dr. Thomas Frese

Gutachter: apl. Prof. Dr. Stefan Watzke, Halle  
Gutachter: Prof. Dr. Markus Bleckwenn, Leipzig

Datum der Verteidigung: 12. April 2023

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation vorrangig das generische Maskulinum verwendet. Alle Geschlechter werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

## Referat

**Zielsetzung:** Die psychosomatische Rehabilitation umfasst den zweitgrößten Anteil aller Rehabilitationsbehandlungen. Zur Festigung erreichter Rehabilitationsziele und Stärkung des Rehabilitationsprozesses wird Patienten eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge empfohlen. Als zentrale Fragestellung soll die Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge untersucht und Optimierungsbedarfe herausgearbeitet werden, die das Nachsorge-Nutzungsverhalten positiv beeinflussen könnten. Darüber hinaus soll die geschätzte Wirksamkeit eines Therapietagebuchs und dessen Implementierungsmöglichkeiten in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zur Unterstützung des Genesungsprozesses im Fokus stehen.

**Methoden:** In zwei qualitativen Teilstudien wurden insgesamt 27 Interviews mit Gruppenleitern der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge im Raum Mitteldeutschland mittels teilstandardisierter leitfadengestützter Experteninterviews geführt. Die Daten wurden unter Zuhilfenahme der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge gilt als ein wichtiges Instrument von guter Qualität zur Stabilisierung des in der stationären Heilbehandlung erreichten Rehabilitationsergebnisses, um dieses nachhaltig im Alltag zu verankern. Der größte Optimierungsbedarf ist insbesondere auf strukturelle Gründe zurückzuführen. So fehle es v. a. an flächendeckenden regionalen Reha-Nachsorge-Angeboten und einem adäquaten Management der Zugangswege. Zudem kann der begleitende Einsatz eines Therapietagebuchs innerhalb der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, den Patienten durch einen angestoßenen Selbstreflexionsprozess ein besseres Verständnis für das eigene Verhalten im Umgang mit sich selbst und der Umwelt ermöglichen und fördert dabei, funktionale Handlungsweisen zu generieren, die den Genesungsprozess wirksam unterstützen können.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf den mitteldeutschen Raum. Ein Ausbau flächendeckender Reha-Nachsorge-Angebote und ein optimiertes Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante Reha-Nachsorge-Setting wurden betont, um den Genesungsprozess psychosomatischer Patienten positiv zu beeinflussen und die Qualität insgesamt zu erhöhen. Außerdem ist anzunehmen, dass der Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge und der damit verbundene kontinuierlich angestoßene Selbstreflexionsprozess, den Rehabilitationsprozess wirksam unterstützen könnte.

Thiel, Carolin: Einmal Reha und zurück? Eine inhaltsanalytische Betrachtung (dys)funktionaler Faktoren zur Steigerung der Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 76 Seiten, 2022.

## Referat

**The goal:** Psychosomatic rehabilitation comprises the second largest share of all rehabilitation treatments. In order to consolidate achieved rehabilitation goals and strengthen the rehabilitation process, patients are recommended outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare. As a central question, the overall quality of outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare is to be assessed and optimization needs are to be identified, which could have a positive impact on the aftercare behavior. In addition, the expected effectiveness of a therapy diary and its implementation options in outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare to support the recovery process should be a further focus.

**Methods:** Two partially standardized, finally 27 semi-structured expert interviews with group leaders in outpatient rehabilitation aftercare in the area of Central Germany, were carried out in order to collect empirical data. The data was evaluated using the Qualitative Content Analysis according to Mayring.

**Results:** Outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare is an important instrument of good quality for stabilizing the rehabilitation result achieved in inpatient treatment in order to anchor it sustainably in everyday life. The greatest need for optimization can be attributed especially to structural reasons. So, it is missing a comprehensive regional rehabilitation aftercare services and adequate management access routes. In addition, the accompanying use of a therapy diary within the outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare can enable the rehabilitation patient to better understand their own behaviour in dealing with themselves and the environment through an initiated self-reflection process. This enables them to generate new functional ways of acting that could effectively support the recovery process.

**Conclusion:** The results relate exclusively to Central Germany. An expansion of comprehensive rehabilitation aftercare services and an optimized management of access routes from inpatient to outpatient rehabilitation settings were urged in order to positively influence the recovery process of psychosomatic rehabilitation and increase quality of outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare. Furthermore, it can be assumed that the use of a therapy diary in outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare and the associated continuous self-reflection process could effectively support the therapy process and thus the recovery of rehabilitation patients.

Thiel, Carolin: Return after rehab – just once? A content-analytical consideration of (dys)functional factors to increase the effectiveness of outpatient psychosomatic rehabilitation aftercare. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 76 pages, 2022.

## Inhaltsverzeichnis

Referat .....	I
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abkürzungsverzeichnis .....	VI
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	VII
1. Einleitung.....	1
2. Die psychosomatische Rehabilitation.....	3
2.1 Status Quo der psychosomatisch bedingten Rentenzugänge .....	3
2.2 Grundzüge der psychosomatischen Rehabilitation .....	9
2.3 Stabilisierung des Behandlungserfolgs durch die ambulante Reha-Nachsorge .....	11
3. Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe durch psychische und Verhaltensstörungen..	13
3.1 Zusammenhang von Kognitionen, Emotionen, Körperempfindungen und Verhalten .....	14
3.2 Kognitiv-behavioraler Interventionsansatz in der psychosomatischen Rehabilitation .....	15
3.3 Kognitive Interventionsstrategien in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge .....	19
4. Zielstellung.....	21
4.1 Fragestellungen der Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation .....	21
4.2 Fragestellungen der Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation .....	22
5. Methode .....	23
5.1 Studiendesign .....	23
5.2 Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation .....	23
5.2.1 Erhebungsinstrument (Interviewleitfaden) .....	23
5.2.2 Sample.....	24
5.2.3 Durchführung.....	25
5.2.4 Auswertung.....	25
5.3 Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation.....	26
5.3.1 Therapietagebuch (Interventionstool).....	26

---

5.3.2	Erhebungsinstrument (Interviewleitfaden) .....	27
5.3.3	Sample.....	27
5.3.4	Durchführung.....	28
5.3.5	Auswertung.....	29
5.4	Informed consent und Datenschutz .....	29
6.	Ergebnisse.....	30
6.1	Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation .....	31
6.1.1	Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge .....	31
6.1.2	Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ..	33
6.1.3	Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ..	36
6.2	Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation.....	41
6.2.1	Einschätzung der Wirksamkeit eines in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eingesetzten Therapietagebuchs .....	41
6.2.2	Chancen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses.....	44
6.2.3	Risiken bzw. Grenzen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses.....	46
6.2.4	Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge.....	48
7.	Diskussion.....	50
7.1	Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation .....	50
7.1.1	Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge .....	50
7.1.2	Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ..	52
7.1.3	Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ..	53
7.2	Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation.....	56
7.2.1	Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge unter Einbezug der Chancen und Risiken bzw. Grenzen hinsichtlich des Genesungsprozesses.....	56
7.2.2	Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge .....	58
7.3	Stärken und Limitationen .....	59

8. Fazit und praktische Implikationen .....	61
9. Literaturverzeichnis .....	65
10. Thesen .....	76
Anhang .....	VIII
A Interviewleitfaden – Teilstudie I.....	VIII
B Therapietagebuch.....	IX
C Interviewleitfaden – Teilstudie II.....	X
D Transkriptionssystem .....	XI
Erklärung über frühere Promotionsversuche und Selbständigkeitserklärung.....	XIII

### Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
APA	American Psychiatric Association
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
DRV	Deutsche Rentenversicherung (Bund)
DRV MD	Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
IANuS	Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge- Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen
IRENA	Intensive Rehabilitationsnachsorge
Psy-RENA	Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge
ICD	International Classification of Diseases
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Abb. 1. Die Rolle der ambulanten Reha-Nachsorge in der medizinischen Versorgungskette .....	11
Abb. 2. Interagierende Schlüsselbereiche menschlichen Verhaltens auf psychischer und körperlicher Ebene .....	14
Abb. 3. Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata als Basis der Entstehung psychischer Störungen nach Beck .....	18
Abb. 4. Interventionsschritte im Rahmen der Kognitiven Umstrukturierung nach Beck .....	19

### Tabellen

Tab. 1. Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10 .....	4
Tab. 2. Angststörungen und spezifische Kernsymptome nach ICD-10 .....	6
Tab. 3. Somatoforme Störungen und spezifische Kernsymptome nach ICD-10 .....	8
Tab. 4. Modellvorstellung psychischer und Verhaltensstörungen nach DSM-IV .....	13
Tab. 5. Adaptive Funktionen von Emotionen hinsichtlich Motivation, Handlungsvorbereitung, Lernprozesse, Kommunikation und Kognition .....	16
Tab. 6. Demografische Daten der befragten Gruppenleiter (N = 20) .....	24
Tab. 7. Demografische Daten der befragten Gruppenleiter (N = 7) .....	28
Tab. 8. Von den Gruppenleitern (N = 20) genannte Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge (seitens der Patienten) .....	35
Tab. 9. Von den Gruppenleitern (N = 20) genannte Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge auf struktureller und inhaltlicher Ebene .....	40
Tab. 10. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Chancen für den Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses .....	45
Tab. 11. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Risiken bzw. Grenzen für den Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses .....	47
Tab. 12. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Rahmenbedingungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge .....	49

## 1. Einleitung

Nach der orthopädischen Rehabilitation bildet die psychosomatische Rehabilitation den zweitgrößten Anteil aller Rehabilitationsbehandlungen (Augurzky, Kolodoziej & Stroka, 2015; Petermann & Koch, 2009). Dabei zählen insbesondere Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen zu den häufigsten Störungsbildern in der psychosomatischen Rehabilitation (Wittchen et al., 2010). Diese Störungsbilder bringen starke Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowohl am sozialen Leben als auch am Erwerbsleben mit sich, die mitunter auch in einer Erwerbsminderungsrente gipfeln können (DRV Bund, 2015a). Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung hat sich die Zahl der Bezüge einer Erwerbsminderungsrente im Laufe der vergangenen Jahre mehr als verdoppelt, wobei psychische Störungen als Ursache zunehmend eine zentrale Rolle einnehmen. So waren im Jahr 2014 32.488 Rentenzugänge auf affektive Störungen zurückzuführen (Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015b). Da im deutschen Gesundheitssystem seit 2001 mit der Einführung des Sozialgesetzbuchs IX der Grundsatz „Reha vor Rente“ vorangetrieben wurde, werden allen erwerbsfähigen Menschen zwischen 16 und 65 Jahren umfangreiche stationäre oder auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bereitgestellt, um einer Frühberentung entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu stärken (SGB IX, 2021). Um das Risiko rezidivierender Störungsverläufe zu reduzieren, wird im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitationsangebote primär auf kognitive Interventionsansätze sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting gesetzt (Barth et al., 2013; O’Shea, Spence & Donovan, 2015). Jedoch weisen empirische Befunde darauf hin, dass die Behandlungsergebnisse – insbesondere der (teil)stationären – Rehabilitation nicht von Dauer sind (Vries & Petermann, 2012). Um rezidivierende Störungsverläufe langfristig zu reduzieren und zugleich eine erfolgreiche soziale und auch berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen, wird Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen eine ambulante Reha-Nachsorge empfohlen (Harfst, Koch & Schulz, 2002). Bedauerlicherweise weist die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge trotz fundiertem Konzept bedenkliche Abbruchraten auf, was wiederum eine Gefährdung der bereits erreichten sowie weiterführend gesetzten Behandlungsziele darstellt (Gönner et al., 2006). Fundierte empirische Daten zu Gründen für einen Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge liegen bislang jedoch nur unzureichend vor. Daher steht im Fokus der ersten Teilstudie dieser Dissertationsschrift die *Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge (Teilstudie I)*. Um eine größtmögliche Expertise einzufangen, wurde auf die Perspektive der Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation gesetzt. Im Speziellen scheinen dabei Gruppenleiter, die selbst aktiv in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge tätig sind, geeignet zu sein, um dieser

Forschungsfrage nachzugehen. Im Fokus stehen dabei Fragen zur allgemeinen Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sowie mögliche Gründe für einen Abbruch und entsprechendem Optimierungsbedarf.

Als eine Methode der kognitiven Interventionsstrategien, die in der psychosomatischen Rehabilitation zum Einsatz kommen, ist der Prozess der Selbstreflexion zu nennen. Hierbei sollen Patienten durch das Niederschreiben ihrer individuellen Erfahrungen in ihrer Selbstwahrnehmung gestärkt werden, wodurch sie wiederum Klarheit über die eigenen Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen erlangen sollen und dabei dysfunktionale Verhaltensmuster aufgedeckt und bearbeitet werden können (Offermanns, 2004; Wilz, Risch & Töpfer, 2017). Daher steht im Fokus der angegliederten zweiten Teilstudie dieser Dissertationsschrift die *Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs (Teilstudie II)*, welches als Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge seinen Einsatz findet und sich auf das Konzept der Selbstreflexion stützt, um rezidivierende Krankheitsverläufe langfristig zu reduzieren, bereits erreichte Behandlungsziele zu festigen und sowohl den Genesungsprozess insgesamt als auch die soziale und auch berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. Auch hier ist die Perspektive der bereits erwähnten Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation zur Beantwortung dieser Forschungsfrage von Relevanz. Dabei findet deren Einschätzung zur generellen Wirksamkeit, möglichen Chancen und Risiken bzw. Grenzen sowie realitätskonformen Implementierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Einsatzes eines Therapietagebuchs im ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorgeprozess eine besondere Betrachtung.

Abschließend wird in der zusammenfassenden Darstellung der Fokus auf die übergeordnete Fragestellung gelegt, in welche Richtung sich ein Trend zum Titel dieser Dissertation „*Einmal Reha und zurück?*“ formulieren lässt. Unter welchen funktionalen Faktoren gelingt der Weg aus der psychosomatischen Krise zurück ins soziale und berufliche Leben?

## 2. Die psychosomatische Rehabilitation

*„Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit aufbringt,  
muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.“*

*(S. Kneipp)*

Die über die Jahrzehnte gestiegene Lebenserwartung ermöglicht gemeinsam mit dem im Durchschnitt besseren Gesundheitszustand einen energiegeladenen Lebensstil im Alter auch über die Berentung hinaus (Dorbritz & Micheel, 2010). Doch ist Gesundheit kein selbstverständliches Gut. Als selbstverständlich gilt es im deutschen Gesundheitssystem jedoch, auch die Teilhabe chronisch kranker Menschen am Leben in der Gesellschaft zu bewahren sowie deren Selbstbestimmung nachhaltig zu fördern, was durch die medizinische Rehabilitation geschieht (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011; von Kardoff, 2017). Dazu gehören auch psychische und Verhaltensstörungen mit einem rezidivierenden Verlauf, die mittlerweile einen besonderen Stellenwert erzielt haben hinsichtlich schwerwiegender Beeinträchtigungen im sozialen Leben und Erwerbsleben (Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015a). Aufgrund des mitunter schweren rezidivierenden Verlaufs wird betroffenen Patienten nach einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitation eine ambulante Reha-Nachsorge empfohlen, um bereits erzielte Behandlungserfolge zu festigen und in den Alltag zu übertragen (Gönner et al., 2006). Den im mitteldeutschen Raum verbreiteten klassischen Modellen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge gehört neben der „IReNa“ (Intensive REhabilitationsNAchsorge) auch das „Curriculum Hannover“ an (DRV Bund, 2011).

### 2.1 Status Quo der psychosomatisch bedingten Rentenzugänge

Dem Datenreport des statistischen Bundesamtes ist zu entnehmen, dass 2018 13% der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen waren und damit den zweiten Rang – hinter den Muskel- und Skeletterkrankungen mit 23% - einnahmen (Destatis, 2021). Bedauerlicherweise gipfeln diese Fehlzeiten nicht selten in einer chronischen Erkrankung, die weiterführend zu einem frühzeitigen Renteneintritt führen kann. Neben den Indikationsbereichen der Orthopädie, Geriatrie, Onkologie und Neurologie haben psychische Störungsbilder und psychosomatische Erkrankungen im Laufe der vergangenen Jahre deutlich an Bedeutung gewonnen (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011). Dabei ist der Trend zu verzeichnen, dass die psychosomatische Rehabilitation - direkt nach der orthopädischen Rehabilitation - den zweitgrößten Anteil aller Rehabilitationsbehandlungen bildet (Augurzky, Kolodoziej & Stroka, 2015; Petermann & Koch, 2009). Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung waren im Jahr

2014 32.488 Rentenzugänge auf affektive Störungen zurückzuführen, wodurch sich die Zahl der Bezüge einer Erwerbsminderungsrente bedingt durch eine psychische Störung bzw. psychosomatischen Erkrankung im Laufe der vergangenen Jahre mehr als verdoppelt hat (Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015b). Laut Boes (2016) sei zudem im Vergleich zu anderen Indikationen insbesondere das niedrige Zugangsalter der psychosomatisch bedingten Erwerbsminderungsrentenzugänge alarmierend. Gerade psychische und Verhaltensstörungen haben durch ihren oft langfristig rezidivierenden Verlauf besonders starke Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe am sozialen sowie Erwerbsleben zur Folge, wobei neben Depressionen und Angststörungen auch somatoforme Störungen zu den häufigsten Störungsbildern in der psychosomatischen Rehabilitation zählen (DRV Bund, 2015a; Wittchen et al., 2010).

### Depression (F 32)

Weltweit gelten depressive Störungen bereits über Jahre hinweg als zweitgrößte Verursacher gesundheitsbedingter Einschränkungen, was sich wiederum auf die Aktivität und Teilhabe am sozialen Leben und auch Erwerbsleben besonders stark auswirken kann (Härter et al. 2006; Jacobi et al., 2014; Köllner, 2016). Welche Haupt- und Nebensymptome eine klassische depressive Episode ausmachen, sind im Klassifikationssystem ICD-10 – „International Classification of Diseases“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) – definiert und nachfolgend in Tabelle 1 aufgeführt.

Tab. 1. Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10

#### *Hauptsymptome einer depressiven Episode nach ICD-10 (mind. zwei Wochen bestehend)*

* gedrückte Stimmung
* Interessen- / Freudlosigkeit
* ↓ verminderter Antrieb / ↑ erhöhte Müdigkeit

#### *Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10*

* ↓ Aufmerksamkeit & Konzentration	* ↓ Appetit
* ↓ Selbstwertgefühl & Selbstvertrauen	* ↓ Libido
* Schuldgefühl, Wertlosigkeit	* Schlafstörungen
* negative Zukunftsperspektive	* Selbstschädigung, Suizidalität

*Bemerkung.* Es müssen mindestens zwei bis drei Hauptsymptome und mindestens zwei bis vier Nebensymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen bestehen.

Obwohl die Kostenträger im deutschen Gesundheitssystem von einem erheblichen Anstieg in den vergangenen 15 Jahren an Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung aufgrund depressiver Störungen

berichten, wird in den epidemiologischen Daten eine konstante Rate hinsichtlich der Häufigkeiten von Depressionen in der Bevölkerung beobachtet (Hapke, Bretschneider & Thom, 2017). So liegt die 12-Monats-Prävalenz (einer ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depression) bei durchschnittlich 6% (Frauen 8,1% : 3,8% Männer). Wobei sich der kontinuierliche Trend abzeichnet, dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer und etwa die Hälfte aller Depressionen zum ersten Mal vor dem 40. Lebensjahr auftreten (Hapke, Bretschneider & Thom, 2017; Spießl, Hübner-Liebermann & Hajak, 2006). Bereits seit 2013 können kontinuierlich 1/3 der Erwerbsminderungsrenten, deren Ursache auf eine psychosomatische Störung zurückzuführen ist, konkret dem affektiven Störungsbild der Depression zugeschrieben werden (Nöthen & Böhm, 2013).

### **Angststörungen (F 40 / F 41)**

Angststörungen werden nicht selten erst sehr spät diagnostiziert, da die Betroffenen sich über Jahre hinweg zurückziehen und dabei sowohl soziale als auch berufliche Kontakte möglichst vermeiden, bevor der Leidensdruck so groß ist, dass eine professionelle Hilfe hinzugezogen wird (Möller, Laux & Kapfhammer, 2017). Dabei ist das Spektrum der Angststörungen sehr breit aufgestellt. Was jedoch alle Angststörungen gemein haben, ist zum einen das Vorliegen einer „unangemessenen“ Angstreaktion gegenüber einer subjektiven Bedrohungsquelle (Reizquelle). Dabei wird die mögliche oder tatsächliche Bedrohung in ihrer Gefährlichkeit überschätzt oder die Angst tritt sogar ohne konkrete Gefahr auf. Zum anderen muss das subjektiv empfundene Leiden zu klinisch bedeutsamen Einschränkungen im sozialen und auch beruflichen Leben führen. Des Weiteren muss die Angst eine unbegründet starke oder exzessive Angstreaktion auf vegetativer als auch psychischer Ebene mit sich bringen (wie bspw. Palpitationen, beschleunigter Herzschlag, verstärktes Schwitzen, Zittern oder Beben, Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot, Erstickungsgefühle, Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust, Übelkeit / Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit / der Ohnmacht nahe sein, Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) / Depersonalisation (losgelöst fühlen), Angst die Kontrolle zu verlieren, Angst zu sterben, Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle), Hitzewallungen oder Kälteschauer). Der Verlauf muss dabei persistierend sein, wobei die Reizquelle konsistent mit den Angstreaktionen oder der Vermeidung assoziiert wird (Lieb, 2006). Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick zu den nach ICD-10 klassifizierten Angststörungen inkl. spezifischer Kernsymptome (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011).

Tab. 2. Angststörungen und spezifische Kernsymptome nach ICD-10

*Agoraphobie (F 40.0)*

- \* Deutliche und anhaltende Furcht oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen: Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein Reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause.
- \* Wenigstens einmal nach Auftreten der Störung müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome (Symptom-Checkliste) wenigstens zu einem Zeitraum gemeinsam vorhanden gewesen sein.
- \* Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Begleitet von der Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.
- \* Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.
- \* Die Symptome sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie, affektive Störungen oder Zwangsstörung und sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

*Bemerkung.* Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2% (Frauen 2 : 1 Männer).

*Soziale Phobie (F 40.1)*

- \* Die psychischen, Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst (spez. Bewertungsangst in sozialen Situationen) sein und nicht auf andere Symptome wie Wahn und Zwangsgedanken beruhen.
- \* Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen (und sich bis hin zu Panikattacken verstärken).
- \* Wann immer möglich, Vermeidung der phobischen Situation.

*Bemerkung.* Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 7% (Frauen 1,4 : 1 Männer).

*Spezifische Phobie (F 40.2)*

- \* Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen.
- \* Die Angst muss auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder eine spezifische Situation begrenzt sein.
- \* Die phobische Situation wird - wann immer möglich - vermieden.

*Bemerkung.* Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 9% (Frauen 2 : 1 Männer).

*(Agoraphobie mit) Panikstörung (F 40.1 / F 41.0)*

- \* Wiederholte Panikanfälle, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten (d. h. die Panikanfälle sind nicht vorhersagbar). Die Panikanfälle sind nicht mit besonderer Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden.
- \* Ein Panikanfall ist als einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen gekennzeichnet, der abrupt beginnt, innerhalb weniger Minuten ein Maximum erreicht und mindestens einige Minuten andauert.
- \* Die Beschwerden werden nicht durch eine körperliche Krankheit, eine organische psychische Störung oder andere psychische Störungen wie Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive oder somatoforme Störungen hervorgerufen.

*Bemerkung.* Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2,3% (Frauen 2 : 1 Männer).

*Generalisierte Angststörung (F 41.1)*

- \* Ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen über alltägliche Ereignisse und Probleme.
- \* Mindestens vier Angstsymptome (Symptom-Checkliste) müssen vorhanden sein.
- \* Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für Panikstörung, phobische Störung, Zwangsstörung oder hypochondrische Störung.
- \* Die Störung ist keine Folge einer körperlichen oder organischen psychischen Störung, oder einer Störung durch psychotrope Substanzen.

*Bemerkung.* Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2% (Frauen 2 : 1 Männer).

Hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz liegen Angststörungen (inkl. der Kategorie „irgendeine Angststörung“) im Allgemeinen mit einer kontinuierlichen Häufigkeit von ca. 16% vor der Depression, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (Jacobi et al., 2016; Lieb & Frauenknecht, 2019). Bei der Betrachtung der Erwerbsminderungsrenten liegen die Angststörungen allerdings an zweiter Stelle direkt hinter der Depression (DRV Bund, 2017).

Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass mehr als die Hälfte der Patienten mit einer Angststörung eine komorbide weitere psychische Störung aufweisen. Am häufigsten sind hier die Depressionen wiederzufinden (Brown et al., 2001; Cairney et al., 2008; Wittchen & Hoyer, 2011).

**Somatoforme Störungen (F 45)**

Im Vergleich zur Verteilung in der Allgemeinbevölkerung sind somatoforme Störungen als komorbide Störungen begleitend zu einer Depression bis zu viermal häufiger vorzufinden (Leiknes et al., 2008). Die nachfolgende Tabelle 3 bildet einen Überblick zu den nach ICD-10 klassifizierten somatoformen Störungen inkl. spezifischer Charakteristika ab (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011).

Tab. 3. Somatoforme Störungen und spezifische Kernsymptome nach ICD-10

*Somatisierungsstörung (F 45.0)*

- \* Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen.
- \* Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können.
- \* Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen.
- \* Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langandauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden.

*Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1)*

- \* Wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist.
- \* Der Störungsverlauf entspricht eher einer kurzen Dauer (weniger als zwei Jahre).

*Hypochondrische Störung (F 45.2)*

- \* Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden.
- \* Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen.
- \* Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert.

*Somatoforme autonome Funktionsstörung / Konversionsstörung (F 45.3)*

- \* Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhen sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird (kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorischen oder urogenitalen System).
- \* Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen.
  - a) Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung.
  - b) Subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.

*Anhaltende Schmerzstörung (F 45.4)*

- \* Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann.
- \* Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt.
- \* Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

*Bemerkung.* Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten bei der Schmerzstörung nicht berücksichtigt werden.

Neben der Depression und den Angststörungen gehören somatoforme Störungen zu den am weitesten verbreiteten psychischen Störungen. Hinsichtlich der Häufigkeiten in der Bevölkerung fallen jedoch die Somatisierungsstörung (<0,01-0,84%) und Hypochondrie (<0,01-0,2%) nur wenig ins Gewicht. Die Konversionsstörung (0,3-0,7%) und Schmerzstörung (12,2%) stellen hingegen die größeren Gruppen dar (Meyer et al., 2000; Wittchen & Hoyer, 2011). Allerdings sind diese Störungsbilder primär in medizinischen Behandlungseinrichtungen wiederzufinden. In der psychosomatischen Rehabilitation ist jedoch insbesondere die Somatisierungsstörung (2,8%) sowie die Hypochondrie (4,2%) vorzufinden (Creed & Barsky, 2004; Gureje, 1997; Wittchen & Hoyer, 2011).

## 2.2 Grundzüge der psychosomatischen Rehabilitation

Als großes Ziel verfolgt die medizinische Rehabilitation, die seit der Einführung des SGB IX als dritte Säule des deutschen Sozialsystems zählt, die Aufgabe, die Folgen einer chronischen Erkrankung hinsichtlich körperlicher und auch sozialer Beeinträchtigungen abzumildern, bzw. bestenfalls zu beseitigen, so dass die Selbstbestimmung der Betroffenen und deren soziale und berufliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nachhaltig gefördert wird und sogleich einer Frühberentung aktiv entgegengewirkt wird (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011). Hierbei nehmen psychische und Verhaltensstörungen eine besondere Rolle ein, da diese auf Grund ihres oftmals rezidivierenden und teilweise über Jahre persistierenden Verlaufs mitunter auch in einer chronischen Erkrankung gipfeln können, was wiederum das Risiko eines frühzeitigen Verlusts der Erwerbsfähigkeit erhöht (Jacobi, Bretschneider & Müllender, 2015; Wittchen et al., 2010). Mit weiterhin steigender Tendenz zählen zu den Hauptdiagnosen einer Frühberentung, die nach ICD-10 klassifizierten Störungen der Diagnoseschlüssel F3 - Affektive Störungen / Depression und

F4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (NICE, 2011). Dieser Tendenz wird aktiv versucht entgegenzuwirken, daher zählen Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen zu den häufigsten Störungsbildern, die in der psychosomatischen Rehabilitation zu finden sind (Köllner, 2016; Wittchen et al., 2010). Dabei bildet die psychosomatische Rehabilitation – nach der orthopädischen Rehabilitation – den zweitgrößten Anteil aller Rehabilitationsbehandlungen (Augurzky, Kolodoziej & Stroka, 2015; Petermann & Koch, 2009).

### **Inhaltliche Ausrichtung der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung**

Der zu Grunde liegenden ganzheitlichen Vorstellung, dass psychosomatische Erkrankungen neben körperlichen und psychologischen auch soziale Ursachen haben (Adler & Uexküll, 2008; Ettlín & Kischka, 2019; Franke, 2006; Wittchen & Hoyer, 2011), steht im Fokus der psychosomatischen Rehabilitation neben einer medikamentösen und psychotherapeutischen Intervention die Kombination mit ergänzenden Therapieformen, die sowohl entspannend als auch aktivierend wirken, wie bspw. Entspannungsverfahren, Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie sowie Sozialtherapie – ganz im Sinne eines multimodalen Konzepts (Ettlín & Kischka, 2019; Köllner, 2016). Ergänzend zu den klassischen Methoden der psychotherapeutischen Interventionen – wie bspw. der Kognitiven Umstrukturierung, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Expositionsverfahren usw. – wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl an vielversprechenden neuen psychotherapeutischen Konzepten entwickelt und zunehmend in die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung eingeführt, wie bspw. das kognitiv-verhaltenstherapeutisch-analytische Psychotherapie-System (CBASP – Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) oder auch die Verhaltensaktivierung (Keller et al., 2000; Köllner, 2016; Pleger et al., 2014).

### **Organisatorischer Ablauf der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung**

In der Regel findet diese Vielzahl an Behandlungsmethoden innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation primär im (teil)stationären Rahmen, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, statt (Barth et al., 2013; Ettlín & Kischka, 2019; O'Shea, Spence & Donovan, 2015). Laut Ettlín & Kischka (2019) erstreckt sich die psychosomatische Rehabilitation über sechs Stufen:

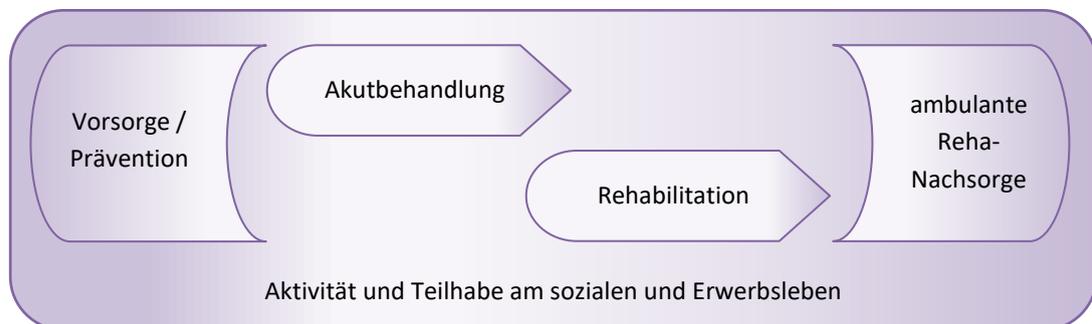
- (1) Erfassung des Problems (Anamnese / Diagnostik)
- (2) Konzeptualisierung des Problems
- (3) Individuelle Planung der Rehabilitationsziele
- (4) Interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen
- (5) Überprüfung des Reha-Erfolges
- (6) Vorbereitung der Klinikentlassung

Empirische Befunde weisen jedoch darauf hin, dass die in der (teil)stationären Rehabilitation erzielten Behandlungsergebnisse nicht von Dauer sind (Vries & Petermann, 2012). Um rezidivierende Störungsverläufe dennoch langfristig zu reduzieren, bereits erzielte Behandlungserfolge zu stabilisieren und zugleich die soziale und auch berufliche Wiedereingliederung zu fördern, wird Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge empfohlen (Ettlin & Kischka, 2019; Harfst, Koch & Schulz, 2002).

### 2.3 Stabilisierung des Behandlungserfolgs durch die ambulante Reha-Nachsorge

Die ambulante Reha-Nachsorge ist ein fester und bedeutender Bestandteil innerhalb der medizinischen Versorgungskette im deutschen Gesundheitssystem, die nach der Prävention bzw. Vorsorge über die Akutbehandlung und (teil)stationäre Rehabilitation den letzten Baustein abbildet (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011). Eine schematische Darstellung der einzelnen Bausteine und deren Rolle hinsichtlich der Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben ist der nachfolgenden Abbildung 1 zu entnehmen.

Abb. 1. Die Rolle der ambulanten Reha-Nachsorge in der medizinischen Versorgungskette



*Bemerkung.* Modifizierte Darstellung nach Augurzky, Reichert & Scheuer (2011, S. 13.) erweitert um die Darstellung des Ausprägungsgrads der Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben (je heller das Farbschema, umso geringer die Ausprägung).

In der ambulanten Reha-Nachsorge ist der Fokus darauf ausgerichtet, die zuvor in einer (teil)stationären psychosomatischen Rehabilitation erzielten Behandlungserfolge im sozialen und beruflichen Leben zu verstetigen und weiter zu stärken (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011; Bengel, 2016; Kobelt et al., 2010; Weber et. al., 2020). Dies geschieht primär im Gruppensetting (8-10 Patienten), wobei die Patienten insbesondere von der Interaktion und sozialen Unterstützung mit bzw. durch andere Gruppenmitglieder profitieren, da Themen wie bspw. der eigene Gesundheitszustand und psychosoziale Problemsituationen und Belastungen gemeinsam besprochen und aktiv (u.a. in Rollenspielen) bearbeitet werden können. Durch den Austausch

untereinander lernen die Patienten von- und miteinander funktionale Coping-Strategien für die Stress- und Konfliktbewältigung kennen, die im Zeitraum zwischen den Sitzungen individuell im Lebensalltag erprobt und nachfolgend gemeinsam resümiert werden (Deck & Glaser-Möller, 2014; Gönner et al., 2006; Harfst et al., 2003; Steffanowski et al., 2007). Die ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Gruppen treffen sich einmal pro Woche (je 90 Minuten) zu einer festen Zeit, was nicht zuletzt den Effekt der Stabilität und Struktur zur Festigung des Alltags mit sich bringt. Neben einem individuellen Aufnahme- und Abschlussgespräch, umfasst das ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-Angebot maximal 25 Gruppensitzungen, die innerhalb eines halben Jahres abgeleistet sein sollten. Bei (akutem) Bedarf sind in besonderen Fällen ergänzend individuelle Einzelgespräche mit dem Gruppenleiter möglich (DRV Bund, 2011).

In der ambulanten Reha-Nachsorge waren bis 2017 primär zwei Konzepte zu finden: die Intensive REhabilitationsNAchsorge (IRENA) und das Curriculum Hannover, die in diversen Modulen Themen wie Ausdauer- und Entspannungstraining, Ernährungsberatung, Motivationsförderung und Umgang mit beruflichen Belastungen (bspw. Probleme am Arbeitsplatz, soziale Ängste, kritische Situationen) kombiniert. Speziell für Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen wurde das Konzept der Psy-RENA auf den Weg gebracht, welches einen noch stärkeren Fokus auf psychosomatische Themen und entsprechenden Interventionen legt, um insbesondere die psychosozialen Kompetenzen der Betroffenen zu stärken, wobei maßgebend kognitive Interventionsansätze zum Einsatz kommen, deren Wirksamkeit in einer Reihe von Studien und Metaanalysen nachgewiesen wurden, die sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting Anwendung finden (Barth et al., 2013; Bengel, 2016; Boes, 2016; Cuijpers et al., 2014; O'Shea et al., 2015). Patienten, die eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge in Anspruch nahmen, erwiesen sich durchschnittlich als motivierter und schätzten ihr eigenes Risiko der Frühberentung als geringer ein – im Vergleich zu Patienten, die nicht an einer ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge teilnahmen (Gönner et al., 2006; Kobelt et al., 2004; Steffanowski et al., 2007). Sowohl im Ein-Jahres- als auch Fünf-Jahres-Katamnesezeitraum konnte bei Patienten der psychosomatischen Reha-Nachsorge eine deutliche Stabilisierung hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit sowie Alltagsbewältigungskompetenzen verzeichnet werden (BAR, 2016). Ein vorzeitiger Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge stellt somit eine erhebliche Gefährdung der erreichten Behandlungsziele dar und sollte nachdrücklich vermieden werden (Lamprecht et al., 2012; Steffanowski et al., 2007). Konkrete Gründe, durch die es zu einem Abbruch der Reha-Nachsorge kommt, wurden bislang allerdings noch unzureichend untersucht (Gönner et al., 2006).

### 3. Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe durch psychische und Verhaltensstörungen

*„Ein ungeübtes Gehirn ist schädlicher für die Gesundheit als ein ungeübter Körper.“*

*(G. B. Shaw)*

Was macht ihn aus, den gesunden Menschen? Eine Frage, die sich bereits viele Mediziner, Heilpraktiker, Therapeuten, usw. gestellt haben. Dabei gilt über die Professionen hinweg der Konsens, dass dabei das Zusammenspiel von Körper und Psyche eine zentrale Rolle spielt und beides in gleichem Maße gepflegt werden sollte (Jahn, 2020; Wittchen & Hoyer, 2011; Vosgerau & Lindner, 2022). Auch die Aktivität und Teilhabe am sozialen und auch Erwerbsleben spielt dabei eine Rolle. Neben klassischen medizinischen Erkrankungen können auch psychische und Verhaltensstörungen – insbesondere jene mit einem überwiegend rezidivierenden Verlauf – zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen im sozialen Leben sowie Erwerbsleben führen (Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015a). Psychische und Verhaltensstörungen sind laut ICD-10 dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer Veränderung im Denken, Fühlen und Wollen einer Person kommt, was sowohl von der betroffenen Person selbst als auch von seinem Umfeld als sozial einschränkend empfunden wird. Bei der Klassifizierung von psychischen und Verhaltensstörungen sind laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Version IV) eine Reihe von Merkmalen zu erfüllen (APA, 2000; Wittchen & Hoyer, 2011), die in der nachfolgenden Tabelle 4 näher ausgeführt sind.

Tab. 4. Modellvorstellung psychischer und Verhaltensstörungen nach DSM-IV

#### *Merkmale zur Klassifizierung von psychischen und Verhaltensstörungen*

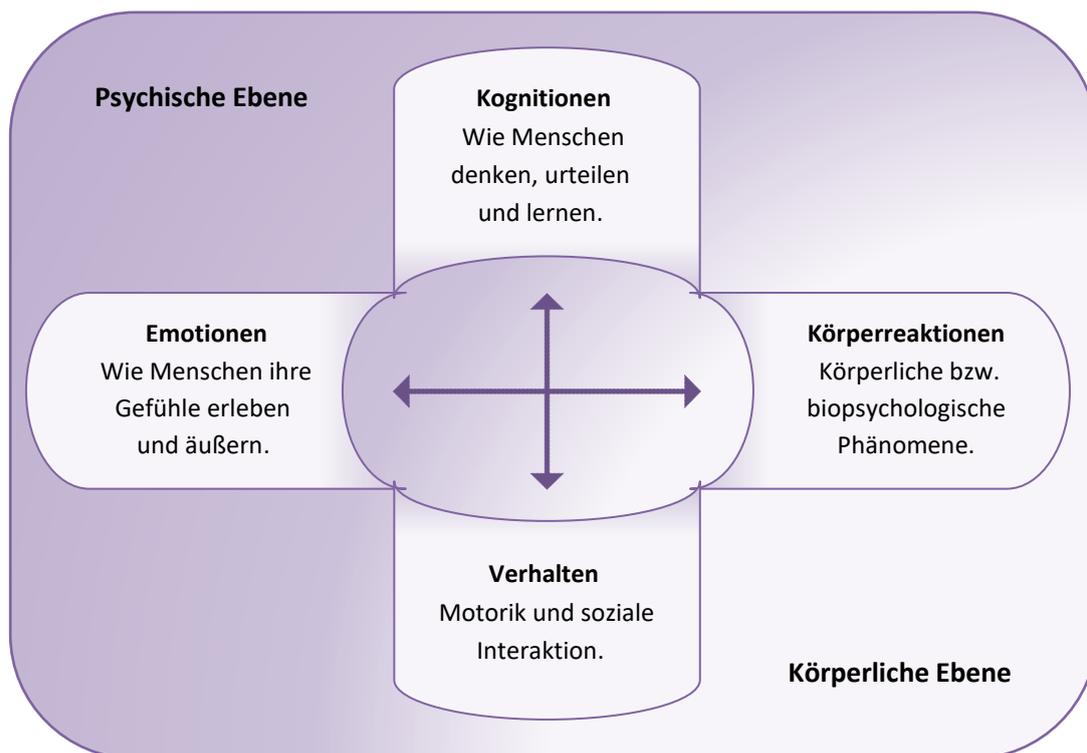
- \* klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster
- \* beobachtbare verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung
- \* momentanes Leiden oder Beeinträchtigung oder ein erhöhtes Risiko zu versterben / Schmerz / Beeinträchtigung / tiefgreifender Verlust an Freiheit
- \* keine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein Ereignis (z.B. normal Trauer)
- \* kein normabweichendes Verhalten (z.B. politischer Art) bzw. Konflikt des Einzelnen mit der Gesellschaft, solange dies kein Symptom einer Funktionsstörung ist

*Bemerkung.* Modellvorstellung bezieht sich auf die Merkmale zur Klassifizierung von psychischen und Verhaltensstörungen nach DSM-IV (APA, 2000; Wittchen & Hoyer, 2011).

### 3.1 Zusammenhang von Kognitionen, Emotionen, Körperempfindungen und Verhalten

Ganzheitlich betrachtet spielen insgesamt vier Schlüsselbereiche eine zentrale Rolle im menschlichen Verhalten, die sich wiederum auf das subjektive Gesundheitsempfinden auswirken (Schwandt, 2021; Wittchen & Hoyer, 2011). Dazu zählen die Kognitionen, Emotionen, körperliche Empfindungen und das Verhalten hinsichtlich der sozialen Interaktion. Alle vier Bereiche interagieren sowohl auf psychischer als auch körperlicher Ebene miteinander und bedingen sich gegenseitig. Das oberste Ziel zur Erreichung einer positiven und funktionalen Gesundheit sollte stets sein, sowohl die Psyche als auch den Körper zu pflegen (Jahn, 2020; Schwandt, 2021; Vosgerau & Lindner, 2022). In der nachfolgenden Abbildung 2 sind die vier Schlüsselbereiche inkl. entsprechender Ebenen visualisiert.

Abb. 2. Interagierende Schlüsselbereiche menschlichen Verhaltens auf psychischer und körperlicher Ebene



*Bemerkung.* Modifizierte Darstellung nach Wittchen & Hoyer (2011) erweitert um die Darstellung der psychischen und körperlichen Ebene. Dysfunktionale Ausprägungen der einzelnen Schlüsselbereiche wirken sich negativ auf die Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben aus.

Bei Betroffenen mit psychischen und Verhaltensstörungen sind diese vier Schlüsselbereiche dysfunktional ausgeprägt, was zu deutlichen Einschränkungen hinsichtlich der Aktivität und Teilhabe in sozialen Beziehungen führt und zugleich einen starken Leidensdruck mit sich bringt. Nach einer Akut-Behandlungsphase finden die Betroffenen i.d.R. den Weg in die psychosomatische Rehabilitation (Anschlussbehandlung), wobei neben Depressionen und Angststörungen auch somatoformen Störungen zu den häufigsten Störungsbildern in der psychosomatischen Rehabilitation zählen (Wittchen et al., 2010). Bei der Behandlung psychischer Störungen umfasst die psychosomatische Rehabilitation den zweitgrößten Anteil aller Rehabilitationsbehandlungen (Augurzky, Kolodoziej & Stroka, 2015; Petermann & Koch, 2009).

### **3.2 Kognitiv-behavioraler Interventionsansatz in der psychosomatischen Rehabilitation**

In der psychosomatischen Rehabilitation – sowohl im (teil)stationären als auch ambulanten Nachsorge-Setting – werden eine Reihe kognitiver Interventionsansätze eingesetzt, die sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting Anwendung finden und deren Wirksamkeit bereits in einigen Studien und Metaanalysen nachgewiesen wurden (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; O’Shea, Spence & Donovan, 2015). Worauf sich kognitive Interventionsmethoden stützen, soll am Beispiel des seit Jahren etablierten kognitiv-behavioralen Interventionsansatzes nach Beck (1999) näher veranschaulicht werden. Im Kern des kognitiv-behavioralen Interventionsansatzes steht dabei der Einbezug von Gedanken, Wahrnehmungen und Bewertungen zum besseren Verständnis und zur anschließenden Modifikation von resultierenden dysfunktionalen Verhaltensweisen (Hofmann, Asmundson & Beck, 2013; Perrez & Baumann, 2011). Hierbei spielen auch die Emotionen eine Rolle, da diese die Gedanken zum einen beeinflussen können, aber zum anderen auch durch die Gedanken beeinflusst werden. Dabei ist es in gleichem Maße wichtig, dass die Fähigkeit zur achtsamen Wahrnehmung und Identifizierung von Emotionen trainiert wird (Spitzer, 2014; Wittchen & Hoyer, 2011).

Um die enorme Bedeutung der Emotionen besser zu verstehen, soll kurz auf die Befunde der Emotionsforschung eingegangen werden, da diese hervorgebracht haben, dass ein großer Einfluss von Emotionen auf das Verhalten und die Gesundheit ausgeht. Insbesondere auf Grund der adaptiven Funktion der Emotionen hinsichtlich der Motivation, Handlungsvorbereitung, Lernprozesse, Kommunikation und eben Kognitionen (Wittchen & Hoyer, 2011). Eine konkrete Erläuterung anhand von Beispielen ist der nachfolgenden Tabelle 5 zu entnehmen.

Tab. 5. Adaptive Funktionen von Emotionen hinsichtlich Motivation, Handlungsvorbereitung, Lernprozesse, Kommunikation und Kognition

#### *Motivation*

- \* Emotionen signalisieren, ob etwas gut oder schlecht, gefährlich oder harmlos ist und mit welchen Verhaltensweisen darauf reagiert werden sollte.
- \* Bsp.: Im Patienten macht sich das Gefühl von aufsteigender Angst vor einer Gruppensitzung breit > Patient meldet Teilnahme vom Termin ab (Vermeidungsverhalten wird gezeigt).

#### *Handlungsvorbereitung*

- \* Mit Emotionen einhergehende physiologische Veränderungen dienen zur Vorbereitung auf adaptives Verhalten (z. B. Flucht oder Kampf).
- \* Bsp.: Die Themen der anderen Patienten in der Gruppe verursachen ein Gefühl des Ärgers im Patienten, was er bspw. durch einen beschleunigten Herzschlag spürt > Patient verliert seine Ambition sich selbst einzubringen und macht sich bereit, die Situation zu verlassen.

#### *Lernprozesse*

- \* Emotionen als wichtige Determinanten von Lernprozessen, da sie mit Konsequenzen des eigenen Verhaltens (Belohnung versus Bestrafung; Erfolg versus Misserfolg) assoziiert werden und die zukünftige Verhaltensselektion beeinflussen.
- \* Bsp.: Patient fühlt sich zunehmend unwohl, da er an der Reihe ist, ein Thema zur Sitzung mitzubringen. Aus Scham erfindet er einen höchst diskreten familiären Notfall als Ausrede, der Mitgefühl bei den anderen weckt und er mit seinem Thema aussetzen darf, was wiederum Erleichterung und Freude bewirkt > in der nächsten Sitzung wendet er dasselbe Prozedere an.

#### *Kommunikation*

- \* Ein emotionales Ausdrucksverhalten, welches der Kommunikation von Verhaltensdispositionen und der Koordination sozialer Beziehungen dient (z. B. der Klärung von Rangstreitigkeiten ohne blutige Auseinandersetzung).
- \* Bsp.: Ein Patient fühlt sich selbst durch den Rehabilitationsfortschritt eines anderen Gruppenmitglieds unterlegen, was bei ihm Unmut, Verärgerung, Scham und Insuffizienzgefühle verursacht > um dies zu überspielen, unterbricht er den anderen Patienten bei seinen Ausführungen in unhöflicher Weise, spielt dessen Rehabilitationsfortschritte runter und bringt sogleich ein eigenes vermeintlich relevanteres Thema ein.

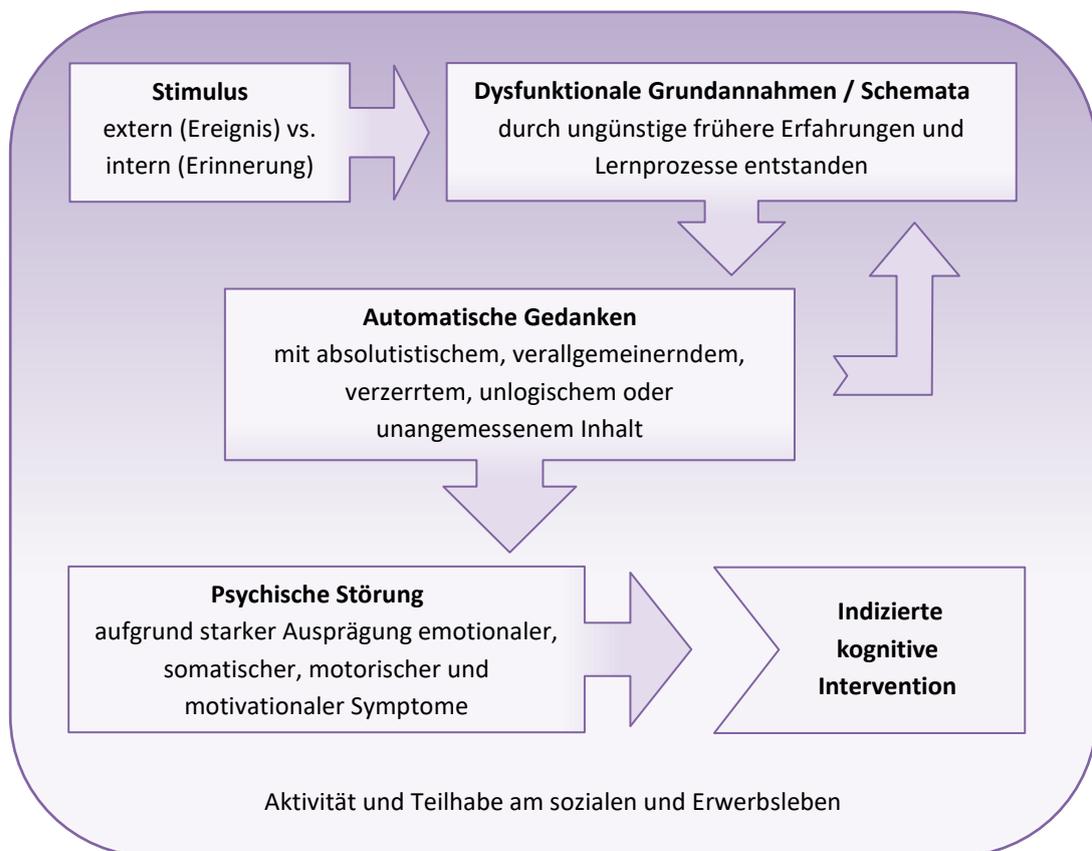
*Kognition*

- \* Emotionen modulieren Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Denkprozesse dahingehend, dass Reize mit hoher Priorität beachtet und verarbeitet werden, die relevant für wichtige Motive und Ziele des einzelnen Patienten sind.
- \* Bsp.: Ein Patient ist desinteressiert am aktuell besprochenen Thema, da es seinem subjektiven Empfinden nach, keinen Mehrwert für seinen eigenen Rehabilitationsfortschritt hat > Patient entzieht der Gruppe seine Aufmerksamkeit und lenkt seine Aufmerksamkeit internal auf andere Gedanken.

*Bemerkung.* Modifizierte Darstellung der adaptiven Funktionen nach Wittchen & Hoyer (2011) erweitert um spezifische dysfunktionale Beispiele im thematischen Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation.

Die Rolle der Emotionen in der kognitiv-behavioralen Therapie nimmt einen relevanten, dennoch nicht primären Stellenwert ein (Spitzer, 2013). Laut den Vorstellungen von Beck (1999), der die kognitiv-behaviorale Perspektive in besonderem Maße prägte, stehen als Basis psychischer und Verhaltensstörungen – wie bspw. der Depression und den häufig komorbid auftretenden Angststörungen und somatoformen Störungen (Brown et al., 2001; Cairney et al., 2008; Leiknes et al., 2008; Wittchen & Hoyer, 2011) – dysfunktionale Grundannahmen (Schemata) und negative kognitive Stile vorn an. Diese dysfunktionalen Schemata können durch einen externen (Ereignis) oder gar internen Stimulus (Erinnerung) ausgelöst werden, durch die wiederum (absolutistische, verallgemeinernde, verzerrte, unlogische oder unangemessene) automatische negative Gedanken freigesetzt werden. Diese automatisch auftauchenden negativen Gedanken geben jedoch i.d.R. ein verzerrtes Abbild der Realität wieder, dennoch stehen sie in Wechselwirkung zu den dysfunktionalen Schemata – was auch als kognitiver Trias bezeichnet wird und eine negative, pessimistische Einstellung des Betroffenen gegenüber sich selbst, seiner Umwelt und seiner Zukunft deklariert – und können diese verstärken und verfestigen. Genau diesen Wechselwirkungsprozess gilt es im Rahmen des kognitiv-behavioralen Interventionsansatzes zu durchbrechen, denn aus diesen, durch ungünstige frühere Erfahrungen und Lernprozesse entstandenen, dysfunktionalen Schemata resultieren letzten Endes emotionale, somatische, motorische und motivationale Symptome, die in einer psychischen Störung münden können (Einsle & Hummel, 2015; Hautzinger, 2000; Perrez & Baumann, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011). In der nachfolgenden Abbildung 3 sind die zentralen Elemente des Modells der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata als Basis der Entstehung psychischer Störungen nach Beck – sowie deren Einfluss auf den Ausprägungsgrad der Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben – zur Visualisierung dargestellt.

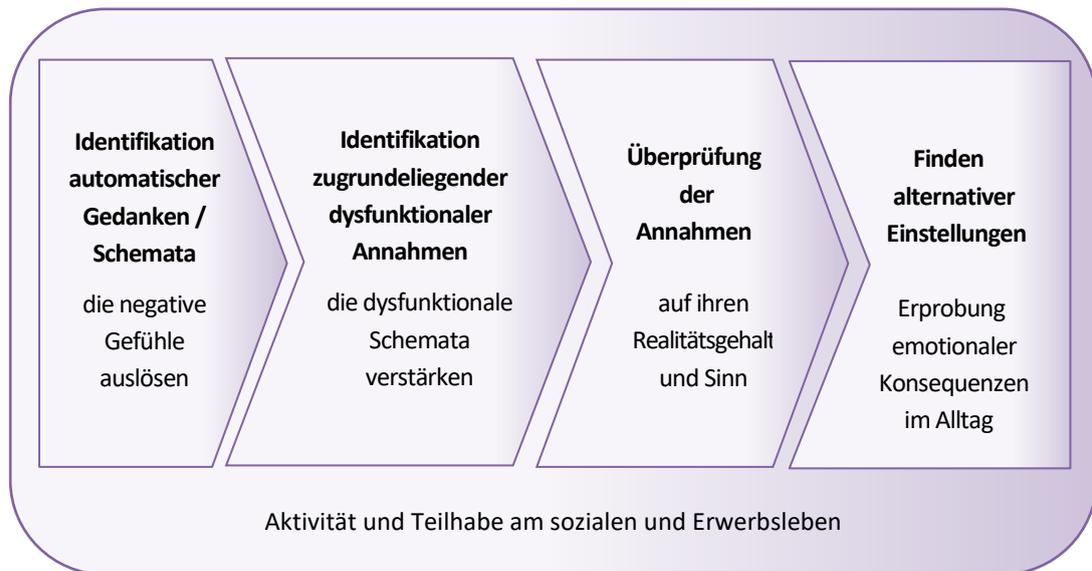
Abb. 3. Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata als Basis der Entstehung psychischer Störungen nach Beck



*Bemerkung.* Modifizierte Darstellung nach Hautzinger (2000, S. 11) erweitert um die Darstellung des Ausprägungsgrads der Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben (je heller das Farbschema, umso geringer die Ausprägung).

Eine klassische indizierte Methode der kognitiven Interventionen bei psychischen Störungen ist die Kognitive Umstrukturierung, deren zentrales Element eine „durch den Therapeuten angeleitete Veränderung der gedanklichen Strukturen eines Patienten“ darstellt (Einsle & Hummel, 2015, S. 16). Somit stehen laut dieser Perspektive die Kognitionen allem vorn an. Über die Identifikation dysfunktionaler Kognitionen – wie bspw. verzerrte Wahrnehmungen, negative Bewertungen, Fehlinterpretationen, ungünstige Grundüberzeugungen – soll eine Veränderung der eingefahrenen dysfunktionalen Schemata herbeigeführt werden, um dem Patienten den Weg zurück zu mehr Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu ermöglichen. Dies soll nachfolgend in der Abbildung 4 am konkreten Beispiel der Kognitiven Therapie nach Beck veranschaulicht werden (Perrez & Baumann, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011).

Abb. 4. Interventionsschritte im Rahmen der Kognitiven Umstrukturierung nach Beck



*Bemerkung.* Modifizierte Darstellung nach Wittchen & Hoyer (2011) erweitert um die Darstellung des Ausprägungsgrads der Aktivität und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben (je heller das Farbschema, umso geringer die Ausprägung).

Im ersten Schritt gilt es, automatische Gedanken und Schemata zu identifizieren, die von negativen Emotionen begleitet werden – „Ich bin ein wertloser Mensch, wenn ich nicht bald gesund werde.“. Im zweiten Schritt wird der Fokus auf dysfunktionale Annahmen gelenkt, durch die wiederum ein dysfunktionales Schemata konstruiert bzw. aufrechterhalten wird – „Nur wenn ich gesund bin, werde ich geliebt.“. Sofern dies gelungen ist, werden die identifizierten dysfunktionalen Annahmen im dritten Schritt auf deren Realitätsgehalt und Sinnhaftigkeit geprüft – „Warum beteuert meine Familie ihre Liebe zu mir, obwohl ich doch schon lange krank bin?“. Im letzten Schritt werden alternative funktionale Einstellungen modelliert, deren emotionale Konsequenzen im Alltag abermals kontinuierlich erprobt werden – „Auch wenn ich mal krank oder schwach bin, gibt es Menschen, die mich lieben, da nicht allein mein Gesundheitszustand mein Wesen ausmacht.“ (Perrez & Baumann, 2011; Stavemann, 2005; Wittchen & Hoyer, 2011).

### 3.3 Kognitive Interventionsstrategien in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

Aufgrund des mitunter schweren rezidivierenden Verlaufs und empirischer Befunde, dass erzielte Behandlungsergebnisse nach Beendigung einer (teil)stationären psychosomatischen Rehabilitation oft nicht von Dauer sind, wird betroffenen Patienten eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge empfohlen, um bereits erzielte Behandlungserfolge zu festigen und in den Alltag zu übertragen, um einen erfolgreichen Wiedereinstieg ins Berufsleben

zu unterstützen (Gönner et al., 2006; O’Shea, Spence & Donovan, 2015).

Innerhalb der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge profitieren die Betroffenen in den Gruppensitzungen v. a. von der Interaktion und sozialen Unterstützung mit bzw. durch die anderen Gruppenmitglieder. Dabei werden bspw. Aspekte wie der eigene Gesundheitszustand und psychosoziale Problemsituationen besprochen und diese mitunter aktiv u.a. in Rollenspielen bearbeitet. Weiterhin erfahren die Betroffenen innerhalb der Gruppe ein Gefühl des „nicht-allein-zu-sein-mit-meinem-Problem“, welches durch den offenen Austausch untereinander entsteht (Janis et al., 2021; Sonnenmoser, 2002; Steffanowski et al., 2007).

Im Rahmen der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge kommen zudem weiterführend kognitive Interventionsansätze zum Einsatz, deren Wirksamkeit in einer Reihe an Studien und Metaanalysen nachgewiesen wurden, die sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting Anwendung finden (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; O’Shea, Spence & Donovan, 2015). Doch stellt sich die Frage, wie die erzielten Behandlungsergebnisse auch weiterhin gefestigt werden können? Eine denkbare Methode wäre der stärkere Einbezug des Prozesses der Selbstreflexion, wie es bereits in anderen Interventions-Settings mittels Ressourcentagebüchern geschieht (Reiter & Wilz, 2016; Wilz, Risch & Töpfer, 2017). Im Prozess der Selbstreflexion sollen Patienten durch das Niederschreiben ihrer individuellen Erfahrungen in ihrer Selbstwahrnehmung gestärkt werden, wodurch sie wiederum Klarheit über die eigenen Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen erlangen sollen und dysfunktionale Verhaltensmuster aufgedeckt und bearbeitet werden können (Offermanns, 2004; Wilz, Risch & Töpfer, 2017). Durch die kontinuierliche Einbindung des Prozesses der Selbstreflexion wird die Wahrnehmung auf positive Veränderungen im Denken, Fühlen und Verhalten gelenkt, wodurch Behandlungserfolge – auch wenn sie noch so klein sein mögen – eine bewusste Aufmerksamkeit bekommen. Durch diese sensibilisierte Wahrnehmung der neuen bzw. wiedererlangten funktionalen Verhaltensweisen können positive Denkmuster konstruiert und alte dysfunktionale Schemata sukzessive korrigiert werden (Reiter & Wilz, 2016; Wilz, Risch & Töpfer, 2017).

Auf Grundlage der einzelnen empirischen Befunde zum Einsatz und der Wirksamkeit kognitiver Interventionsmethoden (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; O’Shea, Spence & Donovan, 2015) sowie Ressourcentagebüchern in der Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (Suhr, Risch & Wilz, 2017) ist zu vermuten, dass mittels der Kombination aus den kognitiven Interventionsmethoden – durch bspw. Kognitiver Umstrukturierung – und dem Prozess der Selbstreflexion – mittels eines Therapietagebuchs – die Festigung erzielter Behandlungsergebnisse und somit auch der Genesungsprozess nachhaltig gestärkt sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung kontinuierlich unterstützt werden könnte.

#### 4. Zielstellung

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht neben der Identifizierung eines Trends, in welche Richtung sich die Erfolgsaussichten nach einer psychosomatischen Rehabilitation bewegen, auch die Betrachtung (dys)funktionaler Faktoren, welche einen Einfluss auf die Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge haben. Zur Beantwortung dieser übergeordneten Fragestellung wurden zwei Teilstudien durchgeführt. Mittels einer abschließend zusammenfassenden Darstellung der zentralen Ergebnisse zu den nachfolgend aufgeführten spezifischen Fragestellungen sollen final empirisch fundierte Aussagen getroffen und Thesen abgeleitet werden.

##### **4.1 Fragestellungen der Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

Da die ambulante Reha-Nachsorge trotz fundiertem Konzept vermeintlich bedenkliche Abbruchraten aufweist, was wiederum die in der (teil)stationären psychosomatischen Rehabilitation bereits erreichten Behandlungsziele gefährdet, liegt das Ziel der ersten Teilstudie dieser Dissertationsschrift darin, die Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zu untersuchen und Optimierungsbedarfe zu eruieren, die das Nachsorge-Nutzungsverhalten positiv beeinflussen könnten. Um eine größtmögliche Expertise einzufangen, wurde auf die Perspektive der Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation gesetzt. Im Speziellen scheinen dabei Gruppenleiter, die selbst aktiv in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge tätig sind, in besonderem Maße geeignet zu sein, um diesem zentralen Forschungsinteresse nachzugehen. Dabei sollen die nachfolgend aufgeführten Fragestellungen beantwortet werden.

- *Wie wird die Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge insgesamt eingeschätzt?*
- *Welche Gründe führen seitens der Patienten zum Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge?*
- *Wo werden konkrete Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge gesehen?*

#### **4.2 Fragestellungen der Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

In der psychosomatischen Rehabilitation wird eine Reihe kognitiver Interventionsstrategien eingesetzt, die den Genesungsprozess unterstützen. Als eine Methode dieser kognitiven Interventionsstrategien ist der Prozess der Selbstreflexion zu nennen, bei der bspw. durch das Niederschreiben individueller Erfahrungen in einem Therapietagebuch die Selbstwahrnehmung gestärkt wird, was wiederum dazu führt, dass dysfunktionale Gedanken und Verhaltensmuster aufgedeckt und bearbeitet werden können. Im Fokus der zweiten Teilstudie dieser Dissertationsschrift steht die Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs, welches unterstützend als ergänzendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eingesetzt wird und sich auf das Konzept der Selbstreflexion stützt, um neben der Stärkung des allgemeinen Genesungsprozesses, perspektivisch auch eine erfolgreiche soziale und berufliche Wiedereingliederung ermöglichen soll. Auch hier wurde zur Beantwortung der nachfolgend aufgeführten Forschungsfragen auf die Expertise der Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation gesetzt - im Speziellen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge tätige Gruppenleiter.

- *Wie wird die Wirksamkeit eines Therapietagebuchs als Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eingeschätzt?*
- *Welche Chancen kann der Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses mit sich bringen?*
- *Welche Risiken bzw. Grenzen sind beim Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses zu erwarten?*
- *Wie kann eine effiziente Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge aussehen?*

## **5. Methode**

### **5.1 Studiendesign**

Bei der methodischen Umsetzung fiel die Wahl auf ein qualitatives Forschungsdesign, welches in Form von teilstandardisierten leitfadengestützten Experteninterviews umgesetzt wurde. Das Experteninterview ist eine Methode, bei der das spezifische Wissen einer vordefinierten Personengruppe (= Experten) erschlossen werden kann, die über einen privilegierten Zugang zu Informationen über bestimmte Themenfelder verfügt und dabei der Fokus auf spezifische Besonderheiten gelenkt werden kann (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2019).

### **5.2 Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

#### **5.2.1 Erhebungsinstrument (Interviewleitfaden)**

Zur Vorbereitung auf die teilstandardisierten Experteninterviews wurde ein Interviewleitfaden konzipiert, der die forschungsrelevanten Themenfelder enthielt, um die individuellen Erfahrungen der Experten schwerpunktmäßig einzufangen (Mayer, 2013; Helfferich, 2019). Dabei wurde von vornherein darauf geachtet, dass der Interviewleitfaden keine starre Struktur hinsichtlich der Fragenabfolge darstellt, sondern vielmehr als Gliederungshilfe fungiert. Somit erfolgt die Abhandlung der einzelnen Interviewfragen nicht zwingend chronologisch. Die Relevanz liegt vielmehr auf dem thematischen Verlauf, den der Gesprächspartner vorgibt. Dabei stellt der Interviewleitfaden eine Art Gerüst dar, welches neben offen formulierten Fragen auch Erzählimpulse enthält, durch die der Interviewpartner Spielraum erhält, um seine exklusiven Gedankengänge frei zu entfalten, um sowohl sein Erfahrungswissen als auch sein implizites Wissen mitzuteilen (Bortz & Döring, 2006; Gläser & Laudel, 2010; Schnell, Hill & Esser, 2008).

Die forschungsrelevanten Themenfelder der Teilstudie I dieser Dissertation umfassten neben Fragen zur Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, auch mögliche Gründe, die (seitens der Patienten) zum Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge führen sowie konkrete Optimierungsbedarfe der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, die aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation wahrgenommen wurden. Am Ende schloss sich die offen gehaltene Abschlussequenz an, wobei die Interviewteilnehmer offen gebliebene Aspekte zum Thema ergänzen konnten, die ihnen relevant erschienen, jedoch bis dato noch nicht angesprochen wurden. Der spezifisch konzipierte Interviewleitfaden zur Teilstudie I ist im Anhang A zu finden.

### 5.2.2 Sample

Der Expertenstatus der Interviewteilnehmer wurde vorab wie folgt definiert, dass es sich um Akteure aus der psychosomatischen Rehabilitation (explizit Gruppenleiter) handeln sollte, die zudem mindestens eine zweijährige Berufserfahrung im ambulanten Reha-Setting vorweisen konnten. Da die Anzahl der Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation in den vergangenen Jahren im mitteldeutschen Raum erheblich angestiegen sind (GBE, 2016), sollten die Gruppenleiter im Raum Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen) aktiv sein. Von insgesamt 28 angefragten Gruppenleitern nahmen final 20 Gruppenleiter teil, die mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im ambulanten Reha-Setting aufweisen konnten. Den übrigen acht Gruppenleitern war eine Teilnahme auf Grund mangelnder Ressourcen nicht möglich, wobei zwei zudem ihr fehlendes Forschungsinteresse äußerten und einer die geforderte Berufserfahrung nicht vorweisen konnte. Eine detaillierte Übersicht zu den demografischen Daten der 20 befragten Gruppenleiter ist der nachfolgenden Tabelle 6 zu entnehmen.

Tab. 6. Demografische Daten der befragten Gruppenleiter (N = 20)

<i>Demografische Merkmale</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Geschlecht</b>	
* weiblich	15 (75)
* männlich	5 (25)
<b>Bundesland (Tätigkeit als Gruppenleiter)</b>	
* Sachsen-Anhalt	3 (15)
* Sachsen	10 (50)
* Thüringen	7 (35)
<b>Berufliche Qualifikation</b>	
* Psychologe	16 (80)
* Psychotherapeut	2 (10)
* Sozialtherapeut	1 (5)
* Chefärztin Rehabilitation	1 (5)
<b>Nachsorge-Konzept</b>	
* IRENA	13 (65)
* Curriculum Hannover	7 (35)

*Bemerkung.* Häufigkeit der demografischen Merkmale in absoluten Zahlen (und Prozent).

### **5.2.3 Durchführung**

Die Erhebung der Teilstudie I – Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation – fand im Zeitraum von März bis August 2017 statt. Vorab wurden 28 Gruppenleiter der ambulanten Reha-Nachsorge rekrutiert, die auf der Häuserliste der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) registriert waren. Dazu wurden die Gruppenleiter auf direktem Weg mittels eines postalischen Anschreibens, welches die Studieninformation sowie Einwilligungserklärung enthielt, über das Forschungsinteresse informiert und anschließend telefonisch kontaktiert. Final erklärten 20 Gruppenleiter ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Die Interviews fanden zu gemeinsam vereinbarten Terminen vor Ort in den jeweiligen Räumlichkeiten der Gruppenleiter statt und wurden auf Audiodatei (MP3-Format) mittels Diktiergerät mitgeschnitten. Zu Beginn der jeweiligen Interviewsession wurden dem Interviewteilnehmer die Hintergründe und Zielstellung des Forschungsvorhabens (wiederholt) erläutert und auf die pseudonymisierte Aufbereitung der Audiomitschnitte hingewiesen. Nach der Beantwortung letzter Fragen seitens des Interviewteilnehmers erfolgte die Übergabe der unterschriebenen Einwilligungserklärung. Nach einer kurzen Erläuterung des Interviewleitfadens, der als strukturierende Unterstützung dienen sollte, wurde die Aufnahme des Interviews mittels Diktiergerät gestartet. Während des Interviews wurden die Antworten bzw. Themen stichwortartig protokolliert, um ggfs. (bei weitschweifenden Aussagen) zu einem späteren Zeitpunkt mit gezielten Fragen erneut auf spezifische (bis dato nur kurz angeschnittene) Themen zurückzukommen und tiefer in die Thematik hineinzugehen. Am Ende des Interviews wurde der Interviewleitfaden noch einmal dahingehend geprüft, dass alle Fragen gestellt und seitens des Interviewteilnehmers beantwortet wurden. Die durchschnittliche Interviewdauer belief sich auf ca. 40 Minuten. Alle Experteninterviews wurden im Nachgang transkribiert, wobei die jeweiligen Audiomitschnitte die Basis bildeten. Die Transkription der Interviews erfolgte nach den Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems von Dresing & Pehl (2020) in modifizierter Form, die dem Anhang D zu entnehmen sind.

### **5.2.4 Auswertung**

Für die Auswertung wurden die methodischen Grundlagen der Qualitativen Inhaltsanalyse herangezogen. Ein Verfahren zur systematischen und zusammenfassenden Beschreibung von Datenmaterial, dem eine Zuordnung von relevanten Bedeutungsaspekten zu vorab formulierten Kategorien zu Grunde liegt. Die Relevanz der entsprechenden Bedeutungsaspekte und Kategorien wird dabei durch die Forschungsfrage beeinflusst (Bortz & Döring, 2006). Unter der Vielzahl der qualitativen Inhaltsanalytischen Auswertungsmethoden fiel die Wahl auf die Qualitative

Inhaltsanalyse nach Mayring, da diese sich – durch ihren primären Fokus auf die Reduktion des Ausgangsmaterials – besonders gut für große Datenmengen eignet (Mayring, 2016). Dabei wurde im ersten Schritt ein Categoriesystem erstellt, wobei basierend auf den 15 Fragen der sechs Themenfelder im Interviewleitfaden, 29 spezifische (Sub-)Kategorien (samt Definition) generiert wurden. Im nächsten Schritt erfolgte eine vollständige Kategorie geleitete Materialsichtung, wobei relevante Textsegmente der einzelnen Interviews den entsprechenden Kategorien zugeordnet wurden. Während des Analyseprozesses wurde explizit die zentrale Voraussetzung „Offenheit dem Material gegenüber“ beachtet, indessen Folge das Categoriesystem durch weitere relevante Kategorien komplettiert bzw. erweitert wird, die sich aus den entsprechenden Textsegmenten ergeben, sofern diese zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage zweckdienlich sind. Abschließend wurden die relevanten Textbestandteile – mit Blick auf die zu Grunde liegenden Fragestellungen – zielführend zusammengefasst und interpretiert.

### **5.3 Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

#### **5.3.1 Therapietagebuch (Interventionstool)**

Für ein einheitliches Verständnis wie ein Therapietagebuch strukturell und inhaltlich aufgebaut wäre, welches als ergänzendes Interventionstool speziell in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zum Einsatz kommen könnte, wurde ein „Prototyp“ gewählt, der als grunddefinitorische Ausgangslage fungieren sollte. Dazu fiel die Wahl auf ein Therapietagebuch, welches im Rahmen des Forschungsprojektes *„IANuS - Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge-Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen“*\* an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg konzipiert wurde.

Das gewählte Therapietagebuch besteht aus insgesamt 60 Seiten (im A5-Format), ausgerichtet für entsprechend 26 Behandlungswochen (jede Sitzung wird dabei jeweils auf einer Doppelseite erfasst). In jeder Woche stehen dieselben Fragen zur Beantwortung durch die Patienten bereit, wobei es sich sowohl um geschlossene als auch offene Antwortformate handelt. Dabei wird neben der Unterstützung durch die Gruppe auch das allgemeine Befinden der Patienten erfragt.

\* *Eine quantitative Längsschnittstudie, die über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg (2017-2019) diverse Parameter zur Wirksamkeit und dem Nutzungsverhalten von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge erfasste (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011301).*

Zudem haben die Patienten die Möglichkeit anzugeben, ob und welche persönlichen Probleme diese in der Gruppe ansprechen konnten und ob ihnen die Gruppe bei der Lösungsfindung eine Unterstützung war. Um das neu Erlernte aus der vergangenen Sitzung zu benennen und ggfs. zu umschreiben, obliegt es jedem einzelnen Patienten, in einem Freitext anzugeben, wie das Erlernte im Alltag umgesetzt werden konnten. Ein Auszug des Therapietagebuchs ist im Anhang B einzusehen.

### **5.3.2 Erhebungsinstrument (Interviewleitfaden)**

Zur Vorbereitung auf die teilstandardisierten Experteninterviews wurde auch hier ein Interviewleitfaden konzipiert, der die forschungsrelevanten Themenfelder enthielt, um die individuellen Erfahrungen der Experten schwerpunktmäßig einzufangen (Mayer, 2013; Helfferich, 2019). Dabei wurde wiederholt präzise von vornherein darauf geachtet, dass der Interviewleitfaden keine starre Struktur hinsichtlich der Fragenabfolge darstellt, sondern vielmehr als Gliederungshilfe fungiert. Somit erfolgt die Abhandlung der einzelnen Interviewfragen abermals nicht zwingend chronologisch. Die Relevanz liegt anhaltend auf dem thematischen Verlauf, den der Gesprächspartner vorgibt, wie bereits ausführlich in Abschnitt 5.2.1 dargestellt (Bortz & Döring, 2006; Gläser & Laudel, 2010; Schnell, Hill & Esser, 2008).

Die forschungsrelevanten Themenfelder der Teilstudie II dieser Dissertation umfassten neben Fragen zur subjektiv geschätzten Wirksamkeit eines Therapietagebuchs, welches als ergänzendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge Einsatz findet, auch Fragen zu Chancen und mögl. Problemen bzw. Grenzen, die den Genesungsprozess unterstützt durch das Therapietagebuch bedingen können sowie Möglichkeiten zur effizienten Implementierung eines Therapietagebuchs im ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Setting aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation. Am Ende schließt sich auch hier die offen gehaltene Abschlussequenz an, wobei der Interviewteilnehmer offen gebliebene Aspekte zum Thema ergänzen kann, die ihm relevant erscheinen, jedoch bis dato noch nicht angesprochen wurden. Der spezifisch konzipierte Interviewleitfaden zur Teilstudie II ist im Anhang C zu finden.

### **5.3.3 Sample**

Dem Sample wurde erneut die Definition des Expertenstatus – wie bereits in der Teilstudie I – zu Grunde gelegt, so dass auch hier Akteure aus der psychosomatischen Rehabilitation (explizit Gruppenleiter), die mindestens eine zweijährige Berufserfahrung im ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Setting vorweisen konnten, als Interviewteilnehmer in die

Untersuchung eingeschlossen werden sollten. Dazu wurden alle 20 Gruppenleiter der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge in Mitteldeutschland (Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt), die bereits an der Teilstudie I teilgenommen hatten, angefragt. Final war es jedoch nur sieben Gruppenleitern möglich, eine Teilnahme an der Teilstudie II zu sichern. Von den verbleibenden 13 Gruppenleitern, waren drei mittlerweile aus ihrem Arbeitsverhältnis ausgeschieden (bzw. in ein anderes nicht mitteldeutsches Bundesland gewechselt) und zwei vorübergehend nicht als Gruppenleiter aktiv (bedingt durch Schwangerschaft und Langzeitkrankenstand). Den übrigen acht Gruppenleitern war eine Teilnahme auf Grund mangelnder Ressourcen nicht möglich, wobei einer zudem sein fehlendes Forschungsinteresse äußerte. Eine detaillierte Übersicht zu den demografischen Daten der sieben befragten Gruppenleiter ist der nachfolgenden Tabelle 7 zu entnehmen.

Tab. 7. Demografische Daten der befragten Gruppenleiter (N = 7)

<i>Demografische Merkmale</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Geschlecht</b>	
* weiblich	5 (72)
* männlich	2 (28)
<b>Bundesland (Tätigkeit als Gruppenleiter)</b>	
* Sachsen-Anhalt	1 (14)
* Sachsen	2 (28)
* Thüringen	4 (56)
<b>Berufliche Qualifikation</b>	
* Psychologe	4 (56)
* Psychotherapeut	1 (14)
* Sozialtherapeut	1 (14)
* Chefärztin Rehabilitation	1 (14)

*Bemerkung.* Häufigkeit der demografischen Merkmale in absoluten Zahlen (und Prozent).

#### 5.3.4 Durchführung

Die Erhebung der Teilstudie II – Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation – fand im Zeitraum von Mai bis August 2018 statt. Vorab wurden 20 Gruppenleiter

der ambulanten Reha-Nachsorge rekrutiert, die auf der Häuserliste der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) registriert waren und bereits zuvor an der Teilstudie I teilgenommen hatten. Dazu wurden die Gruppenleiter auf direktem Weg mittels eines postalischen Anschreibens, welches die Studieninformation sowie Einwilligungserklärung enthielt, über das Forschungsinteresse informiert und anschließend telefonisch kontaktiert. Final erklärten sieben Gruppenleiter ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Die Interviews fanden – wie auch bereits zuvor – zu gemeinsam vereinbarten Terminen vor Ort in den jeweiligen Räumlichkeiten der Gruppenleiter statt und wurden auf Audiodatei (MP3-Format) mittels Diktiergerät mitgeschnitten. Zu Beginn der jeweiligen Interviewsession wurden dem Interviewteilnehmer die Hintergründe und Zielstellung des Forschungsvorhabens (wiederholt) erläutert und auf die pseudonymisierte Aufbereitung der Audiomitschnitte hingewiesen. Nach der Beantwortung letzter Fragen seitens des Interviewteilnehmers erfolgte die Übergabe der unterschriebenen Einwilligungserklärung. Nach einer kurzen Erläuterung des Interviewleitfadens, der als strukturierende Unterstützung dienen sollte, wurde die Aufnahme des Interviews mittels Diktiergerät gestartet. Während des Interviews wurden die Antworten bzw. Themen stichwortartig protokolliert, um ggfs. (bei weitschweifenden Aussagen) zu einem späteren Zeitpunkt mit gezielten Fragen erneut auf spezifische (bis dato nur kurz angeschnittene) Themen zurückzukommen und tiefer in die Thematik hineinzugehen. Am Ende des Interviews wurde der Interviewleitfaden noch einmal dahin gehend geprüft, dass alle Fragen gestellt und seitens des Interviewteilnehmers beantwortet wurden. Die durchschnittliche Interviewdauer belief sich auf ca. 35 Minuten. Alle Experteninterviews wurden im Nachgang transkribiert, wobei die jeweiligen Audiomitschnitte die Basis bildeten. Die Transkription der Interviews erfolgte auch hier standardgemäß nach den Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems von Dresing & Pehl (2020) in modifizierter Form, die dem Anhang D zu entnehmen sind.

### **5.3.5 Auswertung**

Für die Auswertung wurden analog zur Teilstudie I (siehe Abschnitt 5.2.4) die methodischen Grundlagen der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Dabei wurde im ersten Schritt ein Categoriesystem erstellt, wobei basierend auf den sieben Fragen der fünf Themenfelder im Interviewleitfaden, 16 spezifische (Sub-)Kategorien (samt Definition) generiert wurden. Im nächsten Schritt erfolgte eine vollständige Kategorie geleitete Materialsichtung, wobei relevante Textsegmente der einzelnen Interviews den entsprechenden Kategorien zugeordnet wurden. Während des Analyseprozesses wurde explizit die zentrale Voraussetzung „Offenheit dem Material gegenüber“ beachtet, indessen Folge das Categoriesystem durch weitere relevante Kategorien komplettiert bzw. erweitert wird, die sich aus den entsprechenden

Textsegmenten ergeben, sofern diese zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage zweckdienlich sind. Abschließend wurden die relevanten Textbestandteile – mit Blick auf die zu Grunde liegenden Fragestellungen – zielführend zusammengefasst und interpretiert.

#### **5.4 Informed consent und Datenschutz**

Da es sich bei beiden Teilstudien um Interviewstudien handelte, wobei eine Befragung durchgeführt wurde, bei der weder ein besonderes Risiko noch eine besondere Belastung für die teilnehmenden Experten bestand, war ein Ethikvotum nicht erforderlich. Die Einhaltung ethischer Grundprinzipien wurde dennoch strikt beachtet. So wurde strengstens darauf geachtet, dass vorab eine umfangreiche Aufklärung der Interviewteilnehmer erfolgte und sowohl die Privatsphäre als auch die Vertraulichkeit persönlicher Informationen der Teilnehmer zu jeder Zeit gewahrt wurde. Im Zuge dessen wurde allen Teilnehmern bereits im Rekrutierungsprozess eine informierte Einwilligung (informed consent) ausgehändigt, die neben der Zielstellung und Umsetzung der Studie auch datenschutzrechtliche Aspekte enthielt. Die informierte Einwilligung wurde vor dem jeweiligen Interview noch einmal vom Interviewleiter vorgestellt und kommentiert. Dabei wurde den Teilnehmern die Möglichkeit eingeräumt, Verständnisfragen zu klären. Nach der ergänzenden verbalen Aufklärung durch den Interviewleiter wurde die Einwilligungserklärung von den Teilnehmern unterzeichnet und dem Interviewleiter übergeben. Ein Duplikat der informierenden Einwilligungserklärung verblieb bei den Teilnehmern.

Die Verarbeitung aller persönlichen sowie untersuchungsspezifischen Daten – die Weitergabe, Speicherung und Auswertung studienbezogener Daten betreffend – erfolgte nach den gesetzlichen Bestimmungen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung vom 25. Mai 2018 (DSGVO, Art. 6 Abs. 1). Zudem wurde gewährleistet, dass personenbezogene Daten zu keiner Zeit an Dritte weitergegeben wurden. Die Teilnehmer hatten zu jederzeit das Recht, ihre Einwilligung zur Teilnahme zu widerrufen, wobei persönlichen Angaben umgehend gelöscht worden wären (DSGVO, Art. 20 Abs. 1), was im Falle beider Teilstudien nicht notwendig war. Im Interview erhobene Informationen wurden ausschließlich in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken im Sinne der wissenschaftlichen Auswertung unter Wahrung der Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten (DSGVO, Art. 5) verwendet, so dass kein Rückschluss auf eine konkrete Person möglich ist (DSGVO, Art. 9 Abs. 1). Die pseudonymisierten Studiendaten, werden passwortgeschützt bis 5 Jahre nach dem Studienende gespeichert und anschließend vernichtet.

## 6. Ergebnisse

### 6.1 Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation

Die zentrale Fragestellung der Teilstudie I untersuchte die Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation. Allgemein herrschte der Konsens, dass die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge ein sinnvolles Programm zur nachhaltigen Stabilisierung der Patienten sei. Diese Ansicht war den Aussagen aller 20 befragten Gruppenleiter zu entnehmen.

*„Also es ist auf jeden Fall ein gutes Konzept für die Patienten, die da ein niedrighwelliges Angebot haben, um ihre Problematik zu bearbeiten oder da weiterzumachen, wo sie ihre Reha begonnen haben.“* (Zitat Gruppenleiter 1)

Im nachfolgenden werden die Ergebnisse der drei untergeordneten Forschungsfragen zu Qualität, Abbruchgründen und Optimierungsbedarfe der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge dargestellt. Dazu wurden die zentralen Aussagen paraphrasiert und um ausgewählte Originalzitate, die den Kern in besonderem Maße treffen, ergänzt.

#### 6.1.1 Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

Laut Einschätzung der Gruppenleiter, deren Expertise aus ihrer langjährigen Tätigkeit in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge stammt, ist die subjektiv eingeschätzte Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge als grundsätzlich gut einzustufen, da es sich um ein niederschwelliges Angebot handelt, dessen inhaltliche und organisatorische Umsetzung insgesamt einen großen Nutzen für die Patienten mit sich bringt.

*„Also wenn man da so eine Kosten-Nutzen-Relation macht, finde ich, ist der Nutzen sehr groß. Also ich bin absolut begeistert von diesem Konzept insgesamt.“* (Zitat Gruppenleiter 17)

Alle befragten Gruppenleiter sehen die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge als ein wichtiges Instrument zur Stabilisierung des in der (teil)stationären Heilbehandlung erreichten Rehabilitationsergebnisses an, um dieses nachhaltig im Alltag und insbesondere im Berufsleben zu verankern. Dies sei im speziellen dadurch gekennzeichnet, dass durch die Strukturierung und Begleitung im Alltag eine langfristige Festigung und Nachhaltigkeit der erlernten Bewältigungsstrategien erreicht werden kann.

*„Generell finde ich das Konzept wahnsinnig gut, weil das den Patienten ermöglicht, nach einer guten Reha-Behandlung langfristig im Alltag, im Rahmen einer Gruppe ihre Erfahrungen zu wiederholen, zu festigen und zu vertiefen und das ist gerade deswegen so notwendig, weil ich glaube, dass nach der Klinik ja dann dieser geschützte Rahmen, diese Käseglocke wieder weg ist, dann erstmal die eigentlichen Probleme wieder auftreten.“* (Zitat Gruppenleiter 18)

Hinzu komme, dass die Bewältigung alltäglicher Probleme mit Gleichgesinnten erfolgt und die Betroffenen dadurch Rückhalt und emotionale Stärkung durch die Gruppe erfahren. Etwas, dass Angehörige bzw. das persönliche Umfeld nicht in gleichem Maße leisten können und die Betroffenen dort eher auf Ablehnung und unzureichende Unterstützung aufgrund mangelnden Verständnisses stoßen.

*„[Für] den Patienten vor allem wirklich eine Möglichkeit ist, ihre Problematik mit gleichermaßen Betroffenen unter fachlicher Leitung zu besprechen, und sie die Möglichkeit haben, Rückhalt zu bekommen, die Ziele weiter zu verfolgen, zu sehen, dass es Anderen auch schwerfällt, dass Rückschläge aufgefangen und bearbeitet werden können. [...] Eine Atmosphäre entsteht, wo dieser offene Austausch möglich ist und natürlich kurze inhaltliche Impulse [zu geben].“* (Zitat Gruppenleiter 1)

Laut Aussage der Gruppenleiter nehmen einige der Betroffenen zusätzlich zur ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eine Psychotherapie in Anspruch. Die Gruppenleiter sehen diese Kombination als geeignet an, um im Rahmen der Psychotherapie eine individuelle Schwerpunktsetzung persönlicher Probleme bzw. Anliegen zu bearbeiten. Da dies so im Rahmen der Nachsorgegruppen nicht geleistet werden kann, befürworten die Befragten diese Kombination sehr.

*„Also ich muss sagen, aus meiner persönlichen Erfahrung, läuft das sehr gut. Also es gibt viele Themen, die dann eben Patienten unter Umständen in der Einzeltherapie nochmals aufgreifen und besprechen, aber eben auch umgedreht. Also ich finde es richtig gut.“* (Zitat Gruppenleiter 6)

*„Also ich empfehle das sogar, weil ich das ganz sinnvoll finde, weil Gruppe und Einzel eben wirklich unterschiedliche Qualitäten hat und in der Gruppe manchmal Themen angesprochen werden, die Patienten berichten das auch, das natürlich nacharbeitet. Dass dann manchmal so eigene Anteile wahrgenommen werden und das bei einem Selber noch nacharbeitet. Und das kann man dann gut in der Einzeltherapie nachbesprechen und einfach vertiefen und umgedreht auch, dass eben Dinge aus der*

*Einzeltherapie dann mit in die Gruppe gebracht werden und da ein Austausch stattfindet – „Wie seht denn ihr das? Was habt ihr für Erfahrungen?“ Deswegen finde ich beides in der Kombination eine sehr schöne Geschichte.“ (Zitat Gruppenleiter 8)*

Die zeitliche Organisation der Gruppensitzungen (25 Sitzungen zu je 90 Minuten) empfinden die befragten Gruppenleiter insgesamt als durchaus ausreichend, halten allerdings eine Option auf ca. zwei zusätzliche individuelle Einzelgespräche bei Bedarf (Akutgespräche in Krisensituationen) als sinnvoll. Diese sollten jedoch als Zusatzleistung entsprechend vergütet werden. Zusätzlich dient der begrenzte zeitliche Rahmen dazu Prioritäten zu setzen und zu lernen, bei relevanten und dringenden Angelegenheiten das Wort zu ergreifen.

*„Von der Aufmerksamkeitsspanne [und] von der Anstrengung her, denke ich, sind 90 Minuten ausreichend, ja. Aber es kommen nicht immer alle zu Wort, zumindest wenn man Blitzlichtrunde macht und tatsächlich mehrere [Patienten] gerade eine Belastung haben.“ (Zitat Gruppenleiter 19)*

*„Also manchmal wäre vielleicht schön, wenn man mehr Raum für ein Akutgespräch zwischendurch hätte. [...] Wenn manchmal so Krisensituationen sind, dann wäre es schön, einfach zwischendurch mal einen Puffer zu haben für manche Patienten. Das wäre gut.“ (Zitat Gruppenleiter 11)*

### **6.1.2 Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge**

Die geschätzte durchschnittliche Abbruchrate der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge liegt laut den Aussagen der Gruppenleiter bei ca. 15%, was etwa ein bis zwei Patienten pro Reha-Nachsorge-Gruppe entspricht und – beruhend auf den Erfahrungen der Gruppenleiter – ein kontinuierlicher Trend sei.

Laut Einschätzung der Gruppenleiter spielen vorrangig strukturelle Gründe eine Rolle, worin die Gruppenleiter zugleich die größte Schwachstelle sehen. So fehle es v. a. an flächendeckenden regionalen ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angeboten und einem adäquaten Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante Reha-Nachsorge-Setting. Des Weiteren gebe es bspw. Patienten, die sehr lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen, was parallel zu den alltäglichen Anforderungen wie Psychotherapie, Schichtarbeit, Kinderbetreuung nur schwer zu organisieren und bewältigen sei. Aber auch Unklarheiten seitens der Patienten hinsichtlich der Zugangswege vom (teil)stationären Setting in die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge spielen eine wichtige Rolle.

*„Ich fand auch schade, dass sie das Nachsorge-Angebot nicht in Anspruch nehmen konnte, nur weil sie aus einer anderen Stadt kommt und sich das nicht finanzieren kann. Also da hätte ich mir vielleicht mehr Unterstützung gewünscht, weil es auch nicht so viele Nachsorge-Angebote gibt.“* (Zitat Gruppenleiter 9)

*„Dann gab es auch immer welche, die eben parallel dazu noch eine ambulante Therapie gemacht haben, wo sie sagten, es wird mir einfach zu intensiv, ich kriege den Kopf nicht mehr frei, es wird mir zu viel. Bei anderen haben familiäre Dinge eine Rolle gespielt, wo sie gesagt haben, ich kann mir die Zeit nicht mehr frei nehmen, weil die Kinderbetreuung weggefallen ist oder meine Eltern jetzt pflegebedürftiger als vorher sind.“* (Zitat Gruppenleiter 2)

*„Die Gruppen, die ich habe, laufen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, sodass es eine Gruppe gibt, die schon um drei startet, was natürlich heißt, dass es für Arbeitstätige ein bisschen schwieriger ist, beziehungsweise für Schichtarbeitende relativ schwer ist.“* (Zitat Gruppenleiter 13)

*„Andererseits ist es auch manchmal so, dass die Kliniken scheinbar vorher mit den Patienten auch nicht immer genau darüber sprechen, was kommt da. Manchmal gibt es da Zuweisungen von Patienten, die haben einen riesigen Anfahrtsweg. Und alles, was über eine Stunde Anfahrt ist, ist einfach schwierig, also umsetzbar real oder wenn es keine öffentliche Anbindung gibt, die Patienten kein Auto haben und solche Dinge werden vorher nicht abgeklärt.“* (Zitat Gruppenleiter 3)

Weitere Abbruchgründe seien nach Ansicht der Gruppenleiter aber auch zum Teil auf persönliche Gründe – wie bspw. suboptimale Gruppendynamiken oder emotionale Belastungen durch die Themen anderer Gruppenteilnehmer und eine damit verbundene Überforderung der Patienten – zurückzuführen.

*„Manche sind auch so vom Gruppengeschehen überfordert und können sich in die Gruppe nicht einfinden.“* (Zitat Gruppenleiter 4)

*„Gibt auch Begründungen mit die Gruppe gibt mir nichts und ich kann mit den Themen der anderen nichts anfangen oder es fällt mir zu schwer, mich selbst einzubringen, ich bin einfach nicht für Gruppentherapie dauerhaft geeignet.“* (Zitat Gruppenleiter 3)

*„Ein Abbruchgrund ist die mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, wenn Patienten merken, ich kann mich von den Themen anderer nicht abgrenzen, ich nehme alles mit nach Hause. Mir geht es nach der Nachsorge schlechter als vorher.“* (Zitat Gruppenleiter 7)

Die von den Gruppenleitern vielfältig genannten strukturellen und auch persönlichen Abbruchgründe seitens der Patienten in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sind zur Visualisierung in der nachfolgenden Tabelle 8 aufbereitet.

Tab. 8. Von den Gruppenleitern (N = 20) genannte Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge (seitens der Patienten)

<i>Gründe für den Abbruch der ambulanten Reha-Nachsorge</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Strukturelle Abbruchgründe</b>	
* ungünstige Infrastruktur, lange Anfahrtswege, hohe Kosten	13 (65)
* berufliche Veränderungen	10 (50)
* ungünstige oder unregelmäßige Arbeitszeiten (Schichtarbeit)	10 (50)
* parallel ambulante Psychotherapie	5 (25)
* Nachsorge als Überbrückung zum Psychotherapieplatz	3 (15)
* Umzug	3 (15)
* Kinderbetreuung	3 (15)
* pflegebedürftige Eltern	2 (10)
<b>Persönliche Abbruchgründe</b>	
* emotional erlebte Belastungen durch die Themen der anderen Gruppenteilnehmer / Überforderung durch mangelnde Abgrenzungsfähigkeit	9 (45)
* mangelnde Identifikation mit den Themen der anderen Gruppenteilnehmern / Passivität	8 (40)
* subjektives Gefühl der Genesung	7 (35)
* mangelnde Motivation, fehlendes Therapieziel (Teilnahme finanzieller Leistungen wegen, z.B. Bezug von Krankengeld)	4 (20)
* Vermeidungsverhalten (Abwehr sich mit den eigenen Themen auseinandersetzen zu müssen)	4 (20)
* Rückfall / Rückkehr in Akutklinik / stationäre Behandlung	4 (20)
* falsche Vorstellungen / unrealistische Erwartungen	2 (10)
* ungünstige Gruppendynamik / Gruppenzusammensetzung (bzgl. Alter, Geschlecht, Störungsbild)	1 (5)

*Bemerkung.* Häufigkeit der von den Gruppenleitern genannten Abbruchgründe in absoluten Zahlen (und Prozent), die thematischen Kategorien zugeordnet wurden. Die geschätzte (subjektiv wahrgenommene) durchschnittliche Abbruchrate der Patienten in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge liege laut den Aussagen der Gruppenleiter bei ca. 15%.

### 6.1.3 Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

Aus den bereits angemerkten suboptimalen Faktoren, welche die Gruppenleiter zum Teil als Abbruchgründe deklariert haben, ergeben sich eine Reihe an Optimierungsbedarfen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, die zum einen auf struktureller und zum anderen auf inhaltlicher Ebene des ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Konzepts zu sehen sind.

Auf struktureller Ebene ist der größte Optimierungsbedarf insbesondere im Fehlen von flächendeckenden regionalen ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angeboten – gerade auch mit Blick auf die Wartezeiten von teilweise bis zu vier Wochen in manchen Regionen – sowie einem bislang mangelhaften Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante Reha-Setting anzumerken. So gebe es bspw. Patienten, die sehr lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen, um parallel die alltäglichen Anforderungen wie bspw. Psychotherapie, Schichtarbeit, Kinderbetreuung zu organisieren und zu bewältigen. Aber auch Unklarheiten seitens der Patienten bei den Zugangswegen vom (teil)stationären Setting in die ambulante Reha-Nachsorge spielen – wie bereits erwähnt – eine wichtige Rolle.

*„Die Abdeckung von Einrichtungen, die das anbieten können / dürfen, die ist ja, sagen wir mal, nicht ganz optimal. Also ich habe vor allem aus dem Reha-Kontext hier immer Patienten, die einfach in der Region gar nichts haben. Finde ich wahnsinnig schwierig, dass die Abdeckung da relativ schlecht ist.“* (Zitat Gruppenleiter 13)

*„[...] manchmal gibt es da Zuweisungen von Patienten, die haben einen riesigen Anfahrtsweg und alles, was über eine Stunde Anfahrt ist, ist einfach schwierig, also umsetzbar real oder wenn es keine öffentliche Anbindung gibt, die Patienten kein Auto haben und solche Dinge werden vorher nicht abgeklärt.“* (Zitat Gruppenleiter 3)

*„[...] zeitweise auch relativ lang, die Warteliste. [...] ich habe den Platz einfach nicht. Und von daher eine stückweite Ausweitung [der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge] wäre ganz gut.“* (Zitat Gruppenleiter 4)

*„Also ich habe ganz viele enttäuschte und verzweifelte Menschen an der Leitung, weil ich sie nicht in die Gruppe nehmen kann. Also sie bekommen in der Klinik [...] vermittelt, da können sie auf alle Fälle in die Gruppe gehen und dann hören sie, nein. Hier gibt es eine Warteliste und nicht ausreichend Plätze. Und das gibt so viel Enttäuschung und das müsste nicht sein. [...] Dass das [ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-Angebot] mehr in die Fläche geht, das wäre schon eine gute Sache.“*

(Zitat Gruppenleiter 12)

*„Es scheint auch gar nicht so bekannt zu sein bei den behandelnden Ärzten / Kliniken, wo [eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge] durchgeführt wird. Das ist verbesserungsbedürftig.“* (Zitat Gruppenleiter 1)

Nicht selten käme es zudem vor, dass Patienten die ambulante Reha-Nachsorge mit unrealistischen Erwartungen aufsuchen, die aus unzureichenden Informationen resultieren. Daher wurde die Forderung seitens der Gruppenleiter laut, dass Patienten bereits im (teil)stationären Setting gründlicher über das Konzept, die Struktur und das Ziel der Nachsorge aufgeklärt werden sollten.

*„Also Punkt eins, der wirklich häufig nicht so ganz optimal ist, ist tatsächlich die Aufklärung seitens der zuweisenden Kliniken. Da wird scheinbar häufig, aus Zeitgründen vermutlich, über die grundsätzliche Möglichkeit informiert und dann wird das Formular ausgefüllt, unterschrieben und losgeschickt, aber was genau auf denjenigen zukommt ist [unklar]. [...] Es gibt einige, die sind sehr gut informiert. Ich habe aber auch immer wieder Patienten, die dann sehr überrascht sind, dass wir hier keine zusätzlichen Entspannungsgruppen, kein zusätzliches Aquajogging und so weiter anbieten. Diejenigen gehen scheinbar davon aus, dass im Prinzip das komplette Reha-Programm hier weitergeführt wird, aber eben ambulant.“* (Zitat Gruppenleiter 13)

*„[Eine bessere Aufklärung] würde ich mir sehr wünschen, weil ich habe immer wieder Patienten, die bei mir anlanden, die also davon ausgehen, dass es eine Gruppenpsychotherapie ist.“* (Zitat Gruppenleiter 6)

Eine weitere kritische Anmerkung, die sich insbesondere auf die organisatorische Struktur bezieht, konzentriert sich auf bislang uneinheitliche Anmelde- und Abrechnungsformulare der Rentenversicherungsträger. Hier würden sich die befragten Gruppenleiter eine stärkere Orientierung an den Strukturen der Deutschen Rentenversicherung Bund wünschen, da diese weniger bürokratisch seien und zusätzlich den Patienten Fahrtkosten erstattet werden, was wiederum die Teilnahmemotivation der Patienten (mit Blick auf teilweise sehr lange Anfahrtswege und dabei entstehende zusätzliche Kosten) entgegenkommen würde.

*„Ich finde, dass bei den Anmeldungen von den Kliniken, die bei mir landen, was ja auch gleichzeitig die Bewilligungen sind, da müsste eindeutig drinstehen, versichert beim Bund, Mitteldeutschland, Knappschaft-Bahn-See. Die [Kliniken] nutzen alle eigentlich fast ausschließlich die Formulare vom Bund und ich kann dann aber nicht erkennen, als Nachsorgeeinrichtung, sind die jetzt vom Bund oder nicht.“* (Zitat Gruppenleiter 18)

*„Was schön wäre, wenn die Formulare einheitlich wären, weil da hat ja jede Rentenkasse ihre eigenen.“* (Zitat Gruppenleiter 20)

*„Rentenversicherung Bund macht ja grundsätzlich 12 Monate mit den 27 Terminen, das heißt, momentan ja die 25 Gruppen und 2 Einzeltermine. Mitteldeutschland macht das ein bisschen anders, da sind es manchmal pauschal 26 Termine oder auch nur 24, also das variiert scheinbar und es gibt oft den Zeitraum von nur 6 Monaten. Der ist oft zu knapp bemessen, dass man das mit Warteliste und allem überhaupt schaffen kann, [...] weil bei den sechs Monatigen muss ich dann auch oft eine Verlängerung nochmal beantragen, das ist wieder ein Arbeitsschritt mehr, macht wieder mehr Zeitaufwand und mehr Bürotätigkeit, das ist da so eine Schwierigkeit.“* (Zitat Gruppenleiter 3)

*„Wie gesagt, das mit den Fahrtkosten, das wäre halt für viele schön, wenn das [alle Rentenversicherungsträger] finanzieren. Manche haben da ja wirklich nicht viel Einkommen oder wirklich nur vom ALG I oder II. Das ist, glaube ich, was schön wäre, wenn sich das wieder ändern würde.“* (Zitat Gruppenleiter 15)

Ein weiterer Optimierungswunsch seitens der Gruppenleiter auf struktureller Ebene wäre ein zentraler Ansprechpartner bei den Rentenversicherungsträgern, bei dem umfangreiche Fragen Beantwortung finden und aktuelle Informationen, wie bspw. zu Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System, Aktualisierungen der Häuserlisten, Abrechnungssysteme und Ablehnungsgründe, an die Akteure im Reha-Bereich weitergeleitet würden.

*„Dann ist manchmal die Kommunikation untereinander auch schwierig [mit den Versicherungsträgern]. Ich hatte jetzt zwei Fälle, wo es um eine Verlängerung ging und wo ich hingeschrieben habe und in dem einen Fall ist die Verlängerung pauschal abgelehnt worden, ohne auf die Gründe zu achten. [...] Und dann fehlt manchmal auch so ein Ansprechpartner. [...] eigentlich fände ich so vielleicht ein zwei Mal im Jahr so Informationsveranstaltungen ganz gut. Wie läuft es ab oder auch wie ist so gerade der Stand von der Rentenversicherung aus? [...] oder ein direkter Verteiler, dass wir die Information auch haben. [...] mehr Transparenz, wer ist für was zuständig.“*

(Zitat Gruppenleiter 4)

*„Ich will die Telefonnummer [eines konkreten Ansprechpartners] auf dem Formular haben, das ist für mich das Wichtigste.“* (Zitat Gruppenleiter 13)

Ein weiterer Bedarf zur Optimierung bezieht sich auf die Anzahl der Sitzungen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, die bei Bedarf um zwei zusätzliche Akutgespräche (bspw. in Krisensituationen) erweitert werden könnten.

*„Also manchmal wäre vielleicht schön, wenn man also mehr Raum für ein Akutgespräch zwischendurch hätte. [...] Wenn manchmal so Krisensituationen sind, dann wäre es schön, einfach zwischendurch mal einen Puffer zu haben für manche Patienten. Das wäre gut.“*

*(Zitat Gruppenleiter 11)*

Ein weiterer kritischer Punkt bezieht sich neben der strukturellen auf die inhaltliche Ebene. So wünschen sich die befragten Gruppenleiter in Verbindung mit einem stärkeren und v. a. flächendeckenderen Ausbau der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angebote auch eine engere Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Professionen bzw. Akteuren aus dem Reha-Bereich (bspw. Ärzte, Therapeuten, Case Manager usw.), die am Genesungsprozess der Patienten beteiligt sind, um diesen noch effektiver zu gestalten. Dies könnte insbesondere in Form eines interdisziplinären Austauschs der Behandler im Versorgungssystem zur Rehabilitationsverlaufsplanung (z.B. Neurologen, Psychiater, Bezugstherapeuten, Gruppenleiter, usw.) geschehen. Im Fokus des Austauschs der Gruppenleiter in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sollten bspw. individuelle Interventionsansätze, Umgang mit Schwierigkeiten / Problemsituationen und adäquate Lösungsstrategien stehen. Umgesetzt könnte dies z.B. durch regelmäßige gemeinsam stattfindende Informationsveranstaltungen (max. 2x pro Jahr) werden, an denen zudem auch Informationen seitens der Rentenversicherungsträger zu Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System an alle beteiligten Akteure weitergegeben werden.

*„[...] wenn es mehr Austausch geben würde mit den anderen Gruppenleitern. [...] Dass man da wirklich mal miteinander spricht über Schwierigkeiten, Probleme. Das fände ich ganz gut.“*

*(Zitat Gruppenleiter 4)*

*„Was leider oft nicht so der Fall ist, dass man da so im Austausch ist oder so die Möglichkeit hat, sich da zu ergänzen, sondern wo man schon so ein bisschen selber guckt, was ist da jetzt dran. Das wäre sicherlich schöner, wenn man da mehr mit den anderen Behandlern oder auch den Neurologen oder Psychiatern im Austausch wäre.“*

*(Zitat Gruppenleiter 3)*

*„[Ein Austausch mit anderen Professionen] passiert ja jetzt künftig mit Psy-RENA. Da gibt es jetzt auch den Qualitätszirkel, da kann man Fragen einstellen und so weiter.“*

*(Zitat Gruppenleiter 12)*

Dabei sollte es neben dem Austausch zu aktuellen Konzepten und Neuerungen auch einen stärkeren Austausch zu den Patienten geben. Speziell zu deren indizierten Weiterbehandlungsmöglichkeiten und ggfs. individuellen Besonderheiten, wie bspw. Gruppenfähigkeit und Motivation.

*„Schön wäre es auch, wenn vorher im Vorgespräch [durch die Klinik] geschaut würde, was ist für den Patienten wirklich indiziert. Wenn man sagt, der ist gerade nicht gruppenfähig oder da ist eher ein Einzel[setting angebracht].“ (Zitat Gruppenleiter 3)*

Die von den Gruppenleitern vielfältig genannten Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge auf struktureller und auch inhaltlicher Ebene sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle 9 kompakt abgebildet.

Tab. 9. Von den Gruppenleitern (N = 20) genannte Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge auf struktureller und inhaltlicher Ebene

<i>Optimierungsbedarf</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Strukturelle Ebene</b>	
* flächendeckender Ausbau der ambulanten Reha-Nachsorge-Angebote (u.a. zur Reduzierung der Wartelisten, langer Anfahrtswege und damit verbundener Kosten)	20 (100)
* Rentenversicherungsträger übergreifende Fahrtkostenerstattung	20 (100)
* umfangreichere Aufklärung der Patienten im (teil)stationären Setting, was in der ambulanten Reha-Nachsorge geschieht	17 (85)
* mehr Transparenz der Zuständigkeiten im Rentenversicherungssystem	10 (50)
* zentrale(r) Ansprechpartner als zentrale Schnittstelle zur Informationseinholung (bspw. Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System)	10 (50)
* Option auf ca. zwei zusätzliche individuelle Einzelgespräche im Rahmen des Behandlungszeitraums bei Bedarf (abrechenbare Akutgespräche in Krisensituationen)	10 (50)
* weniger Bürokratie durch einheitliche Formulare und persönlichen Austausch mit den Rentenversicherungsträgern	8 (40)
* von der DRV gesteuerte regelmäßige und direkte Informationsweitergabe zu Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System an die registrierten Gruppenleiter (z.B. über E-Mail-Verteiler oder Newsletter)	6 (30)
* gemeinsames Versenden der Kostenzusagen und Entlassungsberichte (zur kompakten und übersichtlicheren Anmeldung der Nachsorgebehandlung )	3 (15)

<i>Optimierungsbedarf</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Inhaltliche Ebene</b>	
* interdisziplinärer Austausch mit Behandlern im Versorgungssystem zur Therapieverlaufsplanung (z.B. Neurologen, Psychiater, Bezugstherapeuten, Gruppenleiter)	6 (30)
* Möglichkeit zum Austausch der Gruppenleiter über bspw. individuelle Interventionsansätze, Schwierigkeiten, Probleme, Lösungsstrategien	5 (25)
* regelmäßige gemeinsame Informationsveranstaltungen (max. zweimal pro Jahr) seitens der Rentenversicherungsträger zu Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System	5 (25)
* Prüfung der Patienten auf Gruppenfähigkeit und Motivation im (teil)stationären Setting zur adäquaten Weiterleitung ins ambulante Reha-Nachsorge-System	5 (25)

*Bemerkung.* Häufigkeit der von den Gruppenleitern genannten Optimierungsbedarfe in absoluten Zahlen (und Prozent), die thematischen Kategorien zugeordnet wurden.

## **6.2 Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

Die zentrale Fragestellung der Teilstudie II untersuchte die Wirksamkeit eines in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eingesetzten Therapietagebuchs aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation. Alle sieben befragten Gruppenleiter hatten bereits Erfahrung in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge mit dem Einsatz von Therapietagebüchern zur Festigung der Rehabilitationserfolge. Im nachfolgenden werden die Ergebnisse der vier untergeordneten Forschungsfragen zu subjektiv geschätzter Wirksamkeit, Chancen und Risiken bzw. Grenzen sowie Implementierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses dargestellt. Dazu wurden die zentralen Aussagen paraphrasiert und um ausgewählte Originalzitate, die den Kern in besonderem Maße treffen, ergänzt.

### **6.2.1 Einschätzung der Wirksamkeit eines in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eingesetzten Therapietagebuchs**

Insgesamt wurde das Therapietagebuch als unterstützendes Interventionstool zur kognitiven Interventionsmethode, wie bspw. der „Kognitiven Umstrukturierung“ (Zitat Gruppenleiter 2) von den Gruppenleitern als eine sehr gute und den Rehabilitationsprozess „unterstützende Sache“

(Zitate Gruppenleiter 2) gewertet, das die Patienten „zur Reflexion anregt“ (Zitat Gruppenleiter 7) und für den Verlauf des Genesungsprozesses in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge förderlich sein kann.

*„Selbstreflexion. Das ist das A und O. Sich mit sich und mit den eigenen Themen auseinandersetzen. (...) Und damit letztlich immer wieder eine Verstärkung, klar. Und wenn man sie in die Gruppe miteinbinden kann, dann eben auch für Fortschritte, quasi, loben und verstärken kann.“* (Zitat Gruppenleiter 4)

*„Ja, ich denke auch, dass es gewinnbringend sein kann für die Teilnehmer, Fortschritte besser zu sehen und vor allem auch demnach zu reflektieren, nochmal darüber nachzudenken, was war denn eigentlich in der Gruppe.“* (Zitat Gruppenleiter 1)

*„Weil es, glaube ich, im Sinne der Reflexion für den Betroffenen viel bringt, glaube ich und das haben auch die Letzten auch signalisiert, dass so nochmal Lernen zu reflektieren, sinnvoll war.“* (Zitat Gruppenleiter 5)

Den Aufbau und Umfang des exemplarischen Therapietagebuches hinsichtlich der Sinnhaftigkeit, und auch der Gestaltung werteten die Gruppenleiter als durchweg positiv und betonten die „gute Handhabbarkeit“ (Zitat Gruppenleiter 1) durch das kurze und übersichtliche A5-Format, was durchaus „bei den Patienten auch eine akzeptierte Variante“ (Zitat Gruppenleiter 6) sei. Die Fragen seien ebenso gut gewählt, auch der Wechsel zwischen geschlossenen und offenen Antwortformaten. Doch würden sich die Gruppenleiter noch mehr offene Antwortformate wünschen, da diese den angestrebten Prozess der Selbstreflexion noch stärker unterstützen würden.

*„Das Format ist so günstig. Wenn es größer ist, dann wird es auch wieder schwieriger, das immer mitzunehmen oder parat zu haben.“* (Zitat Gruppenleiter 1)

*„Wenn ich jetzt an meine Patientin denke, denke ich, dass sie was damit anfangen kann und das auch gewissenhaft ausfüllt.“* (Zitat Gruppenleiter 7)

*„Also es sollte mehr Freitext dabei sein, um so in dieses reflektive Schreiben reinzukommen in dem Prozess?“* (Zitat Gruppenleiter 3)

Eine grundsätzliche Empfehlung zur Optimierung des Therapietagebuchs wurde von einigen Gruppenleitern erwähnt, die sich eine zusätzliche Seite zu Beginn für die Definition individueller Rehabilitationsziele und je eine zusätzliche Seite für eine Art Zwischenbilanz erreichter Rehabilitationsziele zur Mitte und auch zum Ende hin wünschen würden. Dadurch könne der Reflexionsprozess – in dem erreichte (zuvor aufgestellte) Rehabilitationsziele abgeglichen werden

könnten – verstärkt und eine Zielgerichtetheit in den Handlungsweisen gefördert und dadurch die generelle Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge gestärkt werden.

*„Es wäre eine gute Variante, wenn man auch zu Beginn vielleicht aufschreiben kann, „Was sind meine Ziele?“ „Was möchte ich erreichen?“ Wenn ich das habe, kann ich im Zwischenfazit gucken „Wie stehe ich gerade in Bezug auf meine Ziele?“ „Habe ich da was erreicht, habe ich Erfolge gefeiert, habe ich Ideen, Schlussfolgerungen?“ [...] das könnte man machen, das wäre sicherlich eine gute Option.“ (Zitat Gruppenleiter 4)*

*“[...]], dass es vielleicht hilfreich sein könnte, in der Begleitung des ambulanten Reha-Settings, wenn man hier im Therapietagebuch starten würde mit „Was sind denn im Grunde meine Ziele?“ – dass die noch aufgelistet werden. Und man in der Mitte des Buches quasi, wie so eine Art Zwischenbilanz hat: „Was habe ich bis jetzt erreicht?“ Und am Ende auch noch eine Abschlusseinschätzung.“ (Zitat Gruppenleiter 3)*

*„Eine Extraseite [zur Bilanzierung] ist nicht schlecht. [...] Wäre eine gute Ergänzung, ja.“ (Zitat Gruppenleiter 1)*

*„Dann macht das klar Sinn, in der Halbzeit so ein Stück zu gucken „Was ist noch offen?“ „Was habe ich schon geschafft?“ Also dass die [Patienten] einfach auch selber einen Erfolg sehen.“ (Zitat Gruppenleiter 5)*

*„[Ein Zwischenfazit] wäre nochmal so eine Zielgerichtetheit.“ (Zitat Gruppenleiter 7)*

Das Therapietagebuch könnte zudem die Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge insgesamt erhöhen, da es ein wirksames Interventionstool darstellt, mit Hilfe dessen der Patient auch bei Unsicherheiten im Alltag Unterstützung erfahren könnte, indem er bei Bedarf noch einmal nachlesen könnte, welche Fortschritte seit Beginn der Nachsorge gemacht und welche erfolgreichen Bewältigungsstrategien „Schwarz auf Weiß“ (Zitat Gruppenleiter 1) niedergeschrieben wurden, die zu einem späteren Zeitpunkt nachgelesen und in einer (möglicherweise ähnlichen) Situation erneut angewendet werden könnten – und sogar noch Monate später als eine Art Rückfallprophylaxe dienen könnten.

*„Wenn sie da so ein Zwischenfazit machen, finde ich das in Ordnung. Dann muss das drinstehen „Was habe ich schon bisher an Problemen umgesetzt oder angesprochen?“ „Welche Veränderungen und wie habe ich sie angegangen?““ (Zitat Gruppenleiter 2)*

*„[Der Mehrwert ist], dass quasi der Transfer [durch das Therapietagebuch] auch besser herauskommt, dass das, was ich hier mitbekomme und von den anderen Gruppenmitgliedern vielleicht auch als Anregung bekomme – „Wie ich mein Problem*

*bewältigen könnte“ – auch perspektivisch umgesetzt wird.“ (Zitat Gruppenleiter 3)*

*„Dieses offene Schreiben, glaube ich, [...] im Sinne einer Rückfallprophylaxe wäre was Sinnvolles.“ (Zitat Gruppenleiter 5)*

### **6.2.2 Chancen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses**

Von den Gruppenleitern wurden vielfältige Chancen benannt, die im Genesungsprozess durch den Einsatz eines Therapietagebuchs eine stärkende Rolle spielen könnten. Ganz vornan steht der angeregte Reflexionsprozess, der ferner durch die Visualisierung der Behandlungsziele, den positiven Verlauf des Rehabilitationsprozesses festigen kann.

*„Ja, ich denke auch, dass es gewinnbringend sein kann für die Teilnehmer, Fortschritte besser zu sehen und vor allem auch demnach zu reflektieren, nochmal darüber nachzudenken „Was war denn eigentlich?“ Und vielleicht auch sich besser vorzubereiten auf die Gruppensitzungen, wenn es darum geht, Probleme anzusprechen.“ (Zitat Gruppenleiter 1)*

*„Da könnte man es natürlich schon nutzen rückblickend, um auch Erfolge zu verdeutlichen oder auch im Abschlussgespräch kann man es aufgreifen. Das wäre schon sinnvoll als Abschluss.“ (Zitat Gruppenleiter 4)*

*„Sich selber auch nochmal zu überprüfen: „Was habe ich reingebracht und mit was gehe ich jetzt wieder aus der Gruppe raus?“ Das, denke ich, macht schon Sinn.“ (Zitat Gruppenleiter 5)*

Sofern die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge im geschlossenen Gruppensetting stattfindet, würde sich auch eine Auswertung der Eintragungen in den Therapietagebüchern in bzw. mit der Gruppe anbieten. Wichtig dabei wäre, dass der Patient ein Feedback von „Außen“ bekäme, um den Selbstreflexionsprozess auch external zu unterstützen. Zusätzlich käme hier der Faktor der sozialen Unterstützung durch die Gruppe zum Tragen, wodurch wiederum die Compliance der Patienten erhöht und zusätzlich durch die regelmäßige Bilanzierung der (Teil)Erfolge, sowohl durch das Feedback der Gruppe als auch durch den Gruppenleiter, nicht nur die positiven Denk- und Verhaltensmuster gefestigt, sondern zudem auch die Abbruchrate der Patienten in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge perspektivisch gesenkt werden könnte.

*„[Da] haben wir da, dieses Modelllernen: „Ist das Problem [eines anderen] interessant oder widerspiegelt es mein eigenes Problem?“ Damit der Patient auch sieht, ich bin*

*nicht allein mit dem Problem, es gibt noch viel mehr Leute. Und das hilft ja auch sozusagen, das ist wie so ein Eisbrecher dann: „Ach, ich stehe ja nicht ganz alleine, dann kann ich es ja auch ruhig mal raushauen.“ Das ist ja auch alles schambesetzt.“*

*(Zitat Gruppenleiter 2)*

*„Und natürlich könnte man das [Therapietagebuch] dann nutzen oder eben gerade bei den Abbrechern, auch mal sagen: „Bringen Sie das Therapietagebuch mal mit!“ Oder diejenigen [fragen], die abbrechen wollen: „Was passiert denn da gerade? Warum wollen Sie denn raus?“ Da könnte man es natürlich schon nutzen oder rückblickend, um auch Erfolge zu verdeutlichen oder auch im Abschlussgespräch aufgreifen.“*

*(Zitat Gruppenleiter 4)*

Die von den Gruppenleitern vielfältig genannten Chancen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle 10 kompakt abgebildet.

Tab. 10. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Chancen für den Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich der Entwicklung des Genesungsprozesses

<i>Einsatz eines Therapietagebuchs und zu erwartende ...</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
Chancen	
* Selbstreflexionsprozess wird angeregt	7 (100)
* Unterstützung des Rehabilitationsprozesses (Festigung) durch Visualisierung der Behandlungsziele/-erfolge	7 (100)
* positive Verstärkung durch Betrachtung der Zwischenziele (Einbindung zur Halbzeit in Gruppensetting)	6 (86)
* es wird eine höhere Verbindlichkeit für die Patienten geschaffen (Stärkung der Compliance)	5 (72)
* begleitende Unterstützung, die Mut macht eigenständig und pro-aktiv Themen in die Gruppe einzubringen	4 (58)
* Transfer in den Alltag wird unterstützt	4 (58)
* dient als Erinnerungsstütze und motivationslenkend, da ein Rückblick zu noch offengebliebenen Themen aus der vergangenen (Gruppen)Sitzung ermöglicht wird	3 (42)
* Visualisierung von (Teil)Zielen zu Beginn der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge	2 (28)
* unterstützende Kontrollfunktion für Gruppenleiter hinsichtlich noch offen gebliebener Themen aus vergangenen (Gruppen)Sitzungen (sofern von Patient gewünscht)	1 (14)

* Kognitive Umstrukturierung ist integriert und hilfreich	1 (14)
* Therapietagebuch als Rückfallprophylaxe, da (funktionale) Copingstrategien abgebildet sind („Notfallkoffer“)	1 (14)

*Bemerkung.* Häufigkeit der von den Gruppenleitern genannten Chancen in absoluten Zahlen (und Prozent), die thematischen Kategorien zugeordnet wurden.

### 6.2.3 Risiken bzw. Grenzen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich des Genesungsprozesses

Seitens der Gruppenleiter wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass der Einsatz des Therapietagebuchs nicht für jeden Patienten(Charakter) geeignet sein könnte. So setzt die Anwendung des Therapietagebuchs vorab ein hohes Maß an Compliance, Motivation und Gewissenhaftigkeit seitens der Patienten voraus und ist eher für mitteilsame und bereits sehr reflektierte Patienten geeignet. Patienten mit einer zwanghaften Struktur, noch dazu begleitet von einem geringen Selbstwert, würden eher wenig davon profitieren. Insbesondere wenn es zu einem verpflichtenden oder gar „verschulten“ Einsatz des Therapietagebuchs (bspw. zu Beginn der Gruppensitzungen in der Einstiegsreflexionsrunde) käme, weil sich dadurch zu viel Druck beim Patienten aufbauen würde, was wiederum Leistungs-, Versagens- und Bewertungsangst sowie Unsicherheit zur Folge haben kann. Auch sehen die Gruppenleiter die zeitliche Ressource kritisch, sofern das Therapietagebuch regulär zur Eröffnung jeder Gruppensitzung eingebunden würde und dadurch deutlich weniger Zeit für die aktuellen bzw. akuten Themen der Patienten bliebe.

*„[Das Therapietage]Buch setzt schon eine hohe Compliance der Teilnehmer voraus. [...] Ich denke, insbesondere, wenn jemand von der Persönlichkeitsstruktur sicher nicht so strukturiert ist, wird es ihm schwerer fallen.“* (Zitat Gruppenleiter 6)

*„Wenn der Gruppenleiter alles kontrolliert, das ist wie Schule. Die Leute sind froh, dass sie nicht mehr in der Schule sind, die wollen eigentlich ein selbstständiges Leben führen, was nicht von anderen bestimmt wird, das ist ja der Punkt.“* (Zitat Gruppenleiter 2)

Auch wurde genannt, dass das Therapietagebuch insbesondere bei Patienten auf Widerstand stoßen könnte, die bereits stark (durch Familie, Beruf, usw.) in den Alltag eingebunden sind und sich generell wenig Zeit für sich selbst nehmen.

*„Manche Patienten haben eh schon so viel um die Ohren: „Ich muss mich auf so viel konzentrieren und ich möchte bitte nicht auch noch was ausfüllen müssen.““*

(Zitat Gruppenleiter 3)

*„Also gerade diejenigen, die berufstätig sind oder eben neben der Berufstätigkeit noch Familie oder was weiß ich noch für Verpflichtungen haben, denen fällt das schwer.“*

*(Zitat Gruppenleiter 4)*

Die von den Gruppenleitern vielfältig genannten Risiken bzw. Grenzen des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle 11 kompakt abgebildet.

Tab. 11. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Risiken bzw. Grenzen für den Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge hinsichtlich der Entwicklung des Genesungsprozesses

<i>Einsatz eines Therapietagebuchs und zu erwartende ...</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Risiken bzw. Grenzen</b>	
* Einsatz des Therapietagebuchs setzt Compliance, Motivation und Gewissenhaftigkeit seitens der Patienten voraus	7 (100)
* Anwendung des Therapietagebuchs ist eher für mitteilsame und bereits „sehr reflektierte Patienten“ geeignet	6 (86)
* bei einem verpflichtenden Einsatz kann zu viel Druck beim Patienten aufgebaut werden, was Leistungs-, Versagens- und Bewertungsangst sowie Unsicherheit zur Folge haben kann	5 (72)
* beim regulären Einsatz zur Eröffnung einer Gruppensitzung kann dies den zeitlichen Rahmen sprengen und es bleibt zu wenig Zeit für die offenen / akuten Themen der Patienten	5 (72)
* Zeitfresser im Alltag, wenn Patient durch seinen Alltag (Familie, Beruf, usw.) bereits sehr eingenommen ist und sich generell schon wenig Zeit für sich selbst nimmt	3 (42)
* insbesondere bei Patienten mit zwanghafter Struktur (begleitet von geringem Selbstwert) sind eher negative Effekte zu erwarten	3 (42)
* für wenig strukturierte Patienten eher hinderlich	2 (28)
* Compliance könnte geschwächt werden, sofern der Fokus zu stark auf dem Einsatz des Therapietagebuchs liegt	2 (28)
* Motivation könnte sinken bei Verpflichtung und verschuldem Charakter der Anwendung des Therapietagebuchs	2 (28)
* Überforderung und Stress durch mangelnde Bereitschaft zur Bearbeitung des Therapietagebuchs nach einer intensiven (Gruppen)Sitzung	2 (28)
* erhöhter Aufwand seitens des Gruppenleiters, um Patienten hinsichtlich der Nutzung des Therapietagebuchs zu motivieren	2 (28)

* Reflexion des Wohlbefindens ist von multifaktoriellen Dingen abhängig und daher für einige Patienten eher schwer anhand der Fragen im Therapietagebuch zu beantworten	2 (28)
* verzerrte Angaben durch soziale Erwünschtheit möglich, da sich Patienten unter Druck fühlen „gute“ Antworten zu geben und nicht der realitätskonforme Gesundheitszustand abgebildet wird	2 (28)

*Bemerkung.* Häufigkeit der von den Gruppenleitern genannten Risiken bzw. Grenzen in absoluten Zahlen (und Prozent), die thematischen Kategorien zugeordnet wurden.

#### 6.2.4 Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

Bezogen auf die Möglichkeiten des Einsatzes des Therapietagebuchs als ergänzendes Interventionstool innerhalb der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, betonten die befragten Gruppenleiter die gute Handhabbarkeit (A5-Format) sowie die Übersichtlichkeit, den Umfang und auch die Kombination von geschlossenen und offenen Antwortformaten als positiv. Zudem erachteten sie eine Freiwilligkeit und ausbleibende Sanktionen bei „Nicht-Nutzung“ als außerordentlich sinnvoll. Somit sollte das Therapietagebuch kein verpflichtender Bestandteil der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sein, da es durchaus Patienten gebe, welche dieser Methode weniger aufgeschlossen gegenüberstehen bzw. einen geringeren Zugang dazu finden und sich durch eine „Verschulung“ (Zitat Gruppenleiter 3) durch das Therapietagebuch überfordert fühlen und somit wiederum die Teilnahmemotivation gefährdet werden könnte. Insbesondere vom Charakter her eher mitteilende und bereits „sehr reflektierte Patienten“ (Zitat Gruppenleiter 7) wurden benannt, die in besonderem Maße von dieser Interventionsmethode profitieren würden. Allerdings läge hier die Verantwortung primär beim Gruppenleiter, der entsprechend selektive und individuell zugeschnittene Interventionsangebote offerieren müsste.

*„Also wenn die [Patienten] jetzt so ein Tagebuch führen würden, dann freiwillig und zur privaten Verfügung.“* (Zitat Gruppenleiter 3)

*„Es ist so eine Anregung, die man kriegt und ich würde es unterstützen, wenn das so eine freiwillige Geschichte ist. Wer das machen möchte, der kann das tun, dem gebe ich das [Therapietagebuch] mit. Aber wer das nicht möchte, der muss das auch nicht. Dann kann es eine gute Sache sein. [...] Ich würde es auf alle Fälle nur förderlich sehen, wenn es ein Angebot ist und keine Verpflichtung.“* (Zitat Gruppenleiter 7)

*„Ich denke auch, dass das einige Patienten ganz gerne auch so führen würden. Ich denke, das hängt sehr vom Typ des Patienten ab, von der Persönlichkeit, von der Motivation, von der Problematik, die ihn zur Reha-Nachsorge geführt haben. Aber es gibt sicherlich eine bestimmte Untergruppe, die das sehr gewissenhaft ausfüllen wird.“*

*(Zitat Gruppenleiter 1)*

Als günstig erachtet sich der Einsatz des Interventionstagebuchs auch als Einstieg in die aktuelle Sitzung, so dass Patienten sich vorab Notizen machen könnten, was sie gern in der anstehenden Sitzung ansprechen würden, was möglicherweise nach der vergangenen Sitzung als Frage bzw. Anliegen offengeblieben sei. Dies setzt allerdings die Motivation der Patienten voraus.

*„Also ich würde erstmal versuchen, es aktiv einzusetzen, dass die Teilnehmer das mitbringen sollen in die Gruppensitzungen und dann auch als Grundlage für das, was sie in der Anfangsrunde sagen, nehmen und dann da arbeiten. Das macht natürlich nur Sinn, wenn die Mehrzahl der Teilnehmer es dann auch tatsächlich tut. Und wenn sich das nicht so umsetzen lässt, würde ich es zumindest anbieten.“* (Zitat Gruppenleiter 1)

Die von den Gruppenleitern vielfältig genannten Implementierungsmöglichkeiten des Einsatzes eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle 12 kompakt abgebildet.

Tab. 12. Von den Gruppenleitern (N = 7) genannte Rahmenbedingungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

<i>Rahmenbedingungen zum Einsatz eines Therapietagebuchs</i>	<i>Häufigkeit in n (%)</i>
<b>Möglichkeiten zur Implementierung</b>	
* Einsatz auf freiwilliger Basis seitens des Patienten	7 (100)
* primär privater Einsatz durch den Patienten	6 (86)
* Einsatz im Einzelgespräch (Zwischen- / Abschlusssitzung) mit Gruppenleiter zur Bilanzierung der Rehabilitationserfolge	5 (72)
* als unterstützende Kontrollfunktion für Gruppenleiter, sofern vom Patienten gewünscht, zur Klärung der Frage „Was ist beim Patienten offen geblieben seit letzter Sitzung?“	3 (42)
* ausführliche Einführung / Anleitung zur Handhabung und dem Mehrwert des Therapietagebuchs im Erst-Kontakt mit Patienten durch den Gruppenleiter	3 (42)
* um den Druck seitens des Patienten zu reduzieren: Betonung, dass Therapietagebuch kein Kontrollinstrument für „richtiges“ oder „falsches“ Denken oder Verhalten ist	3 (42)

* Einbezug des Therapietagebuchs in der Reflexionsrunde zu Beginn der Gruppensitzung, nur wenn dies seitens der Patienten gewünscht wird	3 (42)
* Visualisierung der Rehabilitationszielformulierung im Therapietagebuch zu Beginn der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge	2 (28)
* keine Verschulung: keine Kontrolle der sorgfältigen Führung des Therapietagebuchs durch den Gruppenleiter	2 (28)
* es muss Platz sein für Themen, die der Patient bearbeiten möchte, dabei sind (enge) Vorgaben durch den Gruppenleiter zu vermeiden	1 (14)

*Bemerkung.* Häufigkeit der von den Gruppenleitern genannten Rahmenbedingungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Implementierung in absoluten Zahlen (und Prozent), die thematischen Kategorien zugeordnet wurden.

## 7. Diskussion

### 7.1 Teilstudie I - Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation

Zur Beantwortung der grundlegenden Forschungsfrage der Teilstudie I galt es, neben der generellen subjektiven Einschätzung der Qualität auch Gründe für den Abbruch und damit verbundene Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zu betrachten. Dazu wurde die Expertise von Gruppenleitern der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge in Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen) eingefangen. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst, in den empirischen Forschungsstand eingeordnet und kritisch diskutiert.

#### 7.1.1 Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge

Die subjektiv eingeschätzte Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge wurde von den befragten Gruppenleitern als grundsätzlich gut eingestuft. Insbesondere da es sich um ein niederschwelliges Angebot handelt, dessen inhaltliche und organisatorische Umsetzung insgesamt einen großen Nutzen für die Patienten mit sich bringe. Dabei wurde in gleichem Maße betont, dass die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge als ein wichtiges Instrument zur Stabilisierung des in der (teil)stationären Heilbehandlung erreichten Rehabilitationsergebnisses zu sehen sei, welches die Möglichkeit bietet, diese Reha-Erfolge nachhaltig im sozialen und Berufsleben zu verankern. Da sich psychische Störungen aufgrund ihres persistierenden Verlaufs negativ auf die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben auswirken können und auch das Risiko

eines dauerhaften Verlustes der Erwerbsfähigkeit der Betroffenen erhöhen können (DRV Bund, 2015a), ist es von enormer Wichtigkeit, die in der (teil)stationären Reha erreichten Ziele im Alltag dauerhaft zu festigen. Die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge unterstützt diesen Prozess (Bengel, 2016), da die Betroffenen durch die Strukturierung und Begleitung im Alltag eine langfristige Festigung und Nachhaltigkeit der – zuvor in der (teil)stationären Rehabilitation erlernten – Bewältigungsstrategien erfahren und dadurch auch mit Blick auf deren psychische Gesundheit profitieren (Gönner et al., 2006; Harfst, Koch & Schulz, 2002; Kobelt et al., 2010). Ganz im Sinne des Rehabilitationsprinzips, Förderfaktoren zu (re)aktivieren und zu stärken (BAR, 2016). Denn dadurch würde auch der Wiedereingliederungsprozess ins Berufsleben unterstützt, wodurch die in den vergangenen Jahren gestiegenen Erwerbsminderungsberentungen (DRV, 2014; DRV Bund, 2015a; GBE, 2016) perspektivisch reduziert werden könnten, die in mehr als einem Drittel der Fälle auf psychische Störungen zurückzuführen sind (Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015b). Im Rahmen der im Gruppensetting durchgeführten Reha-Nachsorge werden aktuelle Herausforderungen des Alltags und mögliche Lösungsansätze besprochen und erprobt, wodurch insbesondere auch die Selbstkompetenz gestärkt werden kann, die im Rahmen der sozialen Teilhabe als wertvolle Ressource gilt (Thimmel, Schubert & Viehmeier, 2018) und den Wiedereingliederungsprozess stärken kann. Durch das direkte Feedback in der Gruppe erfährt der Betroffene zusätzlich Rückhalt durch Gleichgesinnte (Steffanowski et al., 2007; Weber et. al, 2020), was eine emotionale Stärkung bewirken kann. Eine Art Schicksalsidentifikation mit anderen Betroffenen (Kobelt et al., 2004). Etwas, das Angehörige bzw. das persönliche Umfeld nur begrenzt leisten können, aber ein wichtiger Faktor für die Rehabilitationsmotivation und den Genesungsprozess darstellt. Wie bedeutsam die soziale Integration und Unterstützung nicht nur in Bezug auf die Zufriedenheit in sozialen Beziehungen, sondern auch auf die Teilnahme an Therapieangeboten in der psychosomatischen Rehabilitation ist, konnte bereits in einer empirischen Untersuchung von Klose, Matteucci-Gothe & Linden (2006) nachgewiesen werden.

Ein weiterer Faktor, der einen maßgeblichen Einfluss auf die Qualität der Reha-Nachsorge hat, ist die zeitliche Rahmenbedingung der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge. Den aktuellen Rahmen von 25 Sitzungen zu je 90 Minuten empfinden die befragten Gruppenleiter insgesamt als durchaus ausreichend, wobei ein bis zwei zusätzliche Bedarfssitzungen (bspw. bei akuten Krisen) als durchaus sinnvoll erscheinen würden. Alles in Allem bietet der aktuelle Rahmen allerdings genügend Spielraum, um die individuellen Themen der Betroffenen zu besprechen, auch wenn nicht jeder Patient immer zu Wort kommt. Denn dies stellt zugleich die Herausforderung an die Betroffenen – im Sinne einer wertvollen persönlichen Entwicklungsaufgabe – den begrenzten zeitlichen Rahmen so zu nutzen, dass thematische

Prioritäten gesetzt und bei relevanten und dringenden Angelegenheiten „das Wort zu ergreifen“ erlernt wird. Somit sollte die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge insgesamt stets als eine Art Begleitung auf Zeit gesehen werden, die den Transfer der Rehabilitationsergebnisse in den Alltag und eine erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben unterstützen kann (Kobelt et al., 2004).

Parallel zur ambulanten Reha-Nachsorge nehmen einige der Betroffenen eine Psychotherapie in Anspruch, in der individuelle Schwerpunktsetzungen persönlicher Probleme bzw. Anliegen ermöglicht werden, was im Rahmen der Nachsorgegruppen nicht geleistet werden kann. Diese Kombination befürworten die befragten Gruppenleiter sehr. Nicht zuletzt gilt ein multidisziplinäres und somit inhaltlich und zeitlich übergreifendes Behandlungskonzept als sinnvoll (Ettlin & Kischka, 2019; Klose, Matteucci-Gothe & Linden, 2006; Köllner, 2016; Mangels et al., 2009; Markus, Euhus & Bethge, 2022), setzt jedoch als Qualitätsmerkmal eine gute Kommunikation über die Systemgrenzen voraus.

### **7.1.2 Gründe für den Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge**

Die von den Gruppenleitern subjektiv geschätzte durchschnittliche Abbruchrate in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge liegt bei ca. 15%. Eine Schätzung, die mit anderen empirischen Befunden konform geht und einen kontinuierlichen Trend vermuten lässt (Cinkaya, Schindler & Hiller, 2011; Swift & Greenberg, 2012). Dabei seien die Abbruchgründe zum einen auf *persönlicher Ebene* zu sehen, wie bspw. einem subjektiven Gefühl der Genesung oder auch suboptimale Gruppendynamiken und mangelnde Identifikation mit den Themen anderer Gruppenteilnehmer, was eine generelle Passivität zur Folge haben kann. Auch emotionale Belastungen durch die Themen anderer Gruppenteilnehmer und eine damit verbundene Überforderung der Patienten, was den eigenen Genesungsprozess wiederum beeinträchtigen kann, wurden genannt. Diese dynamischen Wechselwirkungen sind insgesamt nicht zu unterschätzen (Beck et al., 2012), da diese nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Kontext – insbesondere mit Blick auf einen perspektivisch angestrebten beruflichen Wiedereingliederungsprozess – eine gesundheitsgefährdende Komponente darstellt, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

Zum anderen seien die Abbruchgründe aber vorrangig auf *strukturelle Faktoren* zurückzuführen. So fehle es insbesondere an flächendeckenden regionalen ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angeboten und einem adäquaten Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante Reha-Setting. So müssen Patienten mitunter sehr lange Anfahrtswege in Kauf nehmen und damit verbunden auch zusätzliche Kosten tragen, da zum

Erhebungszeitraum nicht von allen Rentenversicherungsträgern die Fahrtkosten übernommen wurden. Allerdings gab es diesbezüglich bereits eine positive Änderung, da im §53 des SGB IX Mitte des Jahres 2018 der Passus ergänzt wurde, dass gesetzlich Rentenversicherte einen Anspruch auf die Erstattung von Reisekosten haben, sofern diese im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bzw. der Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen und somit die Erstattung von Fahrtkosten durch die Rentenversicherungsträger erweitert wurde (SGB IX, 2021).

Als weitere strukturelle Faktoren, die eine regelmäßige Teilnahme erschweren und zum Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge führen können, wurden bspw. eine parallellaufende Psychotherapie, berufliche Veränderungen, ungünstige Arbeitszeiten (z.B. Schichtarbeit), Kinderbetreuung, usw. benannt. Ein vorzeitiger Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge stellt eine erhebliche Gefährdung der bereits erreichten Behandlungsziele dar (BAR, 2016; Cuijpers et al., 2014; DRV Bund, 2011; Harfst, Koch & Schulz, 2002), daher ist es notwendig Faktoren, die das Nachsorge-Nutzungsverhalten negativ beeinflussen können, ernst zu nehmen und Optimierungsmöglichkeiten abzuleiten. Denn es ist durchaus anzunehmen, dass ein bedeutender Teil der Rehabilitationserfolge im Speziellen der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zugeschrieben werden kann (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011).

### **7.1.3 Optimierungsbedarfe in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge**

Der Optimierungsbedarf in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ist sowohl auf struktureller als auch inhaltlicher Ebene zu betrachten. Wobei die auf *struktureller Ebene* der dringendste Optimierungsbedarf im flächendeckenden Ausbau der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angebote zu sehen ist, um neben der mangelhaften Infrastruktur auch die Wartezeiten (von mitunter vier Wochen) zu reduzieren. Bundesweit befinden sich derzeit etwa 75% der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen in ländlichen Regionen (Augurzky, Reichert & Scheuer, 2011). Hinzu komme außerdem, dass die realen Versorgungsunterschiede, bezogen auf die Dichte der ambulanten Versorgung am Beispiel der Psychotherapie, bei weitem nicht die Häufigkeit der tatsächlich vorhandenen psychischen Störungen und den damit einhergehenden Behandlungsbedarf abbilden (Jacobi et al., 2016; Thom et al., 2015). Eine zeitnahe Anschlussbehandlung, in der die erzielten Behandlungserfolge gefestigt werden, würde den Rehabilitationsverlauf und Genesungsprozess systematisch begünstigen (DRV Bund, 2020; Gao et al., 2021; Gönner et al., 2006; Klose, Matteucci-Gothe & Linden, 2006; Kobelt, Winkler & Petermann, 2011), was auch die Gruppenleiter – basierend auf ihrer Expertise – besonders betonten.

Ein weiterer struktureller Optimierungsbedarf bezieht sich auf die Übernahme von Fahrtkosten seitens der Rentenversicherungsträger, da dies zum Erhebungszeitraum nicht von allen Rentenversicherungsträgern gewährleistet wurde und von den Gruppenleitern als ungerecht empfunden wurde. Diesbezüglich konnte jedoch – seit dem Erhebungszeitraum – bereits eine positive Veränderung verzeichnet werden, da die Fahrtkosten nun Rentenversicherungsträger übergreifend übernommen werden (DRV Bund, 2020; SGB IX, 2021). Wobei allerdings unabhängig von der Fahrtkostenerstattung für besonders morbide oder mobil eingeschränkte Patienten auch eine telefonische (Braunger et al., 2015) oder gar webbasierte psychosomatische Reha-Nachsorge eine sinnvolle Alternative bieten könne. Da hierbei die Möglichkeit geboten wird, Patienten wohnortunabhängig und dennoch mit gleichem Nutzen wie ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-Angebote zu versorgen (Bauer, Moessner & Wolf, 2011; Dahmen et al., 2021; Gao et al., 2021).

Eine umfangreichere Aufklärung der Patienten über die Strukturen und Inhalte der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge – jeglicher Form – wäre dazu wünschenswert. Dies solle bereits im (teil)stationären Setting geschehen (BAR, 2021), so dass die Patienten mit kongruenten Vorstellungen in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ankommen (Weitkamp et al., 2019) und das Risiko eines Motivationsverlustes oder einer Überforderung, die dadurch zum Abbruch der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge führen könne, reduziert werde.

Obwohl der zeitliche Rahmen der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge generell als ausreichend empfunden wird, wurde das Anliegen geäußert, dass eine Option auf zwei weitere individuelle abrechenbare Akutgespräche pro Patient bei Bedarf (bspw. in Krisenfällen) sinnvoll wäre. Dadurch könnte der Transfer klinischer Lernerfahrungen in den alltäglichen Lebenskontext zusätzlich begünstigt und einem Rückfall in dysfunktionale Gewohnheiten entgegengewirkt werden (Gönner et al., 2006), was wiederum den allgemeinen Genesungsprozess stärken würde.

Neben dem Optimierungsbedarf auf struktureller Ebene sollte auch die *inhaltliche Ebene* mit besonderer Beachtung bedacht werden. Um den Genesungsprozess der Patienten insgesamt noch effektiver zu gestalten, solle eine engere Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Professionen bzw. Akteuren aus dem psychosomatischen Reha-Bereich (bspw. Ärzte, Therapeuten, Case Manager usw.) angestrebt werden. Vorteilhaft könnte dadurch eine zielgerichtete und evidente Behandlungsabstimmung und -koordination erfolgen (Klose, Matteucci-Gothe & Linden, 2006; Mangels et al., 2009), was auch die Gruppenleiter in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge sehr begrüßen würden.

Ergänzend dazu wurde der Wunsch nach einem zentralen Ansprechpartner bei den Rentenversicherungsträgern laut, bei dem umfangreiche Fragen zu Themen wie bspw. Neuerungen oder Veränderungen im Reha-System, Aktualisierungen der Häuserlisten, Abrechnungssysteme und Ablehnungsgründe Beantwortung finden und aktuelle Informationen in einer Regelmäßigkeit direkt an die Gruppenleiter weitergeleitet würden, um Transparenz zu fördern und Bürokratie abzubauen. Mit der Einführung der Psy-RENA – Deutschlands erster Nachsorgeplattform, bei der bisherige Nachsorgeangebote zusammengeführt werden (BDP, 2019; Boes 2016; DRV Bund, 2020; Worringen et al., 2018) – könnte diesem Wunsch nach einem engeren Informationsaustausch entgegengekommen werden (Hild-Steimecke, Hofele & Schmalen, 2020). Erste Erfahrungen der Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation liegen bereits vor (Langens, 2020), doch werden perspektivisch empirische Untersuchungen bzgl. der Nützlichkeit hinsichtlich Informationsgehalt und Informationsgewinnung bei der Nachsorge-Vermittlung u. ä. im Rahmen der Psy-RENA benötigt, um deren Effekte, Sinnhaftigkeit und Praktikabilität zu eruieren.

## **7.2 Teilstudie II - Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation**

Um die grundlegende Forschungsfrage der Teilstudie II zu beantworten, galt es neben der generellen subjektiven Einschätzung zur Wirksamkeit auch Chancen und Risiken bzw. Grenzen sowie Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zu betrachten. Dazu wurde die Expertise von Gruppenleitern der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge in Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen) eingefangen. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst, in den empirischen Forschungsstand eingeordnet und kritisch diskutiert.

### **7.2.1 Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge unter Einbezug der Chancen und Risiken bzw. Grenzen hinsichtlich des Genesungsprozesses**

Neben der guten Handhabbarkeit und Übersichtlichkeit wurde das Therapietagebuch als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge von den Gruppenleitern, insbesondere aufgrund seiner den Rehabilitationsprozess stärkenden Wirkung, als praxistauglich angesehen. Durch das Niederschreiben von Gedanken, Emotionen, (dys)funktionalen Verhaltensweisen in Problemsituationen sowie dabei erfahrenen Erfolgen, erfolgt eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Gedanken- und Gefühlswelt des Patienten. Durch diesen angestoßenen Selbstreflexionsprozess wird dem Patienten ermöglicht, ein besseres Verständnis für das eigene Verhalten im Umgang mit sich Selbst und der Umwelt zu erhalten, zu reflektieren und ggfs. neue Handlungsweisen zu generieren (Offermanns, 2004; Suhr, Risch & Wilz, 2017; Toepfer et al, 2016). Auf diese Weise können auch bereits im (teil)stationären Setting erreichte Rehabilitationsziele in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge nachhaltig gestärkt werden und den Wiedereingliederungsprozess sowohl im privaten als auch beruflichen Alltag begünstigen (Gönner et al., 2006; O'Shea, Spence & Donovan, 2015).

Insbesondere dann, wenn der Optimierungsvorschlag der Gruppenleiter zur Gestaltung des Therapietagebuchs aufgenommen wird und zusätzlich (zu Beginn, Halbzeit und zum Ende der Nachsorge) Seiten zum Vermerk von angestrebten bzw. erreichten Rehabilitations(teil)zielen eingefügt würden, die als Bilanzierung des Rehabilitationsprozesses dienen. Gerade gemeinsam mit dem Patienten aufgestellte Ziele machen den Rehabilitationsprozess individueller und schaffen zudem eine Verbindlichkeit, welche wiederum die Compliance stärkt (Buchholz & Kohlmann, 2014; Frank, 2011). Dabei ist es wichtig, dass die vereinbarten Rehabilitationsziele der

SMART-Regel folgen (Spezifisch, Messbar, Attaktiv, Realistisch, Terminiert), denn je konkreter und realistisch erreichbar die Rehabilitationsziele formuliert sind, umso stärker fällt die Motivation beim Patienten bzgl. der Umsetzung und des Durchhaltens aus (Buchholz & Kohlmann, 2014; Richter, Schmid-Ott & Muthny, 2011; Seligman, Rashid & Parks, 2006).

Im bilateralen (Einzel)Gespräch könnten die im Therapietagebuch festgehaltenen Rehabilitationsziele aufgegriffen und abgeglichen werden, wobei der Patient die Möglichkeit hätte, ein direktes Feedback durch den Gruppenleiter zu erhalten. Ein regelmäßiges Feedback ist von enormer Bedeutung, da der Patient seine eigene individuelle Entwicklung und Fortschritte im Rehabilitationsprozess durch sein Umfeld zurückgemeldet bekommt und ihm dadurch ermöglicht wird, durch den Vergleich der Selbst- und Fremdwahrnehmung ein reales Selbstbild zu generieren (Dold et al., 2010; Fengler, 2010; Seligman, Rashid & Parks, 2006).

Ergänzend dazu würde sich auch eine Auswertung in bzw. mit der Gruppe anbieten, um den Selbstreflexionsprozess zu unterstützen. Denn im Rahmen der im Gruppensetting durchgeführten ambulanten psychosomatische Reha-Nachsorge werden aktuelle Herausforderungen des Alltags und mögliche Lösungsansätze gemeinsam besprochen und erprobt, wodurch insbesondere auch die Selbstkompetenz gestärkt werden kann, die im Rahmen der sozialen Teilhabe als wertvolle Ressource gilt (Thimmel, Schubert & Viehmeier, 2018) und den Wiedereingliederungsprozess fördern kann. Durch das direkte Feedback in der bzw. durch die Gruppe erfährt der Patient zusätzlichen Rückhalt durch „Gleichgesinnte“, was eine emotionale Stärkung zur Folge haben kann (Gönner et al., 2006; Janis et al., 2021; Sonnenmoser, 2002; Steffanowski et al., 2007). Eine Gruppenkohäsion, die einer Art Schicksalsidentifikation mit anderen Betroffenen nachkommt (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011; Grabhorn et al., 2002; Johnson et al., 2008; Kobelt et al., 2004). Etwas, das Angehörige bzw. das persönliche Umfeld nur begrenzt leisten können, aber ein wichtiger Faktor für die Motivation und Compliance im Genesungsprozess stellt. Die soziale Integration, Unterstützung und Empathie sind längst bekannte bedeutsame Einflussfaktoren hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft an Rehabilitationsangeboten im Gruppensetting sowie dem Befinden der Patienten als auch der Abbruchabsichten (Burlingame, Furhiman & Johnson, 2002; Franz, 1994; Lambert & Barley, 2001; Mufson et al., 2004).

Allerdings betonten die Gruppenleiter, dass der Einsatz des Therapietagebuchs nicht für jeden Patienten(Charakter) geeignet sein könnte. So setzt die Anwendung des Therapietagebuchs vorab ein hohes Maß an Compliance, Motivation und Gewissenhaftigkeit voraus und sei eher für mitteilende und bereits sehr reflektierte Patienten geeignet. Patienten mit einer zwanghaften Struktur, noch dazu begleitet von geringem Selbstwert, würden eher nicht von einem regulären Einsatz des Therapietagebuchs profitieren, da sich dadurch zu viel Druck beim Patienten aufbauen

könnte, was wiederum Leistungs-, Versagens- und Bewertungsangst sowie Unsicherheit als hinderliche Faktoren im Rehabilitationsprozess zur Folge haben kann. Dabei weisen die Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation eh schon einen bedeutsamen Anteil an Angststörungen, begleitet von Depressionen und somatoformen Störungen auf (Meschede et al., 2020; Bramesfeld & Schwartz, 2007; DRV Bund, 2015b; Wittchen et al., 2010). Psychische Störungsbilder bei denen Angst einen (begleitenden) Kern der Symptomatik abbildet (Kuhlencord, Bethan & Hagmayer, 2018; Wittchen & Hoyer, 2011). Daher ist es wichtig, dass der Gruppenleiter stets die individuellen Patientencharakteristika im Blick behält und die Interventionsmethoden entsprechend anpasst, um einen vorzeitigen Abbruch der ambulanten Reha-Nachsorge zu vermeiden, da dieser eine erhebliche Gefährdung der erreichten Behandlungsziele darstellen würde (Lamprecht et al., 2012; Steffanowski et al., 2007).

### **7.2.2 Implementierung eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge**

Von den Gruppenleitern wurden vielfältige Möglichkeiten zur Implementierung eines Therapietagebuchs als den Genesungsprozess unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge benannt. Besonders wurde dabei betont, dass der Einsatz des Therapietagebuchs ausschließlich auf freiwilliger und privater / vertraulicher Basis seitens des Patienten erfolgen sollte. Sofern der Patient es wünscht, kann es im Einzelgespräch (Zwischen- / Abschlusssitzung) mit dem Gruppenleiter zur Visualisierung der zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowie zur Bilanzierung der Rehabilitationserfolge genutzt werden, so dass gemeinsam die erreichten Rehabilitationsziele sowie noch offene Themen betrachtet werden können und der Patient zudem auch ein externes Feedback zu seiner Entwicklung im Rehabilitationsprozess erhält (Wollburg & Braukhaus, 2010). Dies könnte dazu beitragen, dass der Patient in seiner Wahrnehmung eigener Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen sensibilisiert und ggf. „korrigiert“ wird – falls erneut alte dysfunktionale Muster auftreten sollten – wodurch er wiederum zur Bildung funktionaler und situationsadäquater Verhaltensweisen befähigt wird (Kuhlencord & Hagmayer, 2021; Offermanns, 2004; Suhr, Risch & Wilz, 2017; Toepfer et al, 2016).

Vor dem Einsatz des Therapietagebuchs bedarf es jedoch – neben der Berücksichtigung der individuellen Patientencharakteristika, um die Interventionsmethoden entsprechend den Patienten anzubieten, die tatsächlich durch dessen Einsatz profitieren würden – einer ausführliche Einführung / Anleitung zur Handhabung und dem Mehrwert des Therapietagebuchs im Erst-Kontakt mit dem Patienten durch den Gruppenleiter. Dabei ist von besonderer Relevanz,

dass dem Patienten vermittelt wird, dass es sich bei dem Therapietagebuch nicht um ein Kontrollinstrument handelt und seine persönlichen Eintragungen in keinsten Weise als „richtiges“ oder „falsches“ Denken oder Verhalten bewertet werden, um dem Patienten damit den Druck und mögl. Bewertungsängste zu nehmen und somit keine negativen Emotionen aufkommen zu lassen, die den Rehabilitationsprozess in ungünstiger Weise beeinflussen könnten (Aldao, Noelen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Schwandt, 2021; Spitzer, 2014).

Sofern alle Patienten damit einverstanden sind, kann der Einsatz des Therapietagebuchs seitens des Gruppenleiters zur Eröffnung einer Gruppensitzung zur Reflexionsrunde angeregt werden, um die visualisierten bislang erreichten Rehabilitationsziele zu betrachten und zu stärken (Hirt et al., 2021; Suhr, Risch & Wilz, 2017; Toepfer et al, 2016). Wichtig dabei ist jedoch, dass alle Patienten damit einverstanden sind und dies nicht den zeitlichen Rahmen sprengt, um genug Platz für die Themen offen zu halten, welche die Patient in der Gruppe bearbeiten möchten. Der Mehrwert liege hierbei, dass der gruppenspezifische Prozess, wie bspw. die gemeinsame Bearbeitung individueller Problemsituationen, einen bedeutsamen Einflussfaktor auf den Genesungsprozess und somit den Behandlungs- bzw. Rehabilitationserfolg darstellt (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2013).

Insgesamt gab es keinen der Gruppenleiter, der eine Implikation des Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge als gänzlich kritisch oder unmöglich deklarierte. Gerade mit Blick auf die bereits dargestellte subjektiv eingeschätzte Wirksamkeit hinsichtlich der nachhaltigen Stärkung des Genesungsprozesses im sozialen und beruflichen Kontext. Jedes Interventionstool, welches zur Stabilisierung der Gesundheit beiträgt, sollte im Versorgungssystem Beachtung finden (Barth et al., 2013; Hirt et al., 2021; Lamprecht et. al., 2012; O'Shea, Spence & Donovan, 2015).

### **7.3 Stärken und Limitationen**

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden teilstrukturierte leitfadengestützte Experteninterviews mit Gruppenleitern der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge geführt, die neben den Voraussetzungen der formalen Ausbildung über ein in der Versorgungspraxis erprobtes und praxistaugliches Handlungswissen verfügten. Mittels derer Expertise war es möglich, den Status Quo der Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge aus der Perspektive der Akteure in der psychosomatischen Rehabilitation einzufangen und basierend auf zentralen Abbruchgründen praxistaugliche Optimierungsvorschläge abzuleiten. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass einige der zum Erhebungszeitraum benannten Problemfelder und infolgedessen abgeleiteten Optimierungsvorschläge durch bereits

erfolgte Neuerungen (Einführung Psy-RENA) bzw. Änderungen (Fahrtkostenerstattung) im Reha-System relativiert wurden.

Des Weiteren soll auch die Tatsache kritisch betrachtet werden, dass die positiven Schilderungen zur Qualität der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge subjektiven Verzerrungen unterliegen könnten, da die Gruppenleiter bei der Qualitätseinschätzung durchaus auch ein Stück weit ihre eigene Arbeit bewertet haben.

Obwohl das Kriterium der theoretischen Sättigung der Daten erreicht wurde, handelt es sich durch die geringe Anzahl an Teilnehmenden und auch die regionale Eingrenzung der Expertise der Gruppenleiter auf den mitteldeutschen Raum (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen) um eine nicht repräsentative Stichprobe, wodurch sich die gewonnenen Erkenntnisse demnach nicht auf das gesamte ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-System in Deutschland übertragen lassen. Dennoch konnte ein erster empirischer Eindruck dieses speziellen Forschungsfeldes gewonnen werden, da die Gruppenleiter einen exklusiven Zugang zu den Forschungsthemen mitbrachten und dadurch zugleich individuelle Besonderheiten herausgearbeitet werden konnten. In einer weiterführenden Untersuchung wäre es sinnvoll, Vertreter der vorliegenden Stichprobe mit Gruppenleitern anderer Regionen in einem Fokusgruppeninterview zu einem fachlichen Austausch, u.a. zur Umsetzbarkeit der aufgeführten Optimierungsvorschläge, zusammen zu führen, um regionalübergreifende praxistaugliche Handlungsansätze ableiten zu können. Außerdem denkbar wäre der Einbezug von Erfahrungen und Einschätzungen weiterer Akteure und Professionen aus dem Reha-Nachsorgesystem, wobei die vorliegende qualitative Untersuchung als Grundlage für eine quantitative Erhebung dienen könnte, die durch eine Erweiterung der Stichprobe generalisierbare Aussagen ermöglichen würde.

Auch in Bezug auf den Einsatz von Therapietagebüchern in der psychosomatischen Rehabilitation und den dadurch angestoßenen Prozess der Selbstreflexion hinsichtlich (dys)funktionaler kognitiver Denkmuster und Verhaltensweisen war es mittels der Expertise der Gruppenleiter möglich, eine fundierte Einschätzung zur Wirksamkeit, den Chancen und Risiken bzw. Grenzen sowie Implementierungsmöglichkeit eines Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge zu erhalten. Zu einer differenzierteren Untersuchung zu Implementierungsmöglichkeiten und Ableitungen von Handlungsempfehlungen hinsichtlich des Einsatzes eines Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstools in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, bietet sich eine Einbindung von Patienten der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge an, die selbst bereits Erfahrung mit der Einbindung von Therapietagebüchern in den Rehabilitationsprozess vorweisen können. Hierbei wären zwei mögliche methodische Umsetzungen denkbar. Zum einen

könnten die Ergebnisse der Interviews mit den Gruppenleitern dieser Studie Ergebnissen einer Interviewstudie mit Patienten, die mit dem Therapietagebuch im Rahmen der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Gruppen gearbeitet haben, gegenübergestellt werden, um (in)kongruente Ergebnisse herauszuarbeiten. Zum anderen würde sich ein zweistufiges methodisches Verfahren anbieten, indem sich der Fokus allein auf die Patienten bezieht und sich einer qualitativen Interviewstudie eine quantitative Fragebogenstudie anschließen könnte, um generalisierbare Aussagen hinsichtlich Wirksamkeit und Implementierungsmöglichkeiten in der ambulanten psychosomatische Reha-Nachsorge abzuleiten. Ergänzend zur Methodik sollte auch das Sample erweitert werden, so dass die Fragestellung über regionale Grenzen hinweg betrachtet werden kann.

Kritik muss auch am Studientool selbst geübt werden, so handelte es sich bei dem exemplarischen Therapietagebuch, welches den Gruppenleitern als definatorische Grundlage zur subjektiven Bewertung präsentiert wurde, um einen Prototypen, welcher zum Befragungszeitraum noch kein etabliertes Interventionstool im Rehabilitationsprozess der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge war. Bestärkend zu erwähnen ist jedoch, dass der Prototyp an die im praktischen Alltag bereits etablierten Ressourcentagebücher angelehnt war, adaptiert an die Besonderheiten im Rehabilitationskontext.

Um den despektierlichen Ruf qualitativer Methoden – dass dieses eine konträre Position zum quantitativen Forschungsansatz einnehmen und die Ergebnisse dadurch eine eher geringe Aussagekraft abbilden – etwas zu schmälern, wurden die zentralen Ergebnisse ergänzend zum regulären Schema (paraphrasierte Ergebnisdarstellung ergänzt durch Originalzitate) in Kombination mit einer tabellarischen Aufbereitung der zentralen Ergebnisse inkl. Angaben zur anteiligen Verteilung (Häufigkeiten und Prozentangaben) dargeboten.

## **8. Fazit und praktische Implikationen**

Die Gesundheit eines Menschen ist u.a. durch ein ausgewogenes funktionales Zusammenspiel von Körper und Psyche deklariert. Dabei spielen auch die Aktivität und Teilhabe am sozialen und auch beruflichen Leben eine Rolle. Neben chronischen Erkrankungen können auch persistierende psychische und Verhaltensstörungen negative Auswirkungen auf die eben genannten Determinanten haben und schlimmstenfalls sogar in einer Erwerbsunfähigkeit münden. Umfangreiche stationäre und auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sollen dem entgegenwirken, wobei der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eine besondere Bedeutung zukommt, vor allem mit Blick auf eine nachhaltige Festigung bereits erzielter Rehabilitationserfolge.

Die Ergebnisse der Teilstudie I - *Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation* - dieser Dissertation weisen darauf hin, dass die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge ein relevantes und qualitativ als gut zu bewertendes Instrument zur Stabilisierung des in der zuvor (teil)stationären Heilbehandlung erreichten Rehabilitationsergebnisses darstellt. Die durchschnittliche Abbruchrate der Patienten in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge liege bei ca. 15%, was vor allem auf strukturelle Gründe zurückzuführen sei, in denen zugleich die stärksten dysfunktionalen Faktoren und zugleich der größte Optimierungsbedarf zu sehen ist. So Bedarf es vordergründig an umfangreicheren flächendeckenden regionalen ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge-Angeboten sowie einem adäquaten Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-Setting. Da einige Patienten aufgrund mangelnder Aufklärung, wie eine ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge abläuft, mit nicht realitätskonformen Vorstellungen in die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge kommen, hat dies ebenfalls einen negativen Einfluss auf die Motivation und Compliance der Patienten zur Folge und wird als dysfunktionaler Faktor gewertet. Daher ist eine konkrete und umfangreiche Aufklärung der Patienten unerlässlich.

Zur Stärkung der bereits erzielten Rehabilitationserfolge werden in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge eine Reihe an kognitiven Interventionsmethoden angewandt, um dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zu identifizieren und zu modifizieren. Eine Methode stellt dabei die Einbindung eines Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge dar, mit dessen Wirksamkeit sich die Teilstudie II - *Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation* - dieser Dissertation beschäftigte. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der unterstützende Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, den Selbstreflexionsprozess der Patienten anregt und dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster identifiziert werden, die in der Gruppensitzung gemeinsam – mit dem Gruppenleiter und den anderen Patienten – bearbeitet werden können, um funktionale Denk- und Verhaltensweisen zu erarbeiten, die nachfolgend im Alltag erprobt und gefestigt werden können. Wichtig beim Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ist, dass dies als ein Angebot aufgefasst wird, welches vom Patienten auf freiwilliger Basis genutzt werden kann. Ein verbindlicher Einsatz könnte – mit Blick auf die spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen sowie Patientencharakteristika – ggf. zu Bewertungsängsten führen und den Rehabilitationsprozess ungünstig beeinflussen. Die

Therapietagebucheinträge könnten sodann als eine Art Rehabilitationsverlaufsdokumentation dienen und ein direktes Feedback nach sich ziehen, welches entweder im bilateralen Gespräch mit dem Gruppenleiter oder auch im Gruppensetting stattfinden könnte. Denn durch den zusätzlichen Faktor der sozialen Unterstützung durch die Gruppe, könnte die Compliance der Patienten erhöht und durch die regelmäßige Bilanzierung der (Teil-)Erfolge im Rehabilitationsprozess erzielte Fortschritte verstetigt und der Genesungsprozess der Patienten wirksam und nachhaltig unterstützt werden.

*„Ich würde es sehr schade finden, wenn es das Programm nicht mehr geben würde, weil ich auch finde, dass die ambulante Reha-Nachsorge sehr viel Nachhaltigkeit bedeutet und man dadurch die erreichten Reha-Effekte sehr festigen kann. Also wenn man da so Kosten-Nutzen-Relationen macht, finde ich, ist der Nutzen sehr groß. [Es] gibt aber noch schwarze Flecke auf der Landkarte, wo es noch keine Nachsorge-Angebote gibt.“*

*(Abschlusszitat Teilstudie I - Gruppenleiter 17)*

*„[Das Therapietagebuch] regt ja zur Reflexion an. [...] eine kleine Unterstützung [im Rehabilitationsprozess], um ein bisschen mehr Mut zu kriegen. [...] Also wenn ich jetzt an meine Patientin denke, denke ich, dass sie was damit anfangen kann und das auch gewissenhaft ausfüllt. [...] Also wenn jetzt jeder so ein Tagebuch führen würde, freiwillig und zur privaten Verfügung, [...] ist das eine gute Sache.“*

*(Abschlusszitat Teilstudie II - Gruppenleiter 7)*

So bleibt final noch die eingangs formulierte übergeordnete Fragestellung zu klären, in welche Richtung sich der Titel dieser Dissertation „*Einmal Reha und zurück?*“ mit Blick auf (dys)funktionale Faktoren, welche einen Einfluss auf die Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge haben, beantworten lässt. Wie sieht der Weg nach einer ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge aus? Ist es absehbar, dass die erzielten Behandlungsergebnisse sukzessive ab- bzw. zunehmen und der Weg zurück in eine weitere psychosomatische Krise führt oder gradlinig zurück in ein aktives und partizipatives Leben?

Die Befunde der beiden Teilstudien dieser Dissertationsschrift weisen gemeinsam mit den empirischen Befunden anderer Untersuchungen darauf hin, dass die Qualität des ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorgesystems als insgesamt gut zu werten ist und eine Reihe an wirksamer Interventionsmethoden angeboten bzw. eingesetzt werden. Die Herausforderung einer nachhaltigen Stabilisierung der Gesundheit und Stärkung erreichter Rehabilitationsziele liegt zum einen in der Verantwortung des betreuenden Gruppenleiters – der aufgrund der psychischen und Verhaltensstörungen sowie individuellen Patientencharakteristika, entsprechend indizierte

Interventionsmethoden in den Rehabilitationsprozess einbinden muss – und zum anderen auch in der Eigenverantwortung des Patienten. Insbesondere wenn es darum geht, bereits erreichte Rehabilitationserfolge zu verstetigen, indem kontinuierlich auf möglicherweise wiederkehrende dysfunktionale Denk- und Verhaltensweisen geachtet wird und erlernte funktionale Strategien in Problem- und Krisensituationen zur Anwendung kommen. Dann kann der Weg zurück in ein aktives und partizipatives soziales und auch berufliches Leben von Dauer sein.

## 9. Literaturverzeichnis

- Adler, R. & Uexküll, T. (2008). *Uexküll Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. 6. Aufl. München: Urban & Fischer/Elsevier.
- APA. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Aufl. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Aldao, A., Noelen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30:217-223. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Augurzky, B., Kolodziej, I. & Stroka, M. (2015). *Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV – Abschlussbericht*. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Reichert A. R. & Scheuer, M. (2011). *Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. RWI Materialien 66*. Essen: RWI.
- BAR. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016). *Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Handlungsempfehlungen*. Frankfurt/Main: BAR.
- BAR. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2021). *Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation*. Frankfurt/Main: BAR.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P. & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001454
- Bauer, S., Moessner, M. & Wolf, M. (2011). Internetbasierte Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 12(2): 148-152. DOI: 10.1055/s-0031-1276817
- BDP. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2019). Stellungnahme des BDP zum Rentenentwurf des PsychTHG. *Psychologische Rundschau*, 70(2):143-170. DOI: <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000447>
- Beck, D., Richter, G., Ertel, M. & Morschhäuser, M. (2012). Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7:115–119. DOI: 10.1007/s11553-011-0326-x
- Beck, J. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz PVU.

- Bengel, J. (2016). Psychische Komorbidität und andere Problemlagen. *Die Rehabilitation*, 55(05):275-275. DOI: 10.1055/s-0042-115620
- Bramesfeld, A. & Schwartz, F. W. (2007). Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Psychiatrische Praxis*, 34:247-251. DOI: 10.1055/s-2007-970966
- Braunger, C., Kubiak, N., Müller, G., von Wietersheim, J. & Oster, J. (2015). Effectiveness of Telephone and Face-to-Face Aftercare Conversations following Inpatient Psychosomatic Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54(5):290-296. DOI: 10.1055/s-0035-1559641
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4):585-99. DOI: 10.1037//0021-843x.110.4.585
- Boes, N. (2016). Nachsorge im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation nach dem neuen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 55(06):369-373. DOI: 10.1055/s-0042-119698
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2014). Deskriptoren und Prädiktoren von Reha-Zielen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 64(09/10):364-372. DOI: 10.1055/S-0034-1371856
- Burlingame, G. M., Furliman, A. & Johnson, J. E. (2002). *Cohesion in group psychotherapy*. In: Norcross, J. C. (Hrsg.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. 71-87.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2013). *Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change*. In: Lambert, M. J. (Hrsg.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken (NJ): Wiley. 647-696.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48:34-42. DOI: 10.1037/a0022063
- Cairney, J., Corna, L. M., Veldhuizen, S., Herrmann, N. & Streiner, D. L. (2008). Comorbid depression and anxiety in later life: patterns of association, subjective well-being, and impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3):201-208. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181602a4a

- Cinkaya, F., Schindler, A. & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40:224-234. DOI: 10.1026/1616-3443/a000121
- Creed, F. & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4):391-408. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6)
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement; A meta-analysis. *Journal of affective disorders*; 159:118-126. DOI: 10.1016/j.jad.2014.02.026
- Dahmen, A., Gao, L., Keller, F. M., Becker, P., & Lippke, S. (2021). Für welche Patienten und Patientinnen ist eine webbasierte psychotherapeutische Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation am besten geeignet? *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (efirst)*. DOI: 10.1055/a-1663-6747
- Deck, R. & Glaser-Möller, N. (2014). *Reha Nachsorge. Aktuelle Entwicklungen*. Detmold: Jacobs.
- Destatis. Statistisches Bundesamt (2021). *Auszug aus dem Datenreport 2021 - Kapitel 9: Gesundheit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2011). *Weltgesundheitsorganisation – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 8. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dold, M., Lenz, G., Demal, U. & Aigner, M. (2010). Monitoring- und Feedback-Systeme in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 18:208-214. DOI: 10.1007/s00729-010-0342-x
- Dorbritz, J. & Micheel, F. (2010). Weiterbeschäftigung im Rentenalter - Potenziale, Einstellungen und Bedingungen. *Bevölkerungsforschung Aktuell*, 31(3):2-7.
- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2011). *Rahmenkonzeption - Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge "Irena" inclusive "Curriculum Hannover"*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a). *Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b). *Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rentenzugang 2014 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/ Änderung des Teilrentenanteils; Rentenarten, Rentenhöhe, zeitlicher Umfang der angerechneten Zeiten; Erwerbsminderungsdiagnosen, Zugangsalter, Wegfallsalter, Rentenbezugsdauer, Band 203*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). *Rentenversicherung in Zeitreihen. Grundsatz- und Querschnittsbereich: Finanzen und Statistik*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV Bund. Deutsche Rentenversicherung Bund (2020). *Beschreibung der Kernangebote der Reha-Nachsorge. Anlage 1 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DSGVO. Datenschutz-Grundverordnung (2018). *DSGVO - Verordnung (EU) 2016/679, anwendbar ab 25. Mai 2018*. Online unter: <https://dsgvo-gesetz.de/>
- Einsle, F. & Hummel, K. V. (2015). *Kognitive Umstrukturierung: Techniken der Verhaltenstherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Ettlin, T. & Kischka, U. (2019). Psychosomatische Rehabilitation: eine Übersicht. *Therapeutische Umschau*, 76(8):460-464. DOI: 10.1024/0040-5930/a001115
- Fengler, J. (2010). Feedback als Interventions-Methode. *Gruppendyn Organisationsberat*, 41:5-20. DOI: 10.1007/s11612-010-0100-0
- Frank, R. (2011). *Therapieziel Wohlbefinden – Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Franz, M. (1994). Wer nimmt an? Empirische Einflussfaktoren der Psychotherapieakzeptanz. In: Lamprecht, F. (Hrsg.). *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin*. Frankfurt am Main: VAS. 284-298.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Gao, L., Dahmen, A., Keller, F. M., Becker, P. & Lippke, S. (2021). The Mediation Effect of Phobic Anxiety on the Treatment Outcome of Activity and Participation across Age: Comparison between Online and Face-to-Face Rehabilitation Aftercare of an RCT. *International journal of environmental research and public health*, 18(20):10919. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010919>

- GBE. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2016). Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung am Stichtag 31. Dezember 2015 (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Online unter [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=46893219&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=129&p\\_indsp=99999999&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=46893219&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=129&p_indsp=99999999&p_ityp=H&p_fid=)
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Göner, S., Bischoff, C., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2006). Effekte therapiezielorientierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Nachsorgemaßnahmen auf den Therapietransfer im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung. *Die Rehabilitation*, 45(6): 369-376. DOI: 10.1055/s-2006-932614
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Burkhardt, M., Kernhof, K., Overbeck, G. & Gitzinger, I. (2002). Gruppenkohäsion und Abwehrverhalten im Verlauf stationärer Gruppentherapien. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52:275-281. DOI: 10.1055/s-002-32245
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7):989-995. DOI:10.1176/ajp.154.7.989
- Hapke, U., Bretschneider, J. & Thom, J. (2017). Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. *Epidemiologisches Bulletin*, 14:121-123. DOI: 10.17886/EpiBull-2017-018
- Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation. Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Rehabilitation*, 41:407-414. DOI: 10.1055/S-2002-36285
- Harfst, T., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2003). Nachsorgeempfehlungen in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation: Umsetzung und Zusammenhang mit dem längerfristigen Rehabilitationserfolg. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften*. 464-466.
- Härter, M., Bermejo, I., Ollenschläger, G., Schneider, F., Gaebel, W., Hegerl, U., Niebling, W. & Berger, M. (2006). Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(2):113-119. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi089>

- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_44](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44)
- Hild-Steimecke, S., Hofele, S. & Schmalen, S. (2020). Reha-Nachsorge in psychotherapeutischen (Privat-)Praxen. *Psychotherapie Aktuell*, 1:42-47.
- Hirt, A. et al. (2021). Effektivität stationärer und teilstationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. DOI: 10.1055/a-1559-4359
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G. & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44:199-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>
- Jacobi, F., Bretschneider, J. & Müllender, S. (2015). Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.). *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*. 63-71.
- Jacobi, F. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85:77-87.
- Jacobi, F. et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 87(1): 88-90.
- Jahn, B. (2020). *Der gesunde Mensch: Wege zu körperlicher, geistiger und seelischer Fitness*. Wien: Braumüller Verlag.
- Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J. & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 31(3):342-358, DOI: 10.1080/10503307.2020.1817603
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Strauß, B. & Bormann, B. (2008). Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44:52-89. DOI: 10.13109/grup.2008.44.1.52

- Keller, M. B. et al. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20):1462-1470. DOI: 10.1056/NEJM200005183422001
- Klose, C., Matteucci-Gothe, R. & Linden, M. (2006). Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 45(6):359-368. DOI: 10.1055/s-2006-940109
- Kobelt, A., Lieverscheidt, B., Grosch, E. & Petermann, F. (2010). Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut*, 55:43-48. DOI: 10.1007/s00278-009-0699-x.
- Kobelt, A., Nickel, L., Grosch, E. V., Lamprecht, F. & Kunsebeck, H.-W. (2004). Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54:58-64. DOI: 10.1055/s-2003-812612
- Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(4):451-457. DOI: 10.1007/s00103-011-1244-y
- Köllner, V. (2016). Rehabilitation bei depressiven Störungen. *Rehabilitation*, 55(06):395-410. DOI: 10.1055/s-0042-118307
- Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in Theorie und Praxis. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(2):26-46.
- Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (2021). Therapieziele und ihr Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(4):241-249. DOI: <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000603>
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:357-361. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W. & Schubert, M. (20012). Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund: Therapiegeschehen und Ein-Jahres-Verlauf gesundheitsbezogener Parameter bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 22(5):253-257. DOI: 10.1055/s-0032-1314860

- Langens, T. A. (2020). Kontinuität von psychosomatischer Rehabilitation und psychotherapeutischer Nachsorge (PsyRENA). In: Mattke, D. & Pröstler, M. (Hrsg.). *Formen ambulanter Gruppentherapie. Psychotherapie: Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-59092-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-662-59092-8_18)
- Leiknes, K. A., Finset, A., Moum, T. & Sandanger, I. (2008). Overlap, Comorbidity, and Stability of Somatoform Disorders and the Use of Current Versus Lifetime Criteria. *Psychosomatics*, 49(2):152-162. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.2.152>
- Lieb, K. & Frauenknecht, S. (2019). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 9. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer/Elsevier.
- Lieb, R. (2006). Klinische Psychologie I: Klassifikation, Epidemiologie und Prävention psychischer Störungen. In: Pawlik, K. (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie*. Heidelberg: Springer. 613-638. DOI: [10.1007/3-540-37637-2\\_42](https://doi.org/10.1007/3-540-37637-2_42)
- Mangels, M., Schwarz, S., Worringer, U., Holme, M. & Rief W. (2009). Evaluation of a behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions. A randomized controlled study. *Clin J Pain*, 5:356-364.
- Markus, M., Euhus, A., & Bethge, M. (2022). Effectiveness of behavioural medical rehabilitation under real-life conditions in Germany: A propensity-score matched analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54:jrm00248. DOI: <https://doi.org/10.2340/jrm.v53.469>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. München: Oldenbourg. DOI: <https://doi.org/10.1524/9783486717624>
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Meschede, M. et al. (2020). Psychische Erkrankungen bei den Erwerbstätigen in Deutschland und Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2020*. Berlin, Heidelberg: Springer. 331-364. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9_22)
- Meyer, C., Rumpf, H., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lifetime prevalence of mental disorders in the adult general population: Findings from the TACOS study. *Nervenarzt*, 71:535-542. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s001150050623>
- Möller, H. J., Laux, G. & Kapfhammer, H. P. (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6>

- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M. & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of general psychiatry*, 61:577-584. DOI: 10.1001/archpsyc.61.6.577
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines / National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. Leicester (UK): British Psychological Society. PMID: 22536621
- Nöthen, M. & Böhm, K. (2013). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 48: Krankheitskosten*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Offermanns, M. (2004). *Braucht Coaching einen Coach? Eine evaluative Pilotstudie*. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- O’Shea, G., Spence, S. H. & Donovan, C. L. (2015). Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43:1-19. DOI: 10.1017/S1352465814000216
- Perrez, M. & Baumann, U. (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie*. 4. Aufl. Bern: Huber.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Rehabilitation*, 48:257-262.
- Pleger, M., Treppner, K., Fydrich, T., Schade, C., Diefenbacher, A., Burian, R. & Dambacher, C. (2014). Akzeptanz- und Commitment-Therapie bei psychischen Störungen. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 16:42-50. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15005-014-0784-8>
- Reiter, C. & Wilz, G. (2016). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology*, 11(1):99-108. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1025423>
- Richter, M., Schmid-Ott, G. & Muthny, F. A. (2011). Ziele, Zielerreichung und Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. *Zschr Psychosom Med Psychoth*, 57:91-99. DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2011.57.1.91>
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Aufl. München, Wien: Oldenbourg.
- Schwandt, B. (2021). Kognition und Emotion: ein Zusammenspiel. In: *Entscheidungsprozesse und Emotionen*. Wiesbaden: Springer. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-658-35936-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-35936-2_1)

- Seligman, M. E. P., Rashid, R. & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8):774-788. DOI: doi10.1037/0003-066X.61.8.774
- SGB IX (2021). *Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) geändert worden ist.
- Sonnenmoser M. (2002). Nachsorgekonzepte: Damit die Wirkung nicht verpufft. *Deutsches Ärzteblatt*, 12:561-562.
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B. & Hajak, G. (2006). Volkskrankheit Depression. Epidemiologie, Versorgungssituation, Diagnostik, Therapie und Prävention. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131(1/2):35-40. DOI: 10.1055/s-2006-924919
- Spitzer, N. (2013). Die Widerspenstigkeit der Gefühle - Kognitive Therapien und die schwierige Veränderung von Emotionen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 3:639-653.
- Spitzer, N. (2014). Emotionale Welterschließung. Die aktuelle Rolle von Emotionen und die kognitiven Therapien. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 25:7-24.
- Stavemann, H. H. (2005). *KVT-Praxis*. Weinheim: Beltz PVU.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Suhr, M., Risch, A. K., & Wilz, G. (2017). Maintaining mental health through positive writing: Effects of a resource diary on depression and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12):1586-1598. DOI: 10.1002/jclp.22463
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4):547-559. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Thimmel, R., Schubert, M. & Viehmeier, S. (2018). Nach der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.). *Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medizin. 205-216. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-54250-7\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54250-7_20)
- Thom, J., Bretschneider, J., Müllender, S., Becker, M. & Jacobi, F. (2015). Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? *Psychiatrie*, 12(04):247-254. DOI: 10.1055/s-0038-1669607

- Toepfer, N. F., Altmann, U., Risch, A. K., & Wilz, G. (2016). Examining explanatory mechanisms of positive and expressive writing: Towards a resource-oriented perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2):124-134. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1037856>
- von Kardorff, E. (2017). Qualitative Rehabilitationspsychologie. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer. 443-459. DOI: 10.1007/978-3-658-18387-5\_67-1
- Vosgerau, G. & Lindner, N. (2022). *Philosophie des Geistes und der Kognition*. Stuttgart: J. B. Metzler. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-476-04567-6\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-476-04567-6_8)
- Vries, U. & Petermann, F. (2012). Psychosomatische Rehabilitation; Konzepte und Ergebnisse. *Phys Rehab Kur Med*, 22(06):316-322. DOI: 10.1055/s-0032-1327581
- Weber, R., Ehrental, J. C., Dinger, U., Volz, M., Langens, T. & Schonneck, M. (2020). Ambulante gruppenpsychotherapeutische Nachsorge: Effekte nach teilstationärer und stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 65:257-263. DOI: 10.1007/s00278-020-00435-9
- Weitkamp, K., Seiffge-Krenke, I., Romer, G. & Wiegand-Grefe, S. (2019). Weshalb junge Erwachsene ihre Therapie abbrechen: Eine qualitative Interviewstudie. *Psychodynamische Psychotherapie (PDP)*, 18(3):165-175. DOI: <https://doi.org/10.5167/uzh-182275>
- Wilz, G., Risch, A. & Töpfer, N. (2017). *Das Ressourcentagebuch*. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-53198-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-53198-3_5)
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2. Aufl. Berlin: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, F. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen - Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy. The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy research journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4): 488-494. DOI: 10.1080/10503301003796839
- Worringer, U., Muschalla, B., Widera, T. & Kobelt, A. (2018). Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31(2):90-96.

## 10. Thesen

### **Einmal Reha und zurück? - Eine inhaltsanalytische Betrachtung (dys)funktionaler Faktoren zur Steigerung der Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge**

1. Die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge ist ein wichtiges und als qualitativ insgesamt gut zu bewertendes Instrument zur Stabilisierung des zuvor in der (teil)stationären Heilbehandlung erreichten Rehabilitationsergebnisses.
2. Die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge trägt dazu bei, Rehabilitationsergebnisse nachhaltig im Alltag zu festigen und begünstigt den beruflichen Wiedereingliederungsprozess.
3. Die Abbruchrate in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge ist primär auf strukturelle Gründe zurückzuführen: fehlende flächendeckende regionale ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge-Angebote und ein adäquates Management der Zugangswege vom (teil)stationären ins ambulante Reha-Setting.
4. Mit Blick auf den kontinuierlich steigenden Patientenanteil in der psychosomatischen Rehabilitation ist ein flächendeckendes Versorgungsangebot zu schaffen, um Patienten im Genesungsprozess zu unterstützen und Erwerbsminderungsrenten vorzubeugen.
5. Beim Übergang von der (teil)stationären Rehabilitation in die ambulante psychosomatische Reha-Nachsorge bedarf es einer intensiven Aufklärung seitens der Kliniken, um Patienten hinsichtlich ihrer Erwartungshaltung adäquat vorzubereiten.
6. Der Einsatz eines Therapietagebuchs in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge, regt den Selbstreflexionsprozess der Patienten an, wodurch dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster identifiziert, modifiziert und nachfolgend im Alltag erprobt werden.
7. Die Einbindung eines Therapietagebuchs als unterstützendes Interventionstool in der ambulanten psychosomatischen Reha-Nachsorge trägt zur nachhaltigen Stärkung der bereits erzielten Rehabilitationserfolge bei.
8. Die Einbindung eines Therapietagebuchs muss ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen, da ein verbindlicher Einsatz mit Blick auf die individuellen Patientencharakteristika zu Bewertungsängsten führen kann, wodurch der Rehabilitationsprozess negativ beeinflusst wird.
9. Werden Therapietagebucheinträge als Rehabilitationsverlaufsdokumentation eingesetzt, wirkt sich die Bilanzierung der im Rehabilitationsprozess erzielten (Teil-)Erfolge und Fortschritte stärkend auf die Motivation und Compliance der Patienten aus.
10. Patienten sind in der Verantwortung, den Rehabilitationserfolg pro-aktiv mitzugestalten.

## Anhang

### A Interviewleitfaden – Teilstudie I

„Untersuchung zur Qualität der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation“

1. **Eisbrecherfragen:** Wie lange sind Sie bereits als Gruppenleiter in der Reha-Nachsorge tätig?  
Welche Diagnosen hatten Ihre bisherigen Patienten?
2. Strukturelle Beschreibung und **Bewertung der Reha-Nachsorge:**  
Wie läuft die Reha-Nachsorge in Ihrer Region generell ab?
  - Konzept / Rahmenbedingungen / Organisation der Reha-Nachsorge (Struktur)
  - Prinzip der offenen Gruppe (Atmosphäre)
  - Vereinbarkeit Reha-Nachsorge und ambulante PsychotherapieWas läuft aktuell gut in der Reha-Nachsorge?
3. **Probleme und Hindernisse** in der Reha-Nachsorge:  
Was läuft Ihrer Meinung nach aktuell eher schlecht in der Reha-Nachsorge?  
Sofern Patienten im Rahmen der Reha-Nachsorge Probleme und / oder Hindernisse angegeben haben, welche sind das?
4. **Abbruch** der Reha-Nachsorge: Inwieweit ist Abbruch ein Thema in der Reha-Nachsorge?  
Wenn Abbruch ein Thema ist:
  - Wie hoch schätzen Sie die Abbruchrate der Reha-Nachsorge?
  - Welche Hemmnisse oder Probleme würden Sie als Grund vermuten?
5. Idee zur **Reduzierung** der Abbruchrate in der Reha-Nachsorge:  
Was würden Sie anders machen? Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?  
Welche konkrete Idee haben Sie, wie Patienten motiviert werden könnten, die Reha-Nachsorge wahrzunehmen und nicht vorzeitig abubrechen?
6. **Wirksamkeitseinschätzung** der ambulanten Reha-Nachsorge:  
Wie würden Sie den generellen Gesundheitszustand der Patienten einschätzen, die aus der Reha in die (ambulante) Reha-Nachsorge gehen?  
Für wie wirksam würden Sie die Reha-Nachsorge generell einschätzen?  
Worin genau sehen Sie die Wirksamkeit der Reha-Nachsorge?
7. **Abschlussfrage:** Wir sind nun am Ende unseres Gesprächs angelangt, möchten Sie noch etwas sagen, dass bislang noch nicht angesprochen wurde?

Anhang

B Therapietagebuch

1. Sitzung: _____ (Bitte Datum eintragen.)						
Bitte geben Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft.	eher sehr schlecht	eher schlecht	teils teils	eher gut	eher sehr gut	
1 Mein seelischer Zustand war im Verlauf der letzten Woche im Durchschnitt...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
2 Nach der Gruppensitzung geht es mir gut.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
3 Nach der Gruppensitzung geht es mir schlecht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4 Mein letztes Gruppentreffen hat dazu beigetragen, dass ich mich besser fühle.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
5 Mein letztes Gruppentreffen hat dazu beigetragen, dass ich mehr über mich herausgefunden habe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6 Mein letztes Gruppentreffen hat dazu beigetragen, dass ich wieder eher gern mit Menschen zusammen bin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
7 Mein letztes Gruppentreffen hat dazu beigetragen, dass ich mir wieder mehr zutrauen kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
8 Ich hatte ein Problem, dass ich im letzten Gruppentreffen ansprechen wollte.	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein				
9 Ich wollte folgendes Problem ansprechen:						

10 Ich konnte das Problem in meiner Gruppe ansprechen.	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein			
11 Durch die Unterstützung der Gruppe habe ich eine neue Lösung für mein Problem gefunden.	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein			
Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
12 Insgesamt hat mir die Gruppe heute sehr geholfen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Ich fühle mich in meiner Gruppe eher wohl.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 Ich finde die Probleme der anderen interessant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 Ich denke manchmal darüber nach, die Nachsorgegruppe abzubrechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 Was habe ich in der letzten Gruppensitzung Neues gelernt? Und wie kann/konnte ich das Erlernete in meinen Alltag umsetzen?					

Auszug aus dem Therapietagebuch, welches von der Forschungsgruppe des IANuS-Projektes am Institut für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zur Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge-Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen konzipiert wurde.

## Anhang

### C Interviewleitfaden – Teilstudie II

„Untersuchung zur Wirksamkeit eines Therapietagebuchs in der ambulanten Reha-Nachsorge aus der Perspektive von Akteuren der psychosomatischen Rehabilitation“

1. **Eisbrecherfrage:** Bitte schildern Sie Ihre Erfahrungen mit dem Einsatz des Therapietagebuchs!
2. Allgemeine **Bewertung** des Therapietagebuchs:  
Wie bewerten Sie das Therapietagebuch?  
(Aufbau / Umfang / Inhalte / Übersichtlichkeit / Handhabung / psychologische Mechanismen)
3. Mögliche **Chancen** durch den Einsatz des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge:  
Welche Chancen sehen Sie durch den Einsatz des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge?  
(Compliance der Patienten / Auswirkung auf der Abbruchrate (Senkung durch Selbstreflexion) / Qualität der Reha-Nachsorge)
4. Mögliche **Probleme** durch den Einsatz des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge:  
Welche Probleme sehen Sie durch den Einsatz des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge?  
(Compliance der Patienten / Auswirkung auf Abbruchrate (Erhöhung durch Überforderung) / Qualität der Reha-Nachsorge)
5. **Implementierung** des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge:  
Wie schätzen Sie die Implementierung des Therapietagebuchs in der Reha-Nachsorge ein?  
(Möglichkeiten / Grenzen)
6. Idee einer **Intervention** zur Reduzierung der Abbruchrate in der Reha-Nachsorge:  
Welche konkrete Idee haben Sie, wie Patienten motiviert werden könnten, die Reha-Nachsorge wahrzunehmen und nicht vorzeitig abubrechen?\*
7. **Abschlussfrage:** Wir sind nun am Ende unseres Gesprächs angelangt, möchten Sie noch etwas sagen, dass bislang noch nicht angesprochen wurde?

*\* Aufgrund fehlender Aussagen seitens der Interviewteilnehmer wurde diese Frage nicht in die finale Datenaufbereitung einbezogen.*

## Anhang

### D Transkriptionssystem

Bei der Transkription der Interviews wurden die *Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems* von Dresing & Pehl (2020) in modifizierter Form befolgt:

1. Im Transkriptionskopf wird als Überschrift die Nummer / Kodierung des Interviews vermerkt (z.B. „Interview 01-TH“).
2. Die interviewende Person wird mittels „I:“ und die befragte Person mittels „B:“ gekennzeichnet.
3. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Auch kurze Einwüfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.
4. Es wird wörtlich transkribiert, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten. Zum Beispiel „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
5. Wortschleifen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird „Er hatte noch so`n Buch genannt“ zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet. Zum Beispiel „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
6. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
8. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
9. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie beispielsweise „mhm, aha, ja, genau, äh, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.

10. Verzögerungslaute, wie „äh“ oder „ähm“ werden nicht transkribiert.
11. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden *kursiv* gekennzeichnet.
12. Nonverbale Äußerungen der Befragten und des Interviewers, die die Aussage unterstützen und verdeutlichen werden in Klammern notiert. Zum Beispiel (Nicken).
13. Unverständliche Worte werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden, wie zum Beispiel (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen versehen und in Klammern gesetzt, wie zum Beispiel (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Worte mit einer Zeitmarke versehen, zum Beispiel (unv. [min:sek]).
14. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Der Text der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
15. Um die Anonymität zu gewährleisten werden Namen und Orte geändert und mit einem dem Symbol \* und einem Großbuchstaben versehen, welcher dem Anfangsbuchstaben des realen Namens/Ortes nicht gleicht, z.B. wird „Frau Kaiser aus München“ zu „Frau \*L. aus \*N.“
16. Störungen des Gesprächs werden mit \* angegeben und mit einer Zeitmarke versehen [min:sek], z.B. \*[3:25].

Dresing, T. & Pehl, T. (2020). *Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse* (8. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

### Erklärung über frühere Promotionsversuche und Selbständigkeitserklärung

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

01. September 2022

.....

Datum



.....

Unterschrift