

8 Nachwort

Ende der 1980er Jahre wurde die Rehabilitation, seinerzeit häufig noch „Kur“ genannt, bisweilen als „Luxus“ bezeichnet, den sich die Gesellschaft nur in Zeiten wirtschaftlichen Überflusses leisten könne (z.B. Kanzow, 1986, Pichowiak & Kanzow, 1987). Die Rehabilitation stand unter einem enormen „Legitimationsdruck“ (Gerdes, 1988), der Vorwurf der „Milliardenverschwendung“ (Kanzow, 1986) stand im Raum. Die von der Bundesregierung seinerzeit eingesetzte „Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ stellte fest, dass in einer Vielzahl von „sogenannten Kur- und Spezialeinrichtungen“ stationäre Psychotherapie angeboten werde, deren therapeutische Notwendigkeit ebenso wenig geklärt sei wie deren Effektivität (Expertenkommission, 1988). Diese Kritik wurde zunehmend auch innerhalb der Medizinischen Rehabilitation thematisiert und der Aufbau einer „Forschungsinfrastruktur“ gefordert (vgl. z.B. Fliedner & Gerdes, 1988; Gerdes, 1988; Koch, 1988), was durch die Ergebnisse der so genannten „Reha-Kommission“ (VDR, 1992a) bestärkt wurde. Es dauerte dann nochmals fast ein Jahrzehnt, bis die Rehabilitationsforschung mit dem Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des VDR und des BMBF eine umfassende Förderung erhielt.

Bereits Mitte der 1980er Jahre wurde in einigen psychosomatischen Rehakliniken – außerhalb einer öffentlicher Förderung - mit ersten umfassenden Evaluationsstudien begonnen (Schmidt, 1991; Zielke, 1993; Nübling et al., 1994; Broda et al., 1996). Das mag auch daran gelegen haben, dass sich die Einrichtungen dieses Indikationsbereichs einem noch höheren Legitimationsdruck ausgesetzt sahen, als die Medizinische Rehabilitation als Ganzes. Die in diesen Kliniken ansässigen kleinen Forschungsgruppen hatten – unterstützt z. T. durch externe universitäre Partner und trotz verschiedentlich Widerstände innerhalb der eigenen Einrichtungen – frühzeitig die Notwendigkeit einer systematischen „Evaluation der Rehabilitation“ erkannt und konkrete Forschungsprojekte umgesetzt.

Diese ersten Bemühungen hatten Vorbildcharakter und in der Folge viele Studien nach sich gezogen. Die vorliegende Meta-Analyse ist nunmehr das Kondensat von 20 Jahren Evaluation und Ergebnisforschung in der psychosomatischen Rehabilitation. Die insgesamt 65 von den Autoren ermittelten Studien sind ein Beleg dafür, dass die Umsetzung der Forderung nach Aufbau einer Forschungsinfrastruktur eindrucksvoll gelungen ist. Und dies, obwohl erst seit 1998 durch den Förderschwerpunkt auf eine Drittmittelunterstützung in größerem Umfang zurückgegriffen werden konnte. Die Finanzierung der Projekte lief in den allermeisten Fällen über damals weitsichtige Klinikträger wie die Karlsruher-Sanatorium-AG oder die Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG).

Die Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen stellt einen wichtigen und künftig in seiner Bedeutsamkeit wohl steigenden Bereich der Gesundheitsversorgung dar. Aktuelle epidemiologische Studien bestätigen die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz bei ca. 25%,) und gehen von einer weiteren Zunahme v.a. depressiver und Suchterkrankungen aus (Wittchen & Jacobi, 2006, Jacobi, Wittchen, Höltling et al., 2004). Darüber hinaus weisen viele primär somatische Erkrankungen einen hohen Anteil komorbider psychischer Störungen auf (z.B. Härter, Baumeister, Reuter, Wunsch & Bengel, 2002). Nach wie vor werden Patienten in einem zu einseitig somato-medizinisch ausgerichteten Versorgungssystem oft jahrelang inadäquat behandelt, bevor sie eindeutig diagnostiziert und leitliniengerecht behandelt werden, d.h. auch psychotherapeutische Hilfe erhalten. Auch fast 20 Jahre nach der im „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetz“ (Meyer, Richter, Grawe, von der Schulenburg & Schulte, 1991) vorgetragenen Kritik, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen häufig zu spät eine adäquate Behandlung erhalten – was von Zielke (1993) auch als „iatrogene Chronifizierung“ beschrieben wurde – hat sich in dieser Hinsicht nicht viel verändert, zumindest kann an dieser These nach den Daten der vorliegenden Meta-Analyse für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation weiterhin festgehalten werden. Dies ist sowohl für die betroffenen Patienten als auch hinsichtlich der Kosten im Gesundheitswesen gesundheitspolitisch kaum verantwortbar. Wie Wittchen & Jacobi (2006) ausführen, haben gemeinsame Analysen des European Brain Council und des European College of Neuropsychopharmacology ergeben, dass europaweit jedes Jahr ca. 300 Milliarden € Gesamtkosten durch die Folgen psychischer Erkrankungen entstehen. Von diesen sind nur knapp die Hälfte (132 Mrd. €) direkt im Zusammenhang mit der Behandlung entstehende Kosten, der Rest wird veranschlagt für indirekte Kosten wie krankheitsbedingte Ausfalltage, der frühere Eintritt in den Ruhestand oder verringerte Arbeitsproduktivität. Hinzu kommen noch die intangiblen Kosten wie beispielsweise der Verlust an Lebensqualität. Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass die meisten psychischen Erkrankungen unbehandelt bleiben; nur etwa 25% der Betroffenen werden durch das Versorgungssystem erreicht und erhalten zumindest eine minimale Betreuung (z.B. kurze Beratung oder kurzes Gespräch mit dem Hausarzt). Es ist zu vermuten, dass der Anteil psychisch erkrankter Menschen, die eine qualifizierte psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, weit darunter liegt. Das Argument der Milliardenverschwendung ließe sich also durchaus auch im umgekehrten Sinne verwenden. Es ist zu fordern, dass die Frage nach den Opportunitätskosten bzw. nach dem entgangenen Nutzen bei Nichtinanspruchnahme einer qualifizierten Behandlung aufgeworfen wird.

Aus methodischer Sicht mag bei der vorliegenden Meta-Analyse kritisiert werden, dass ausschließlich naturalistische Studien einbezogen wurden, die nicht dem „Goldstandard“ der Wirkungsforschung, dem Randomized Clinical

Trial (RCT) entsprechen. Ziel von RCT-Studien ist die Ermittlung der Nettowirkungen von Interventionen, d.h. der Effekte, welche allein der Intervention zugeschrieben sind, wobei die Wirkungen anderer Ursachen berücksichtigt bzw. eliminiert werden (vgl. z. B. Rossi, Freeman & Lipsey, 1999). Dies soll durch die Maximierung der internen Validität des Forschungsdesigns erreicht werden und impliziert ein Kontrollgruppendesign mit Zufallszuweisung zu Behandlungs- und Kontrollgruppe sowie die Kontrolle von Störfaktoren. Die methodischen Vorteile von RCTs werden teuer erkaufte. Wie Wittmann (1985) ausgeführt hat, wird in RCTs davon ausgegangen, dass die Reliabilität des Treatments = 1 ist, d.h. in der Behandlungsgruppe eine hinsichtlich Treatmentstärke und Treatmentintegrität homogene, einheitliche Behandlung „verabreicht“ wird. Es mag in pharmakologischen Studien möglich sein, die „Dosis“ für alle Personen der Behandlungsgruppe konstant zu halten, in der Psychotherapie ist dies – auch bei manualisiertem Vorgehen – eher die Ausnahme. Fydrich & Schneider (2007) diskutieren eine Reihe inhaltlicher und methodischer Probleme mit RCTs im Kontext der Psychotherapieforschung wie z.B. die aktive Therapeutenwahl, die möglichen Kontroll- und Placebobedingungen, die fragliche Nähe zur Versorgungspraxis, die Art der Patientenselektion bzw. deren Repräsentativität hinsichtlich der Versorgungspraxis, den Umgang mit Behandlungsabbrüchen oder den Publikationsbias.

Vor diesem Hintergrund werden die Vorteile naturalistischer Studien, die ihren Fokus auf einer Maximierung der externen Validität legen, häufig unterschätzt. Die unvergleichlich höhere Praxisnähe und Generalisierbarkeit der Befunde führen zu einer verbesserten Prognose dessen, was ein Verfahren in der konkreten klinischen Alltagspraxis zu leisten vermag und welche gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung ihm zugeschrieben werden kann. Wie Fydrich & Schneider (2007) hervorheben, sind naturalistische Studien nicht grundsätzlich von geringerer Qualität. Im Sinne der „bubble hypothesis“ von Gelso (1978) wird der Vorteil des einen Vorgehens durch den Nachteil des anderen erkaufte und umgekehrt. Oder wie Slife (2004) es in der 5th Edition des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change in Anlehnung an Jaspers’ „There is no escape from philosophy“ ausdrückt: “There is no escape from assumptions”. Die paradigmatischen bzw. philosophischen bzw. wissenschaftstheoretischen Vorannahmen sind entscheidend für das methodische Vorgehen. Ein Ausweg aus dem Dilemma könnte darin liegen, dass ein Stufenmodell, wie es im pharmakologischen Prüfmodell praktiziert wird, auch für die Bewertung psychotherapeutischer Interventionen selbstverständlich wird (Kächele, 2006). Kächele (2006) weist darauf hin, dass ein solches Modell bereits von Shadish, Matt, Navarro & Siegle (1997) vorgeschlagen wurde. Dieses impliziert:

1. Pilotstudien zur Klärung von Effekten, Risiken, Anwendbarkeit u.a.m.
2. Kontrollierte klinische Studien
3. Erprobung der Interventionen an speziellen Populationen

4. Evaluation im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und
5. Erprobung unter realen Praxisbedingungen.

Ein ähnliches Stufenmodell wurde jüngst auch von Heerkerens (2005) unter dem Titel „Vom Labor ins Feld“ vorgestellt.

Trotz der unbestrittenen Stärken der in die Meta-Analyse einbezogenen Studien im Bereich der externen Validität müssen einige kritische Anmerkungen bzgl. des methodischen Vorgehens (allgemeine methodische Qualität, innerhalb der naturalistischen Perspektive) diskutiert werden. Die Kritik bezieht sich darauf, dass oft keine expliziten Hypothesen formuliert sind, dass das methodische Vorgehen für Außenstehende mitunter nicht ausreichend nachvollziehbar ist, dass Stichprobenbeschreibung Lücken aufweist, dass ausführliche Drop-Out-Analysen fehlen und ähnliches. Dies mag daran liegen, dass – ausgenommen die o.g. Pionierstudien – gerade in der Aufbauphase der Forschungsinfrastruktur und -vernetzung oft noch nicht ausreichend funktionierte oder aber, dass einige der Publikationen der grauen Literatur entstammen bzw. in Zeitschriften ohne Review-Verfahren publiziert wurden. Erfreulicherweise ist bei Studien der letzten zehn Jahre eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Methodenstandards zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist u.a. auch auf die Förderung des Aufbaus von Forschungsstrukturen in der medizinischen Rehabilitation durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Deutsche Rentenversicherung und die in diesem Rahmen entstandenen Empfehlungen (Muthny et al., 1999; Deck & Röckelein, 1999; Faller, Haaf, Kohlmann et al., 1999) zurückzuführen. Diesen sollte in künftigen Studien ein noch höherer Stellenwert beigemessen werden.

Mit der MESTA-Studie liegt erstmals eine umfassende Bestandsaufnahme zur Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlungen vor. Die durchschnittlichen Behandlungseffekte (Effektstärken) über alle Studien und Ergebnismaße ($d=0,51$ für den Entlassungszeitpunkt und $d=0,41$ für die 1-Jahres-Katamnese) sind in der Terminologie von Cohen (1992) als „mittlere“ Effekte einzustufen. Werden hingegen nur Patienten spezifischer Störungsbereiche bei zu Grunde legen störungsspezifischer Messinstrumente betrachtet, dann liegen die Effektstärken deutlich höher, für Patienten mit depressiven Erkrankungen bei $d=1,07$ (Entlassung) und $d=0,76$ (1-Jahres-Katamnese; Löschmann et al., 2006). Für andere Indikationsgruppen, insbesondere Patienten mit somatoformen Störungen sind die Behandlungseffekte deutlich niedriger. Da in der psychosomatischen Rehabilitation nach wie vor ein nicht unbeträchtlicher Anteil an Patienten mit diesem schwierigen Störungsbild, die häufig auch noch ambivalent psychotherapiemotiviert sind, behandelt werden bzw. behandelt werden müssen, ist der Over-all-Effekt höher zu bewerten als z.B. in der psychosomatischen Akutversorgung.

Bei den Prädiktoren der Behandlungsergebnisse kommt v.a. der stationären Behandlungsdauer eine große Bedeutung in dem Sinne zu, dass längere Behandlungen zu besseren Outcomes führen. Hier kann zumindest kritisch diskutiert werden, in wie weit die kostendämpfenden Verkürzungen der Verweildauern tatsächlich zu einem höheren gesamtgesellschaftlichen Nutzen geführt haben. Die etwa ab Mitte der 1990er Jahre von den Leistungsträgern unter Kostengesichtspunkten immer stärker forcierte Reduktion der mittleren stationären Behandlungsdauern führte, insgesamt gesehen, zu einer Verringerung der Ergebnisqualität. Die dennoch ermittelte Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation von bis zu 1:4, das sind bei jährlich etwa 100.000 Behandlungen über 3 Milliarden € pro therapiertem Patientenjahrgang, weist hier in eine deutlich andere Richtung. Psychosomatische Rehabilitation bzw. Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist nicht nur effektiv, sondern auch effizient. Dies kann nicht für alle Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens auf der Grundlage einer so breiten Datenbasis formuliert werden. Auch aus diesem Grund sollte der aktuelle und v.a. auch der künftige Stellenwert dieses Versorgungszweigs nicht unterschätzt werden.

**A. Steffanowski, C. Löschmann, J. Schmidt,
W.W. Wittmann, R. Nübling**

**Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomati-
scher Rehabilitation**

MESTA-STUDIE