



Zentren für seelische Gesundheit

BBRZMED



Methoden zur Bewertung nachhaltiger Wirkungen im Gesundheitsbereich

Birgit Senft, Andreas Affenzeller, Alexandra Schosser
Zentren für seelische Gesundheit BBRZ MED

statistix
simplify your data

22. Jahrestagung der DeGEval:
Evaluation und Nachhaltigkeit
11. bis 13. September 2019 in Bonn



Inhalt

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED 

- *Hintergrund: Evaluation von (psychiatrischer) Rehabilitation*
- *Zielsetzung der Studie*
- *Methodik und Stichprobe*
- *Ergebnisse zur Nachhaltigkeit*
- *Diskussion der Evaluationsmethoden im Reha-Bereich*





Evaluation in der (psychiatrischen) Rehabilitation

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED



- Evaluation als „muss“ und Forschungswille
- „Freiwilligkeit“ bei PatientInnen
- Wirkungsevaluation gewünscht
- RCT als Goldstandard
- experimentelle und quasi-experimentelle Designs nicht umsetzbar
- aber naturalistisch und praxisnah - damit hohe Generalisierbarkeit (Nübling et al., 2015)
- Kausalitätsaussagen problematisch
- Enge Vernetzung zwischen Qualitätssicherung und Evaluation



Methodische Ansätze – quantitativ orientiert

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED

- primär quantitativ
 - Triangulation in Ansätzen
 - Selbsteinschätzung
 - Fremdeinschätzung
 - „objektive“ Daten
 - mehrere Zeitpunkte
 - mehrere Berufsgruppen
 - ÄrztInnen
 - PsychologInnen / Psychoth.
 - ErgotherapeutInnen
 - SportwissenschaftlerInnen
 - Fragebögen
 - Interviews
 - Fokusgruppen
 - Gesundheitsökon. Analysen
- Datentriangulation
- Investigator Triangulation
- Methoden Triangulation



Patient Reported Outcomes PROs

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED



- „... *any report of the status of a patient`s health condition that comes directly from the patient, without interpretation of the patient`s response by a clinician or anyone else*“ (US Food and Drug Administration, 2009)

- Instrumente liegen als standardisierte Verfahren zum Teil in mehreren Sprachen vor

- decken relevante Bereiche ab:
 - Lebensqualität (HRQL: Health-related quality of life)
 - Teilhabe / Partizipation
 - Symptomatik (Depression, Angst, Schmerzen)

- Zusammenhänge zwischen PROs und Sozialversicherungsbeiträgen: subjektiv gebesserte PatientInnen wiesen höher Beitragszahlen auf (Nübling et al., 2017)



Arten der Veränderungsmessung

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED

Indirekte Veränderungsmessung

- Befragung mit standardisierten Verfahren zu (mindestens) zwei Messzeitpunkten
- Differenz prä – post als Maß für die Bedeutsamkeit

Direkte Veränderungsmessung

- Einmalige Befragung nach Ende einer Intervention
- Retrospektive Beurteilung des Zustands vor der Intervention

- Katamnese – Befragung von TeilnehmerInnen in zeitlichem Abstand
- Signifikanztests als Basis für die Bewertung der Veränderung
- Besonderheit einer Vollerhebung



Statistische und klinische Signifikanz

Zentren für seelische Gesundheit

BBRZMED



Statistische Signifikanz

- Prüfung mittels statistischer Testverfahren (mit Messwiederholung)
- abhängig von der Stichprobengröße
- Bewertung der Bedeutsamkeit durch Effektgrößen (Cohen 1998)
- „durchschnittliche“ Verbesserung
- Subgruppenanalysen möglich

Klinische Signifikanz

- Verringerung um einen Wert mindestens im Ausmaß der kritischen Differenz auf Einzelfall-Ebene
- **zusätzlich**
- Verbesserung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich
- Aussage über Anteil klin. sig. gebesserter Personen

„Praktische Signifikanz“ (Beywl, 2010)



Messwiederholung als Basis für die Evaluation von Nachhaltigkeit

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED



Zielsetzung der Studie

- Welcher Behandlungserfolg zeigt sich unmittelbar bei Reha-Ende
- Wie gut können die Effekte im Jahr nach der Rehabilitation gehalten werden?

Interne Evaluation



Ambulante medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Österreich - Phase II

Zentren für seelische Gesundheit

BBRZMED



- **ganztags-ambulant**
- Behandlungsdauer Phase 2: **6 Wochen**
- **ca. 25 Therapieeinheiten pro Woche**
- **Verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt**
- **störungsspezifische** Gruppentherapien (z.B. Depression, Angst), Störungsübergreifende Gruppentherapien (z.B. SKT, Skillstraining), Einzelpsychotherapie, ärztliche Visiten, Ergotherapie, Sozialarbeit, Entspannungstherapie, Bewegungstherapie
- **Zielsetzungen:**
 - *Wiederherstellung der Gesundheit*
 - *bestmögliche Re-Integration in berufliches und soziales Umfeld*
 - *Planung weiterführender Therapie- und Reha-Konzepte*
 - *Präventive Maßnahmen*
 - *Vermeidung von Pflegebedürftigkeit*



Methodik: Schriftliche Befragung zu Beginn und Ende der Rehabilitation und 1 Jahr danach

- **primary outcome: Beck Depressions-Inventar (Hautzinger 2006)**

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**.

Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin oft traurig.
- 2 Ich bin ständig traurig.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- 2 Ich bin von mir enttäuscht.
- 3 Ich lehne mich völlig ab.





Stichprobe (Jänner 2014 bis März 2018)

Zentren für seelische Gesundheit

BBRZMED



	t₀ und t₁ Beginn und Ende N = 2.433	t₂ 1 Jahr danach N = 746 (31% Rücklauf)
Alter	ø 43,98 (SD=9,80)	ø 45,36 (SD=9,28)
Geschlecht (männlich)	36,6%	36,5%

Diagnosen nach ICD10

- F3 Affektive Störungen: N = 1.641 (67,4%)
- F4 Neurot./Belast./somat. Störungen N = 538 (22,1%)
- F6 Persönlichk./Verhaltensstörungen N = 136 (5,6%)
- Sonstige N = 118 (4,9%)



Beruflicher Status

Bei Reha-Beginn:

■ Berufstätig	N = 715	29,4%
■ Arbeitslos	N = 1.426	58,6%
■ RehaGeld/BU/IP	N = 186	7,6%
■ sonstige	N = 32	1,4%
■ keine Information	N = 74	3,0%

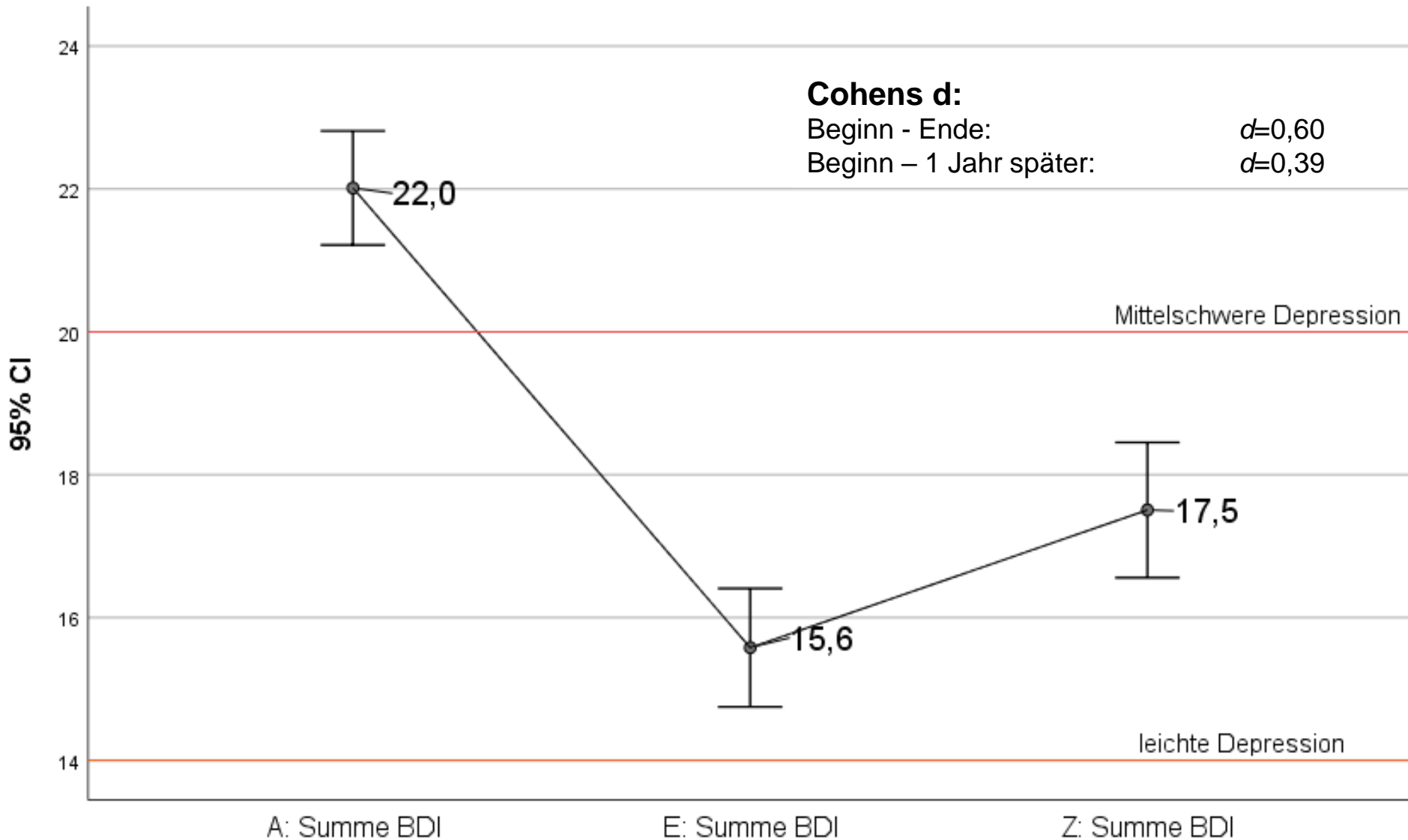
1 Jahr nach Reha-Ende:

■ Berufstätig	N = 258	34,6%
■ Arbeitslos	N = 402	53,9%
■ RehaGeld/BU/IP	N = 45	6,0%
■ sonstige	N = 5	0,7%
■ keine Information	N = 36	4,8%





Beck Depressions-Inventar (Beck, 2006)

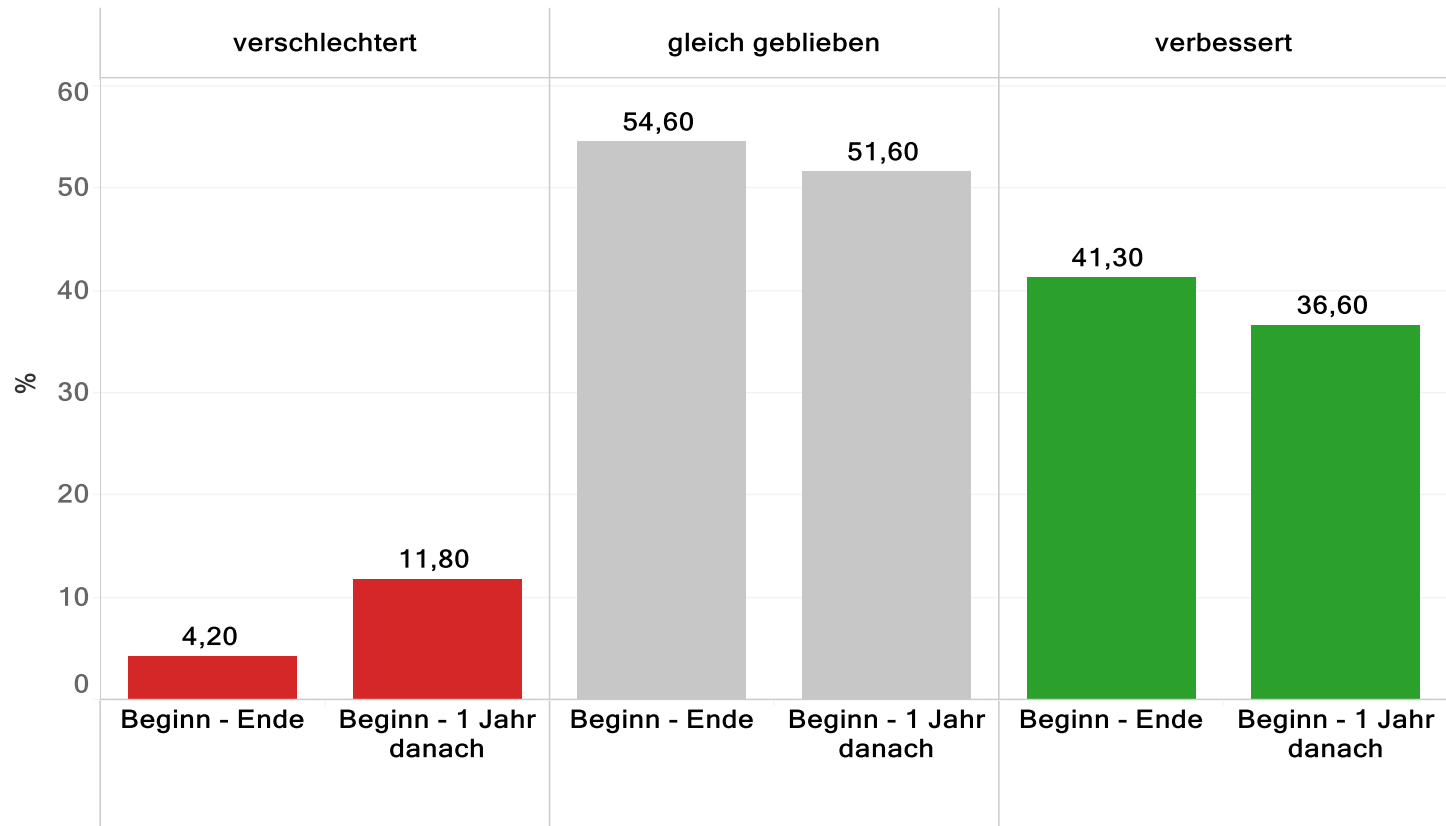




Veränderungen (kritische Differenz)

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED

Anteil signifikanter Veränderungen bei Beginn und Ende der Rehabilitation (N = 2.433)
sowie 1 Jahr danach (N = 746)



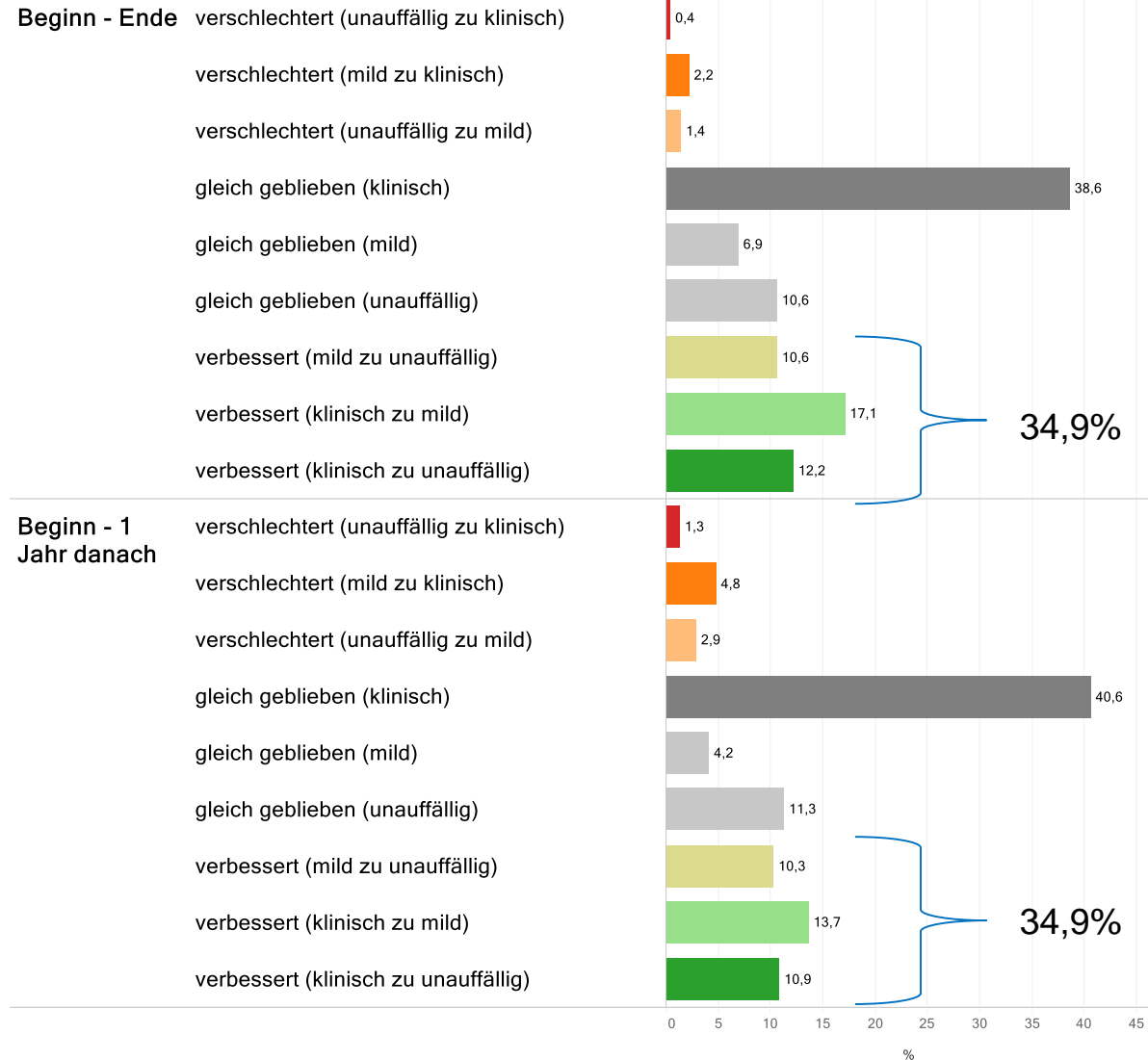


Klinisch signifikante Veränderungen

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED



Klinisch signifikante Veränderungen





Zusammenfassung und Diskussion

- **Symptomfreiheit und Lebensqualität als zentrale Indikatoren für Nachhaltigkeit im Reha-Setting**
- **Weitere häufig genutzte Indikatoren:**
 - Teilhabe
 - Return to work / Rentenquote
 - stationäre Aufenthaltstage
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten / Beitragszahlen (DRV)
- **Reha-Erfolg bei Ende der Behandlung zufriedenstellend**
 - Effektgrößen liegen im Zielbereich
 - Anteil „geheilte“ PatientInnen feststellbar (Recovery)
 - Nachhaltigkeit - gemessen am Reha-Erfolg ein Jahr später - zu einem hohen Anteil noch gegeben
- **Voraussetzungen zur Durchführung**
 - Zugänglichkeit der ProbandInnen und Pseudonymisierung
 - Vorliegen standardisierter Fragebögen / Testverfahren mit Normwerten und kritischen Differenzen





Fazit / Ausblick

■ **Aktuelle Studienansätze**

- Externer Studienarm (Mathis-Edenhofer, et al., in prep.)
- Gesundheitsökonomische Analysen (Schosser et al., in prep.)
- Biographische Fallstudien (Meschnig, v. Kardorff & Klaus, 2019)

■ **Funktion und Nutzen der Evaluation**

- Kontrollfunktion: Grad der Zielerreichung
- Legitimitätsfunktion
- Erkenntnisfunktion (Vergleich von Therapien, Subgruppen)
- Qualitätssicherung

- **Ansätze aus dem Gesundheitsbereich sind – bei aller berechtigter Kritik - durchaus auf andere Politikfelder übertragbar**





Literatur

Zentren für seelische Gesundheit
BBRZMED



- Beywl, W. (2010). Zur (Nicht-)Angemessenheit von Signifikanztests in der Evaluation. https://www.univation.org/download/Beywl_Signifikanz_Maerz_2010.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.). Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hautzinger, M., Keller F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision. Manual*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Meschnig, A., Kardorff, E. von & Klaus, S. (2019). Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Die Rehabilitation*, 58 (3), 153–162. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101814>
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Holstiege, J., Martin, H. et al. (2015). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, 27 (07), 77–94. <https://doi.org/10.5414/PRX00476>
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G. et al. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation. Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. *Die Rehabilitation*, 56 (1), 22–30. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118580>
- US Food and Drug Administration. (2009). *Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Guidance for Industry*, US Department of Health and Human Services. Zugriff am 29.08.2019. Verfügbar unter <https://www.fda.gov/media/77832/download>