

## Zusammenfassung

Vorzeitige Entlassungen – oft auch als Behandlungsabbrüche bezeichnet – ereignen sich in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen bei ca. 9 % aller Behandlungen. Damit besitzen sie im Vergleich zu somatischen Indikationsbereichen ein hohes Gewicht. Da sie mit eingeschränkten Behandlungsergebnissen, Unzufriedenheit auf Behandler- und Patientenseite und finanziellen Einbußen für Klinik und Leistungsträger einhergehen können, stellt sich die Frage nach ihrer Vermeidbarkeit und damit nach ihren Ursachen. Die Forschungslage zu Abbruchursachen weist beträchtliche methodische Defizite auf und ist nur schwer vergleichend zu bewerten. Vereinzelt werden jedoch Hinweise auf eine geringere Behandlungsmotivation bei vorzeitig im Vergleich zu regulär entlassenen Patienten berichtet.

Um den Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Behandlungsabbruch genauer zu untersuchen, wurde in der vorliegenden Arbeit ein literaturbasiertes Theoriemodell des Behandlungsabbruchs entwickelt. Zentrale Modellannahmen wurden anschließend geprüft. Dabei bestanden die empirischen Zielsetzungen

1. in der Überprüfung der vom Modell angenommenen Erklärungsbeiträge für die zentrale Variable Intention zur Mitarbeit und
2. einer Beantwortung der Frage, inwieweit sich Therapieabbrüche mit Hilfe der vor Behandlungsbeginn erhobenen motivationalen, sozialmedizinischen, klinischen und soziodemographischen Ausgangslage vorhersagen lassen.

Zur Überprüfung beider Fragestellungen wurden  $N = 4638$  Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Zeitpunkt unmittelbar nach Bewilligung der Maßnahme im Hinblick auf motivationale, sozialmedizinische, klinische und soziodemographische Variablen schriftlich befragt. Nach Behandlungsende wurden die Entlassungsform und weitere relevante Daten des Entlassungsberichts erfasst.

Die Intention zur Mitarbeit (Fragestellung 1) ließ sich erwartungsgemäß mit hoher Varianzaufklärung durch die Variablen (1) Bedrohung durch Symptome, (2) Ergebniserwartung und (3) Kompetenzerwartung erklären. Danach ist ein Patient umso mehr zur aktiven Mitarbeit entschlossen, (1) je höher sein Leidensdruck ist, (2) je mehr Hoffnung bzgl. einer Beschwerdeverbesserung er an die Behandlung knüpft und (3) je stärker er sich die mit einer aktiven Mitarbeit verbundenen Verhaltensweisen (Selbstreflexion, Selbstoffenbarung etc.) zutraut. Nicht erwartet ergaben sich auch geringe Erklärungsbeiträge für folgende Variablen: (4) Klärung psychischer Probleme als Behandlungsziel, (5) Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit als Behandlungsziel, (6) Verneinung

psychischer Hilfsbedürftigkeit, (7) Wissen über Psychotherapie und (8) Initiative zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme. Die Mitarbeitersintention eines Patienten ist danach umso höher, (4) je stärker er eine Klärung psychischer Probleme sowie (5) die Herstellung körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit anstrebt, (6) je offener er gegenüber einer Psychotherapie ist, (7) je mehr Vorwissen er über Psychotherapie hat und (8) je aktiver er sich um die aktuelle Behandlung bemüht hat.

Regressions- und pfadanalytische Ergebnisse stützen ein nicht-hierarchisches, mehrdimensionales Motivationsmodell, in dem alle acht Variablen gemeinsam zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit beitragen, den Variablen Bedrohung, Ergebniserwartung und Kompetenzerwartung aber besonderes Gewicht zukommt.

Behandlungsabbrüche (Fragestellung 2) ließen sich anhand der motivationalen Ausgangslage nicht vorhersagen. Von den übrigen untersuchten Variablen standen ein Alter unter 30 Jahren und eine fehlende Berufstätigkeit in geringem Zusammenhang mit Behandlungsabbrüchen. In einer binär-logistischen Regression verblieb das Alter als einziger Prädiktor, allerdings mit sehr geringem Vorhersagewert, der keine zuverlässige Abbruch-Prognose leistete.

Nach diesen Ergebnissen scheint die Therapiemotivation vor Behandlungsbeginn für den späteren Verbleib in der Behandlung nicht bedeutsam zu sein. Die leichte Häufung von Abbrüchen bei jungen Patienten könnte über eine empfundene Deplatziertheit unter mehrheitlich älteren Patienten, geringere Beständigkeit in den eigenen Zielsetzungen oder ein insgesamt dynamischeres Lebensumfeld bei diesen Patienten vermittelt sein. In Übereinstimmung mit neueren Untersuchungen ist zu konstatieren, dass sich beim augenblicklichen Stand der Theoriebildung kein Abbrechertyp in Form eines motivationalen, soziodemographischen oder klinischen Profils beschreiben lässt. Möglicherweise wird die Entlassungsform stärker von externen Ereignissen oder Faktoren des therapeutischen Prozesses beeinflusst, die nicht mit den hier erhobenen Variablen korreliert sind.

Spezifische Interventionen zur Verringerung von Abbruchquoten, die auf eine Erhöhung der Ausgangsmotivation abzielen (wie beispielsweise schriftliche Vorinformationen oder ambulante Vorphasen), lassen sich mit den vorliegenden Ergebnissen nicht begründen. Ebenso wenig erlauben sie eine gezielte Patientenauswahl zur Vermeidung von Abbrüchen. Die überwiegende Unkorreliertheit von patientenseitigen Ausgangsvariablen mit der Entlassungsform spricht vielmehr für Verlaufsbeobachtungen zum Erkennen drohender Abbrüche. Zukünftige Forschungsarbeiten zu Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen sollten deshalb in Prozessanalysen bestehen, die anstelle ausschließlich patientenseitiger Variablen vermehrt Aspekte der Person-Umwelt-Interaktion fokussieren.