



Psychotherapeutische Versorgung im Rahmen psychosozialer Rehabilitation: Eine quantitative Untersuchung zur soziodemographischen Charakteristik der Klient:innen und den Behandlungsergebnissen in einer oberösterreichischen Reha-Klinik

Carlos Watzka · Carola Hinterstoisser

Angenommen: 1. Oktober 2025
 © The Author(s) 2025

Zusammenfassung Der Beitrag erörtert soziodemographische Charakteristik sowie Evaluationsresultate zu Klient:innen einer stationärer psychosozialen Rehabilitationseinrichtung auf Basis einer quantitativen Erhebung mittels SIBAR sowie Mini-ICF-APP zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende des üblicherweise sechswöchigen Aufenthalts. Die statistische Analyse zu 219 Klient:innen, verglichen mit Daten für die Gesamtbevölkerung, zeigt u. a. eine leichte Überrepräsentation weiblicher Personen, ein nur mäßig erhöhtes Durchschnittsalter und einen erhöhten Anteil von Personen mit Matura als höchster abgeschlossener Schulbildung. Ein erheblicher Teil war von Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbslosigkeit betroffen. Unter den erwerbstätigen Klient:innen waren solche aus gering qualifizierten Berufsklassen deutlich unterrepräsentiert. Hinsichtlich des Behandlungserfolgs wurden vor allem positive Kompetenzveränderungen betreffend „Flexibilität“ und „Selbstbehauptungsfähigkeit“ festgestellt. Die Effektstärken stellen sich mit Cohen $d = 1,2$ bzw. $1,5$ hoch dar.

Schlüsselwörter Psychosoziale Rehabilitation · Versorgungsforschung · Funktionsbeeinträchtigungen · Soziodemographische Differenzen · Erwerbsunfähigkeit

Psychotherapeutic care within the frame of psychosocial rehabilitation. A quantitative inquiry into sociodemographic characteristics of clients and results of treatment within a rehabilitation clinic in Upper Austria

Summary The contribution discusses sociodemographic characteristics and results of an evaluation for clients of a clinic for psychosocial rehabilitation, based upon a quantitative survey using SIBAR, and Mini-ICF-APP at the begin and the end of the sojourn of a duration of usually 6 weeks. Statistical analysis on 219 clients compared with population data shows a slight over-representation of female patients, a somewhat higher mean in age and a higher proportion of persons with secondary school as highest completed formal education. A large share was affected by incapacity or lack to work. Among those, who were still employed, a comparatively small number of persons belonged to low qualified occupational classes. Concerning the outcome of treatment, mainly positive changes of competences in “flexibility” and “self-assertion” were registered. Effect sizes were strong, with Cohen $d = 1.2$ respectively 1.5 .

Keywords Psychosocial rehabilitation · Health services research · Functional impairments · Sociodemographic differences · Incapacity of employment

Einleitung: Forschungsfrage und Methodik

Im Jahr 2019 wurde im Sonnenpark Bad Hall – promente Reha, einer stationären Einrichtung zur psychosozialen (respektive sozialpsychiatrischen) Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankun-

C. Watzka (✉)
 Department für Psychotherapiewissenschaft,
 Sigmund Freud Privat Universität Linz,
 Adalbert-Stifter-Platz 2, 4020 Linz, Österreich
cw@trinum.at

gen in Oberösterreich (Pro Mente Reha 2025; Schöny et al. 2018, S. 122) die Aggregierung von prozessgenerierten Routinedaten initiiert, um Effekte des Behandlungsangebots, insbesondere der einzel- und gruppentherapeutischen Komponenten quantitativ zu untersuchen.¹

Mittels standardisierter Klassifikationssystemen wie der ICF können Funktionsbeeinträchtigungen im psychischen Bereich, und ihre Veränderungen im Behandlungsverlauf vergleichsweise reliabel und valide untersucht werden (DIMDI 2005; Schöny et al. 2018, S. 61–86). Im konkreten Fall kann zwar auf die *spezifische* Wirksamkeit einzelner Bestandteile der Rehabilitation nicht direkt geschlossen werden, jedoch können die Gesamteffekte von Kompetenzverbesserungen im Behandlungsverlauf konstatiert werden – gemäß dem „Gesetz der großen Zahl“ am besten für *durchschnittlich* erzielte Wirkungen (Henze 2023, S. 221).

Zu der Behandlungskomponenten zählen im konkreten Fall neben dem mehrwöchigen stationären Aufenthalt selbst die psychiatrisch-medizinische sowie die psychotherapeutische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting. Hinzu kommen weitere, individuell variierende Komponenten, wie Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kreativtherapie, Psychoedukation, pflegerische, diätologische und sozialarbeiterische Betreuung bzw. Beratung (Pro Mente Reha 2025; Stelzig-Schöler et al. 2009; Haberfellner et al. 2006).

Erhebungsinstrumente, Durchführung und Datenanalyse

Für die Datenerhebung kam einerseits das im deutschsprachigen Rehabilitationssektor häufig gebrauchte Screening-Instrument SIBAR zur Anwendung (Bürger und Deck 2009a, b), welches für die österreichische sozialversicherungsrechtliche Lage leicht adaptiert wurde, andererseits die Rating-Skala Mini-ICF-APP (Linden et al. 2015, 2018). Die 2019 begonnene Erhebung konnte ab Beginn der Corona-Pandemie hierzulande im Frühjahr 2020 nicht mehr so systematisch wie geplant weitergeführt werden, sodass viele Datensätze unvollständig blieben. Auch standen für die geplanten statistischen Auswertungen zunächst keine personellen Kapazitäten zur Verfügung. Im Jahr 2023 kam es zu einer Wiederaufnahme der Aufbereitung vorhandener Daten im Rahmen einer Forschungskooperation der beiden Autor:innen. Die Kontrolle der

¹ Im Bereich der psychischen Gesundheit allgemein, und der Psychotherapie im Besonderen, sind mit statistisch-quantitativen Untersuchungen spezifische Herausforderungen verbunden, vor allem aufgrund einer nur teilweise realisierbaren „Standardisierbarkeit“ der Behandlungsverläufe (Gelo et al. 2015). Mit der durch den primären Kostenträger Pensionsversicherungsanstalt vorgegebenen Orientierung am Ziel der Wiederherstellung beruflicher Arbeitsfähigkeit hat die Frage nach Wirksamkeitsnachweisen aber beträchtliche Bedeutung auch in ökonomischer Hinsicht (Sagerschnig et al. 2018).

Tab. 1 Demographische Charakteristik der Klient:innen in der Stichprobe

Alter in J.	Frauen		Männer		Gesamt	
	H.	%	H.	%	H.	%
20–29	17	14,0	11	11,2	28	12,8
30–39	12	9,9	11	11,2	23	10,5
40–49	28	23,1	25	25,5	53	24,2
50–59	55	45,5	43	43,9	98	44,7
60+	9	7,4	8	8,2	17	7,8
Gesamt	121	100	98	100	219	100

anonymisierten Datensätze erbrachte, bei Ausschluss solcher mit zu unvollständigen Angaben, eine Summe von 219 auswertbaren Behandlungsfällen. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels der Software SPSS (Brosius 2018).

Ergebnisse

Soziodemographische Merkmale und Erwerbsbeeinträchtigungen der Klient:innen

Im Sample ($N=219$) zeigte sich ein gegenüber der Verteilung in der österreichischen Gesamtbevölkerung (51 % Frauen, 49 % Männer) etwas erhöhter Anteil weiblicher (55 %) und ein etwas geringerer Anteil männlicher (45 %) Patienten in der Stichprobe.² Personen mit non-binärer Geschlechtsidentität waren nicht repräsentiert (Tab. 1). Hinsichtlich der Altersstruktur lag ein Schwerpunkt im mittleren Erwachsenenalter, speziell bei Klient:innen [=Kl.] von 50 bis 59 Jahren, die mit 45 % nahezu die Hälfte aller Behandlungsfälle ausmachten, während die nächsthäufige Altersklasse der 40- bis 49-Jährigen nur mit 24 % vertreten war, alle anderen aber mit maximal 13 %.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung der Altersverteilung ergeben sich nur leichte Varianzen ($\eta^2=0,02$). Das Durchschnittsalter der Kl. betrug 47,0 Jahre (Frauen: 46,8; Männer 47,2) und lag damit etwas höher als das Durchschnittsalter der oberösterreichischen Bevölkerung im Jahr 2019 mit 42,6 (Statistik Austria 2024, Tabelle II).

Die im SIBAR-Fragebogen enthaltenen Erhebungsparameter erfassen auch grundlegende Merkmale zu sozialem Status und Erwerbstätigkeit, die mit jenen der Gesamtbevölkerung verglichen werden können. So zeigt sich, dass etwa die Hälfte der erfassten Kl. (53 %) einen Lehr- oder mittleren Schulabschluss (ohne Matura) aufweisen, was dem Anteil in der oberösterreichischen Bevölkerung von 2019 entspricht (53 %;

² Bei humanwissenschaftlichen Studien mit v. a. kommunikativ zu erhebenden Untersuchungsparametern erscheint den Verfasser:innen die Angabe von relativen Häufigkeiten mit einer Genauigkeit von Zehntelprozenten v. a. einem „Präzisionsfetisch“ geschuldet, welcher eine weder herstellbare noch aussagekräftige „Genauigkeit“ suggeriert. Daher, und zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird in der Erörterung im Fließtext bei prozentuellen Angaben auf ganze Zahlen gerundet.

Tab. 2 Formaler Bildungsgrad der Klient:innen der psychosozialen Rehabilitation (2019/20) in der Stichprobe im Vergleich zur oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (2019)

Höchster Schulabschluss	Frauen			Männer			Gesamt		
	Kl. H.	Kl. %	Bev. %	Kl. H.	Kl. %	Bev. %	Kl. H.	Kl. %	Bev. %
Pflichtschule	23	19,4	21,9	10	10,2	15,4	33	15,2	18,6
Lehre/Mittlere Schule	57	47,9	47,9	57	58,2	58,7	114	52,5	53,3
AHS/BHS mit Matura	25	21,0	13,0	18	18,4	12,1	43	19,8	12,5
Kolleg/FH/Universität	14	13,7	17,2	13	13,3	13,8	27	12,5	15,5
Gesamt	119	100	100	98	100	100	217	100	100

Tab. 3 Berufstätigkeit der Klient:innen der psychosozialen Rehabilitation (2019/20) im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung (ohne Selbständige außerhalb von Land- und Forstwirtschaft)

ÖISCO-Kl.	Frauen			Männer			Gesamt		
	Kl. H.	Kl. %	Bev. %	Kl. H.	Kl. %	Bev. %	Kl. H.	Kl. %	Bev. %
1, 2	10	14,7	13,3	3	6,6	15,1	13	11,5	14,4
3	20	29,4	16,1	13	28,9	16,0	33	29,2	16,0
4	11	16,2	17,1	4	8,9	6,1	15	13,3	10,5
5	16	23,5	24,6	8	17,8	8,3	24	21,2	14,9
6, 7, 8, 9	11	16,1	28,8	17	37,7	54,5	28	24,7	44,1
Gesamt	68	100	100	45	100	100	113	100	100

Österreich insgesamt: 48 %) (Statistik Austria 2022a, S. 525). Personen, die lediglich über Pflichtschulabschluss verfügen, sind mit 15 % versus 19 % etwas unterrepräsentiert. Die Diskrepanz fällt unter männlichen Pflichtschulabsolventen deutlicher aus (10 % vs. 15 %) als unter weiblichen (19 % vs. 22 %). Innerhalb dieses Bevölkerungssegments liegt wohl kaum ein per se geringerer Bedarf an psychosozialer Rehabilitation vor (vgl. Schöny et al. 2018), die Diskrepanz ist wahrscheinlich auf negative Selektionsmechanismen bei Begutachtungen hinsichtlich Rehabilitationsfähigkeit u. ä. zurückzuführen. Personen mit Matura waren demgegenüber überrepräsentiert (20 % vs. 13 % in der Bevölkerung), Personen mit tertiären Bildungsabschlüssen (Kolleg/FH/Universität) aber leicht unterrepräsentiert (13 % vs. 16 %). Demnach nutzen Personen mit AHS- oder BHS-Matura als höchstem Bildungsabschluss das Angebot stationärer psychosozialer Rehabilitation am stärksten (Tab. 2).

Deutliche Abweichungen zeigen sich beim Aspekt der Erwerbstätigkeit selbst: Zwar gaben mit 121 Kl. mehr als die Hälfte (55 %) an, vor Reha-Beginn einer Erwerbstätigkeit nachgegangen zu sein, aber 37 % – 34 % der Frauen, 42 % der Männer – waren entweder arbeitslos, bezogen Rehabilitationsgeld oder eine (Invaliditäts-)Pension. Unter den erwerbstätigen Klient:innen gab der Großteil (71 %) an, mehr als 30 h pro Woche erwerbstätig zu sein (56 % für 38–40 h, also in klassischer Vollzeit). Nur 29 % der erwerbstätigen Kl. erklärten, maximal 30 Wochenstunden zu arbeiten; dabei handelte es sich überwiegend um Frauen.

Einer eingehenden Betrachtung wert schien die Art der Berufstätigkeit: hierzu wurden die in einem offenen Fragefeld genannten Berufsbezeichnungen nach ÖISCO-Klassifikationsschema recodiert. Die Ergebnisse sind, samt Gegenüberstellung zu Vergleichswer-

ten für unselbständig Erwerbstätige sowie Land- und Forstwirt:innen in Österreich 2018 (Statistik Austria 2011, 2021, S. 179, 2022b, S. 29)³, Tab. 3 zu entnehmen.

Wie ersichtlich sind Angehörige der mit dem größten Sozialprestige und höchsten Einkommen ausgestatteten Berufskategorien (Haller 2008) „Führungskräfte und Akademische Berufe“ (ÖISCO 1 und 2) hier eher unterrepräsentiert. „Techniker:innen und gleichrangige Fachkräfte“ – gemeint sind v. a. solche im Gesundheits-, Sozial-, Verwaltungs- und Finanzbereich (ÖISCO 3) – sind dagegen mit 29 % vs. 16 % stark überrepräsentiert. In diesem Segment sind Bedarf und/oder Inanspruchnahmebereitschaft für stationäre psychosozialer Rehabilitation offenbar häufiger gegeben. Die Kategorie „Bürokräfte“ (ÖISCO 4) war dagegen nur geringfügig häufiger vertreten als anhand der Bevölkerungsdaten erwartbar (13 % vs. 11 %). Unter den (wenig qualifizierten) „Dienstleister:innen“ (ÖISCO 5) wiederum entspricht die Quote bei weiblichen Kl. in etwa jener der Bevölkerung (24 % vs. 25 %), wohingegen männliche Kl. mit 18 % vs. 8 % deutlich häufiger vertreten sind, wodurch eine mit 21 % versus 15 % erhöhte Gesamtquote resultiert. Diese Beobachtung verweist auf spezifisch erhöhte psychische Belastungen, aber auch Inanspruchnahmebereitschaft bei erwerbstätigen Männern in solchen Dienstleistungsberufen mit relativ geringem Prestige. Bei Land- und Forstwirt:innen, Handwerker-, Industrie- und Bauar-

³ Zur ISCO-Kategorisierung wurden seitens der Statistik Austria für 2018/19 keine Daten für die Klasse der selbständig Erwerbstätigen publiziert, keine Bundesländer-spezifischen Daten, sowie keine geschlechtsspezifischen Angaben für Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft; letztere wurden für diese Auswertung anhand von Daten zu Betriebsinhaber:innen im Jahr 2018 geschätzt (ca. 2/3 Männer, ca. 1/3 Frauen).

beiter:innen sowie Hilfskräften (ÖISCO 6, 7, 8 und 9) begegnet wiederum eine *Unterrepräsentation* von 25 % vs. 44 % in der Vergleichsbevölkerung. Da kaum angenommen werden kann, dass mentalen Belastungen in diesen Berufsklassen gering wären – so weisen sie deutlich erhöhte Suizidraten auf (Watzka 2008) –, ist auch hier von Selektionseffekten im Vorfeld der Inanspruchnahme als Hauptursache der Diskrepanz auszugehen.

Zu erhobenen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit erscheint berichtenswert: Etwa die Hälfte der Kl. (51 %) befanden sich zu Beginn des Reha-Aufenthalts im Krankenstand; dieser hatte in 12 % der Fälle bereits 3–6 Monate, bei 10 % zwischen 6 Monaten und einem Jahr gedauert. Weiters hatten sich 13 % bereits mehr als 6 Monate in Arbeitslosigkeit befunden. Die allermeisten schätzten sich selbst vor Beginn des Aufenthalts als nur „eingeschränkt leistungsfähig“ (62 %) bzw. „gar nicht leistungsfähig“ (34 %) ein. Auf einer 5-teiligen Skala zu ihrer aktuellen beruflichen Situation befragt, bezeichneten 56 % diese als „stark belastend“ und 18 % als „etwas belastend“, während 20 % die Mittelkategorie „teils-teils“ wählten, und nur 2 % bzw. 4 % diese als „eher“ bzw. „sehr erfüllend“ charakterisierten.

Evaluation der Behandlungsergebnisse

Zu den evaluationsbezogenen Resultaten der Datenanalyse ist vorzuschicken: Für die Erhebung mittels Mini-ICF-APP war den Behandlungsteams überlassen, eine Auswahl der Beurteilungsaspekte zu treffen, wobei ausschließlich jene Fähigkeiten evaluiert wurden, welche auch als individuelle Therapieziele definiert worden waren. Somit stellen bereits die Häufigkeiten vorhandener Ratings aufschlussreiche Informationen dar: Von den 13 grundsätzlich im Erhebungsinstrument enthaltenen Dimensionen der „Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ wurden zu drei Bereichen („Selbstpflege und Selbstversorgung“, „Mobilität und Verkehrsfähigkeit“, „Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen“) mangels Fokus im vorliegenden Kontext gar keine Daten erhoben (zu Ausschlusskriterien für psychosoziale Rehabilitation vgl. Reiter et al. 2020). Bei acht weiteren Fähigkeitsbereichen kam es nur vereinzelt (in weniger als zwanzig Fällen) zu Ratings.

Zu den Kompetenzen „Flexibilität“ sowie „Selbstbehauptungsfähigkeit“ liegen dagegen Daten für 30 % bzw. 69 % der Kl. vor (siehe Tab. 4). Dies reflektiert u. a. die im spezifischen Behandlungssetting erwerbsfähigkeitsorientierter, psychosozialer Rehabilitation häufigen Zielsetzungen der Psychotherapie; in beiden Fällen handelt es sich um Fähigkeiten, hinsichtlich derer Defizite für Betroffene im Erwerbsleben der neoliberalen Gegenwartsgesellschaft oft besonders nachteilige und belastende Folgen haben (Lenz et al. 2013a; von Senarclens de Grancy und Haug 2019).

Tab. 4 Häufigkeiten des Ratings von Kompetenzbereichen gemäß Mini-ICF-APP als Therapieziel (beide Erhebungs-Zeitpunkte) und festgestellte Veränderungen im Zuge des Reha-Aufenthalts ($N = 219$)

Fähigkeitsbereich gemäß Mini-ICF-APP	H.	%	Differenz t2-t1				Diff. MW
			0	1	2	3	
1. Anpassung an Regeln und Routinen	3	1,4	–	2	1	–	1,3
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben	9	4,1	–	9	–	–	1,0
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	65	29,7	18	37	7	3	0,9
4. Kompetenz- und Wissensanwendung	1	0,5	1	–	–	–	–
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	10	4,6	3	6	1	–	0,8
6. Proaktivität und Spontanaktivitäten	16	7,3	1	10	5	–	1,3
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit	11	5,5	5	5	1	–	0,6
8. Selbstbehauptungsfähigkeit*	151	68,9	25	97	25	4	1,1
9. Konversation und Kontaktfähigkeit	18	8,2	3	14	1	–	0,9
10. Gruppenfähigkeit	7	3,2	3	3	1	–	0,7

* Die Fallzahlen der ermittelten Differenzen enthalten hier unter „0“ und „3“ auch zwei Ausreißer, bei welchen ein Wert von „–1“ (Verschlechterung um einen Grad) bzw. 4 (Verbesserung um 4 Grade) konstatiert wurden

Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse zeigt der Vorher-Nachher-Vergleich für sämtliche erfasste Kompetenzen registrierte Verbesserungen beim Großteil der tangierten Kl., meist im Bereich von 1 bis 2 Skaleneinheiten. Die Mittelwerte der Veränderungen liegen durchwegs zwischen 0,7 und 1,3. Betreffend Flexibilität registrieren 72 % der hierzu vorhandenen 65 Datenpaare Fähigkeitsverbesserungen; bei 28 % wurde keine Verringerung der Beeinträchtigung konstatiert – was bedauerlich ist, aber auch zeigt, dass die betreffenden Ratings durchaus differenziert vorgenommen wurden. Analoges kann zu Veränderungen von Selbstbehauptungsfähigkeit gesagt werden: Hier steht eine große Mehrzahl von 83 % festgestellten Reduktionen von Beeinträchtigungen einem Anteil von 17 % gegenüber, bei welchem am Ende der Reha keine Kompetenzverbesserung wahrgenommen wurden. Der Vorher-Nachher-Vergleich zeigt in beiden Fällen eine so klare Tendenz, dass inferenzstatistische T-Testungen für gepaarte Stichproben (die streng genommen angesichts des Nicht-Vorliegens einer Zufallsstichprobe methodisch nicht angemessen erscheint) Signifikanzniveaus von 99,9 % aufweisen. Aussagekräftiger ist die Kalkulation der Effektgröße Cohen's d , deren Werte von 1,2 für Flexibilität bzw. 1,5 für Selbstbehauptungsfähigkeit auf sehr starke Effekte hinweisen (Bortz und Schuster 2010). Weitere Analysen können diesen Befund absichern: so sind die Verbesserungen in diesen beiden Selbstkompetenzdimensionen deutlich positiv

Tab. 5 Festgestellte Differenzen hinsichtlich Kompetenzverbesserungen bei „Flexibilität“ und „Selbstbehauptungsfähigkeit“ nach soziodemographischen Kriterien

Variable/ Merkmal	Flexibilität – Diff. t2-t1		Cohen's d	Selbstbehauptungsfähigkeit – Diff. t2-t1		Cohen's d
	MW	SD		MW	SD	
Frauen	0,8	0,6	–0,19	1,0	0,7	–0,20
Männer	1,0	0,9		1,1	0,8	
Alter 20–49	1,0	0,8	0,12	1,0	0,8	–0,07
Alter 50–69	0,9	0,7		1,1	0,7	
Unter Matura	0,9	0,6	–0,16	1,2	0,7	0,37
Ab Matura	1,0	0,1		0,9	0,8	
Erwerbstätig	1,0	0,8	0,25	1,1	0,6	0,12
Nicht erwerbstätig	0,8	0,7		1,0	0,8	
Gesamt	0,9	0,8	–	1,1	0,7	–

mit der tatsächlichen Dauer des Rehabilitationsaufenthalts korreliert (Pearson's $r=0,38$ bzw. $0,27$).

Weitere Analysen wurden zu Differenzen in den Auswirkungen des Reha-Aufenthalts gemäß soziodemographischen Kriterien wie Geschlecht (binär), Alter (binär: bis 49; ab 50), formalem Bildungsgrad (binär: unter bzw. ab Matura) und Erwerbstätigkeit (binär: ja/nein) hinsichtlich der Verbesserungen von Flexibilität und Selbstbehauptungsfähigkeit durchgeführt (siehe Tab. 5).

Als summarisches Hauptergebnis kann festgehalten werden, dass alle vier Differenzierungsvariablen leichte Divergenzen aufzeigen, diese sind aber fast durchwegs gering mit i. d. R. nur um 0,1 Skalenpunkte vom Gesamt-Durchschnitt abweichenden Gruppenmittelwerten, sowie Werten von 0,1 bis 0,2 für Cohen's d. Die hier untersuchten Kl. profitierten hinsichtlich ihrer Fähigkeiten zu Flexibilität und Selbstbehauptungsfähigkeit demnach weitgehend unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und Erwerbstätigkeit in *durchschnittlich* ähnlichem Ausmaß von der psychosozialen Rehabilitationsmaßnahme.

Eine gewisse Abweichung zeigt sich für die Dimension Selbstbehauptungsfähigkeit in Bezug auf den Bildungsgrad. Hier profitierten Personen mit relativ niedriger formaler Bildung im Mittel stärker, als solche mit höherem Bildungsgrad, indem die festgestellte mittlere Verbesserung bei ersteren bei 1,2, bei zweiten aber bei 0,9 Skalenpunkten lag. Hinzugefügt sei, dass das Mittel der Ausgangswerte zu Beginn der Rehabilitation bei Kl. ohne Matura mit 2,6 Skalenpunkten etwas höher – und damit ungünstiger – lag, als jenes der anderen (2,4). Klient:innen mit niedrigerem formalen Bildungsgrad profitierten demnach ausgehend von einem im Mittel etwas ungünstigeren Anfangsniveau hier im Mittel etwas stärker als andere.

Diskussion

Die hier präsentierten Resultate der Erhebung der Wirksamkeit psychosozialer Rehabilitation mit ihren

u. a. psychotherapeutischen Behandlungsangeboten erscheinen schon deshalb von Belang, weil der Umfang von Forschungspublikationen zur diesbezüglichen Situation in Österreich lange überschaubar geblieben ist⁴; obwohl in Österreich bis Mitte 2025 17 stationäre und 20 ambulante psychosoziale bzw. psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen etabliert wurden (Pochobradsky und Reiter 2025). 2019 konnte eine Metaanalyse – Sprung et al. (2019) – immerhin bereits 12 Evaluationsstudien zur sozialpsychiatrischen Rehabilitation in Österreich auswerten⁵, mit dem Ergebnis von im Durchschnitt beträchtlichen Verbesserungen; diese Studien verwendeten oft Selbstbeurteilungsskalen wie SCL-90, WHOQOL-BREF bzw. Diagnose-spezifische Instrumente wie das BDI, sodass die hier berichtete, anhand der Fremdbeurteilungsskala Mini-ICF-APP erhobene Wirksamkeit der Behandlung eine aufschlussreiche komplementäre Erkenntnis darstellt.

Funding Open access funding provided by Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt C. Watzka und C. Hinterstoisser geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden in der Rehabilitationseinrichtung erhobene Routinedaten anonymisiert ausgewertet, und keine klinischen Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

⁴ Vgl. Schöny et al. (2018, S. 123); zur deutschsprachigen Situation vgl. Rössler und Lauber (2004); Brieger et al. (2017).

⁵ Haberfellner et al. (2004, 2008); Rabenstein (2010); Lenz (2013); Lenz et al. (2013b); Kirnbauer et al. (2013); Platz et al. (2013); Rabenstein et al. (2015); Reininghaus et al. (2017); Riffer et al. (2017, 2018a, b).

- Brieger, P., Weig, W., Bräuning-Edelmann, M., Schubert, M., & Stengler, K. (2017). Psychiatrische Rehabilitation. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1271–1284). Berlin: Springer.
- Brosius, F. (2018). *SPSS. Umfassendes Handbuch zu Statistik und Datenanalyse*. Frechen: MITP.
- Bürger, W., & Deck, R. (2009a). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48(4), 211–221.
- Bürger, W., & Deck, R. (2009b). SIBAR – Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation. Frage- und Auswertungsbogen. <https://www.fbg-karlsruhe.de/downloads>. Zugegriffen: 21. Juni 2025.
- DIMDI (Hrsg.). (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI.
- Gelo, O., Pritz, A., & Rieken, B. (2015). *Psychotherapy research. Foundations, process and outcome*. Wien: Springer.
- Haberfellner, E., Grausgruber-Berner, R., & Schöny, W. (2004). Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im ‚Sonnenpark‘ in Bad Hall. *Neuropsychiatrie*, 18(1), 18–24.
- Haberfellner, E., Schöny, W., Platz, T., & Meise, U. (2006). Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatrie*, 20, 215–218.
- Haberfellner, E., Jungmayr, J., Grausgruber-Berner, R., & Grausgruber, A. (2008). Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich. *Rehabilitation*, 47(3), 164–171.
- Haller, M. (2008). *Die österreichische Gesellschaft. Sozialstruktur und sozialer Wandel*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Henze, N. (2023). *Stochastik für Einsteiger*. Berlin: Springer.
- Kirnbauer, V., Lenz, G., Osterkorn, M., Pintzinger, N., Rabenstein, R., & Schmatz, T. (2013). *Qualitätsbericht der ambulanten Reha-Klinik, Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau*. Wien: Eigenverlag.
- Lenz, G. (2013). Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen. *Spectrum Psychiatrie*, 3, 20–23.
- Lenz, G., Rabenstein, R., Reschauer, G. (Hrsg.) (2013a). Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation. Wien: facultas.
- Lenz, G., Rabenstein, R., Kirnbauer, V., Buger, C., Knogler, V., & Malfent, D. (2013b). Ambulante psychiatrische Rehabilitation. Das Zentrum für Seelische Gesundheit Wien-Leopoldau. In G. Lenz, R. Rabenstein & G. Reschauer (Hrsg.), *Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation* (S. 118–134). Wien: facultas.
- Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2015). *Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Manual*. Bern: Huber.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. (2018). *Exploration mittels Mini-ICF-APP*. Berlin: DRV.
- Platz, T., von Bohlen, H., Mitterer, T., & Senft, B. (2013). *Qualitätsbericht 2011. Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt*. Klagenfurt: Eigenverlag.
- Pochobradsky, E., & Reiter, D. (2025). Österreichischer Rehabilitationskompass. <https://rehakompass.goeg.at/>. Zugegriffen: 21. Juni 2025.
- Pro Mente Reha. (2025). Zentrum für psychosoziale Gesundheit Sonnenpark Bad Hall. <https://www.promente-reha.at/standorte/sonnenpark-bad-hall>. Zugegriffen: 21. Juni 2025.
- Rabenstein, R. (2010). *Evaluation in der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen anhand des Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf*. Wien: Arge Bildungsmanagement.
- Rabenstein, R., Pintzinger, N., Knogler, V., Kirnbauer, V., Lenz, G., & Schosser, A. (2015). Wirksamkeit eines ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogramms – eine Wartelistenkontrollgruppenstudie. *Verhaltenstherapie*, 25(3), 192–200.
- Reininghaus, B., Riedrich, K., Dalkner, N., Rieger, A., Lehner, L., & Altmanninger, A. (2017). Psychologische und somatische Veränderungen durch eine psychiatrische Rehabilitationsmaßnahme – Eine Evaluationsstudie. *Psychologische Medizin*, 28(2), 8–13.
- Reiter, D., Fülöp, G., Pochobradsky, E., Röthlin, F., & Stoppacher, A. (2020). *Rehabilitationsplan 2020*. Wien: GÖG.
- Riffer, F., Sprung, M., & Kaiser, E. (2017). Evaluationsergebnisse der Rehabilitationsklinik Gars am Kamp. *Spectrum Psychiatrie*, 3, 34–37.
- Riffer, F., Sprung, M., Streibl, L., & Kaiser, E. (2018a). Relevanz von Erkrankungsart und beruflichem Status für die Ergebnisse psychiatrischer Rehabilitation. *Neuropsychiatrie*, 21(1), 33–43.
- Riffer, F., Sprung, M., Streibl, L., & Kaiser, E. (2018b). Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen. In F. Riffer, E. Kaiser, M. Sprung & L. L. Streibl (Hrsg.), *Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz* (S. 227–241). Berlin: Springer.
- Rössler, W., & Lauber, C. (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Sagerschnig, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Kern, D., Sator, M., & Zuba, M. (2018). *Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote*. Wien: GÖG.
- Schöny, W., Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M., & Koren, G. (2018). *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Berlin: Springer.
- von Senarclens de Grancy, M., & Haug, R. (2019). *Suizidalität am Arbeitsplatz*. Berlin: Springer.
- Sprung, M., Münch, H., Kaiser, E., Streibl, L., & Riffer, F. (2019). Meta-Analyse der Evaluationsergebnisse psychiatrischer-psychosomatischer Rehabilitation in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 33(8), 8–24.
- Statistik Austria (2011). *Systematik der Berufe ÖISCO-08*. Bd. 1. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2021). *Verdienststruktur-Erhebung 2018*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2022a). *Bildung in Zahlen 2020/21. Tabellenband*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2022b). *Agrarstrukturerhebung 2020*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2024). Demographische Indikatoren. Zeitreihen 1961–2023 – Oberösterreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung>. Zugegriffen: 21. Juni 2025.
- Stelzig-Schöler, R., Keglevic, M., & Haberfellner, E. (2009). Psychiatrische Rehabilitation in Österreich. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 5, 10–16.
- Watzka, C. (2008). *Sozialstruktur und Suizid in Österreich*. Wiesbaden: VS.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.