

## **Projektbericht:**

**„Verbesserung der Vorbereitung von orthopädischen Rehabilitanden auf die Rehabilitation durch diagnosegruppenspezifische Informationen im Vorfeld (Reha-Info – Re.In!)“**

**Laufzeit:**

01.05.2010 – 31.10.2014

**Förderung:**

Gefördert durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Assoziiert mit dem NRW-Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften

Unterstützt durch das Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

**Durchführung:**

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney; Abteilung Bad Rothenfelde

Auf der Stöwwe 11

49214 Bad Rothenfelde

Abteilungsleiter: Prof. Dr. med. Bernhard Greitemann, Dipl.-Oec.

Projektleiterin: Claudia Niemeyer, Dipl.-Psych.

Dokumentationsassistentin: Monika Schaidhammer, M.A.

**Kooperation:**

Reha Klinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland der DRV Westfalen

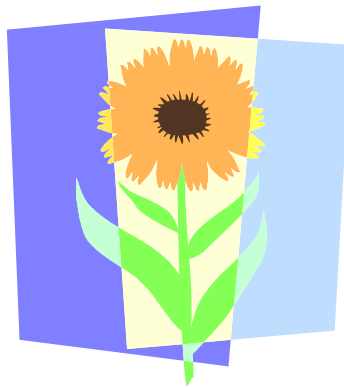
**Kontakt:**

Dipl.-Psych. Claudia Niemeyer

Tel.: 05424/220-472; Fax: 05424/220-345

c.niemeyer.ifr@klinik-muensterland.de

## **Danksagung**



Wir danken  
dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney  
für die Finanzierung des Projektes,  
sowie allen beteiligten Mitarbeitern und Patienten  
für ihre engagierte Unterstützung!

<b>„Gestatten, mein Name ist Willi.“</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Hintergrund</b> .....	<b>5</b>
2.1 Theoretischer Hintergrund .....	5
2.1.1 Erwartungen – Zufriedenheit – Motivation – Erfolg.....	5
2.1.2 Reha-Ziele als zentraler, aber ungenügend beachteter Bestandteil der Rehabilitation.....	10
2.2 Verwandte Ansätze zur Vorab-Information von Patienten.....	12
2.2.1 Ansätze aus der Akutmedizin .....	13
2.2.2 Ansätze aus der Rehabilitation .....	16
<b>3. Ziele und Fragestellungen von Re.In!</b> .....	<b>29</b>
3.1 Ziele, Pläne und die Realität des Projektes.....	29
3.2 Fragestellung und Hypothesen der Evaluation .....	31
<b>4. Grundlegendes zur Methodik der Studie – Die 4 Arbeitsschritte</b> .....	<b>34</b>
4.1 Die Ist-Analyse .....	34
4.2 Die Bedarfsanalyse .....	34
4.3 Die Optimierung des Materials.....	35
4.4 Die Evaluation .....	35
<b>5. Schritt 1: Die Ist-Analyse</b> .....	<b>38</b>
5.1 Hintergrund .....	38
5.2 Methodik .....	38
5.3 Ergebnisse .....	39
5.3.1 Print-Material .....	39
5.3.2 Website der Klinik Münsterland .....	44
5.3.3 Audiovisuelles Material / Filme .....	51
5.4 Diskussion.....	55
<b>6. Schritt 2: Die Bedarfsanalyse</b> .....	<b>56</b>
6.1 Hintergrund .....	56
6.2 Methodik .....	57

6.2.1 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen und Interviews mit den Mitarbeitern .....	57
6.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen mit den Patienten .....	63
6.2.3 Auswertung der Fokusgruppen und Interviews.....	66
6.3 Ergebnisse .....	66
6.3.1 Bedarf bei den Mitarbeitern .....	66
6.3.2 Bedarf bei den Patienten .....	70
6.4 Diskussion.....	73
<b>7. Schritt 3: Die Optimierung des Materials .....</b>	<b>75</b>
7.1 Hintergrund .....	75
7.1.1 Bildung mit Spaß – Edutainment .....	75
7.1.2 Menschen lieben Geschichten – Storytelling .....	76
7.1.3 Verständlich schreiben – Das Hamburger Verständlichkeitskonzept.....	78
7.1.4 Das kenne ich! – Homogenität in Sprache und Layout.....	79
7.2 Methodik .....	81
7.3 Ergebnisse .....	84
7.3.1 Überarbeitetes Material .....	84
7.3.2 Die neu entwickelte Broschürenreihe „Informationen über Ihre Rehabilitation“ .....	85
7.4 Diskussion.....	91
<b>8. Schritt 4: Die Evaluation .....</b>	<b>94</b>
8.1 Hintergrund .....	94
8.2 Gesamtes realisiertes Design .....	94
8.3 Patientenseitige Evaluation .....	95
8.3.1 Methodik.....	95
8.3.1.1 Design und Instrumente.....	95
8.3.1.2 Zuordnung zu den Gruppen und Versendung des Materials .....	98
8.3.1.3 Stichprobe.....	99
8.3.2 Ergebnisse .....	106
8.3.2.1 Nutzung und Bewertung des Materials .....	107
8.3.2.2 Nützlichkeit der Materialien .....	116
8.3.2.3 Bewertung des eigenen Informationsstandes .....	122
8.3.2.4 Erwartungen an die Reha .....	130

8.3.2.5 Reha-Ziele .....	154
8.3.2.6 Bewertung der Reha zum Reha-Ende .....	157
8.3.2.7 Reha-Erfolg.....	185
8.3.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der patientenseitigen Evaluation.....	194
8.4 Mitarbeiterseitige Evaluation .....	199
8.4.1 Methodik.....	199
8.4.1.1 Design und Instrumente.....	199
8.4.1.2 Stichprobe.....	200
8.4.2 Ergebnisse .....	205
8.4.3 Diskussion .....	215
<b>9. Zusammenfassung der Studie .....</b>	<b>217</b>
9.1 Hintergrund .....	217
9.2 Ziel des Projektes.....	217
9.3 Schritt 1: Die Ist-Analyse.....	218
9.4 Schritt 2: Die Bedarfsanalyse .....	218
9.5 Schritt 3: Die Optimierung des Materials.....	219
9.6 Schritt 4: Die Evaluation.....	221
<b>10. Implikationen für die Praxis.....</b>	<b>227</b>
<b>11. Fazit.....</b>	<b>233</b>
<b>12. Literatur .....</b>	<b>234</b>

# Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

## Tabellen:

Tabelle 1: Ist-Analyse: Übersicht über das Print-Material, das den Patienten vor der Reha zugeschickt wurde .....	40
Tabelle 2: Bedarfsanalyse: Kategorien der Mitarbeiteraussagen .....	69
Tabelle 3: Bedarfsanalyse: Kategorien der Patientenaussagen .....	73
Tabelle 4: Arzteinschätzung: Glauben Sie, dass der Patient zur Vorbereitung das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat? .....	207
Tabelle 5: Therapeuteinschätzung: Glauben Sie, dass der Patient zur Vorbereitung das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat? .....	209
Tabelle 6: Arzteinschätzungen der Informiertheit der Patienten (diagnosegruppenspezifisch).....	210
Tabelle 7: Therapeuteinschätzungen der Informiertheit der Patienten (diagnosegruppenspezifisch).....	211

## Abbildungen:

Abbildung 1: Postulierte Beziehung zwischen Zufriedenheit (symbolisiert durch +), Unzufriedenheit (symbolisiert durch -) und Motivation für vier verschiedene Motivationsformen. (Quelle: Scheffer & Kuhl, 2003, S. 17.) .....	7
Abbildung 2: Besetzung der Fokusgruppen und Interviews für die Bedarfsanalyse unter den Mitarbeitern der Klinik Münsterland.....	58
Abbildung 3: Übersicht über die 5 in der Bedarfsanalyse mit den Mitarbeitern verwendeten Musterpatienten .....	60
Abbildung 4: Gesprächsleitfaden für die Bedarfsanalyse mit Klinikmitarbeitern .....	62
Abbildung 5: Besetzung der Fokusgruppen für die Bedarfsanalyse unter den Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland.....	64
Abbildung 6: Gesprächsleitfaden für die Bedarfsanalyse mit Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen .....	65
Abbildung 7: Unsere Musterpatienten .....	83
Abbildung 8: Ausschnitte aus der Broschüre "Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten mit Rückenschmerzen" .....	91
Abbildung 9: Studiendesign Re.In .....	95
Abbildung 10: Verbleib der randomisierten Patienten.....	100
Abbildung 11: Stichprobenbeschreibung (n=510): Höchster Schulabschluss. 102	
Abbildung 12: Stichprobenbeschreibung (n=510): Höchste abgeschlossene Berufsausbildung.....	102
Abbildung 13: Stichprobenbeschreibung(n=510): Diagnosegruppe.....	103

Abbildung 14: Stichprobenbeschreibung (n=510): Behandlungsart laut Anreiseliste .....	104
Abbildung 15: Stichprobenbeschreibung (n=510): Kostenträger laut Anreiseliste; kategorisiert.....	105
Abbildung 16: Stichprobenbeschreibung (n=510): Kostenträger Rentenversicherung .....	105
Abbildung 17: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Haben Sie das Material erhalten? .....	107
Abbildung 18: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung des Anschreibens .....	108
Abbildung 19: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung des Faltblattes „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“ .....	109
Abbildung 20: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Broschüre „Herzlich willkommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“ .....	109
Abbildung 21: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha...“ .....	110
Abbildung 22: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Website der Klinik Münsterland .....	110
Abbildung 23: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Materials zu t0; Mittelwerte .....	111
Abbildung 24: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Anschreibens zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten .....	112
Abbildung 25: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Anschreibens zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten .....	112
Abbildung 26: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Faltblattes „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“ zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten .....	113
Abbildung 27: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Faltblattes „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten .....	113
Abbildung 28: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Herzlich willkommen...“ zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten .....	114
Abbildung 29: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Herzlich willkommen...“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten.....	114
Abbildung 30: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha“ zu t0 – Äußeres; Verteilung der Antworten .....	115
Abbildung 31: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten .....	115



Abbildung 32: Nutzung und Bewertung des Materials zu t0 (n=510): Differenzierte Bewertungen der Broschüren "Patienteninformation über Ihre Reha..." .....	116
Abbildung 33: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (n=510); Mittelwerte .....	117
Abbildung 34: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (n=510); Verteilung der Antworten .....	118
Abbildung 35: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte .....	118
Abbildung 36: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten .....	119
Abbildung 37: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (n=510); Mittelwerte .....	120
Abbildung 38: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (n=510); Verteilung der Antworten .....	120
Abbildung 39: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte .....	121
Abbildung 40: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten .....	121
Abbildung 41: Subjektiver Informationsstand t0 (n=510); Mittelwerte .....	123
Abbildung 42: Subjektiver Informationsstand t0; n=510; Verteilung der Antworten .....	123
Abbildung 43: Subjektiver Informationsstand t1 (n=510); Mittelwerte .....	124
Abbildung 44: Subjektiver Informationsstand t1 (n=510); Verteilung der Antworten .....	124
Abbildung 45: Subjektiver Informationsstand t2 (n=510); Mittelwerte .....	125
Abbildung 46: Subjektiver Informationsstand t2 (n=510); Verteilung der Antworten .....	125
Abbildung 47: Subjektiver Informationsstand t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte .....	126
Abbildung 48: Subjektiver Informationsstand t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten .....	127
Abbildung 49: Subjektiver Informationsstand t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte .....	127
Abbildung 50: Subjektiver Informationsstand t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten .....	128
Abbildung 51: Subjektiver Informationsstand t2 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte .....	128
Abbildung 52: Subjektiver Informationsstand t2 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten .....	129

Abbildung 53: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Behandlungsarten t0 .....	132
Abbildung 54: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit spezifischer Behandlungsarten t0; Mittelwerte .....	133
Abbildung 55: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über den Erhalt einzelner Behandlungsarten mit dem tatsächlichen Erhalt t0-t2 .....	134
Abbildung 56: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Teilnahme an Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheits-training t0 .....	135
Abbildung 57: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit von Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheits-training t0; Mittelwerte.....	136
Abbildung 58: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über die Teilnahme an Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining mit der tatsächlichen Teilnahme t0-t2 .....	137
Abbildung 59: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen t0.....	138
Abbildung 60: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen t0; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind.....	139
Abbildung 61: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit spezifischer Beratungen und Hilfen t0; Mittelwerte.....	140
Abbildung 62: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen mit dem tatsächlichen Erhalt t0-t2.....	141
Abbildung 63: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über das Auftreten von Merkmalen von Zielvereinbarung zwischen Arzt/ Therapeut und Patient t0 .....	142
Abbildung 64: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit von Merkmalen von Zielvereinbarung zwischen Arzt/ Therapeut und Patient t0; Mittelwerte .....	143
Abbildung 65: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutete Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0 .....	144
Abbildung 66: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit der Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0.....	144
Abbildung 67: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutete Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0 .....	145
Abbildung 68: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit der Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0; Mittelwerte .....	145

Abbildung 69: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zu Linderung der Beschwerden geeignet sein? t0; Verteilung der Antworten .....	146
Abbildung 70: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zu Linderung der Beschwerden geeignet sein? t0; Mittelwerte .....	147
Abbildung 71: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zu Linderung der Beschwerden geeignet sein? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2 .....	148
Abbildung 72: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden Sie vermutlich die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollen? t0; Verteilung der Antworten.....	149
Abbildung 73: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden Sie vermutlich die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollen? t0; Mittelwerte .....	149
Abbildung 74: Erwartungen an die Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2.....	150
Abbildung 75: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen beim Umgang mit der Erkrankung helfen? t0; Verteilung der Antworten.....	151
Abbildung 76: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen beim Umgang mit der Erkrankung helfen? t0; Mittelwerte .....	151
Abbildung 77: Erwartungen an die Reha (n=510): Hilft Behandlung angemessener mit Problemen umzugehen? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2 .....	152
Abbildung 78: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t1; Mittelwerte .....	153
Abbildung 79: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t1; Verteilung der Antworten .....	153
Abbildung 80: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t2; Mittelwerte .....	153
Abbildung 81: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t2; Verteilung der Antworten .....	153
Abbildung 82: Reha-Ziele zu t0 (n=510); absteigende der Häufigkeit der Nennungen in der Gesamtgruppe .....	155
Abbildung 83: Reha-Ziele zu t0 (n=510); Differenz der Häufigkeit der Nennungen in Studien- und Kontrollgruppe.....	156
Abbildung 84: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der ärztlichen Betreuung t2; Mittelwerte .....	158
Abbildung 85: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der ärztlichen Betreuung t2; Verteilung der Antworten .....	158
Abbildung 86: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der pflegerischen Betreuung t2; Mittelwerte .....	160

Abbildung 87: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der pflegerischen Betreuung t2; Verteilung der Antworten .....	160
Abbildung 88: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Behandlungen t2; Mittelwerte .....	162
Abbildung 89: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Behandlungen t2; Verteilung der Antworten .....	163
Abbildung 90: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining t2; Mittelwerte .....	165
Abbildung 91: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining t2; Verteilung der Antworten .....	165
Abbildung 92: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Beratungen und Hilfen t2; Mittelwerte .....	167
Abbildung 93: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Beratungen und Hilfen t2; Verteilung der Antworten .....	167
Abbildung 94: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung von Reha-Plan und Reha-Zielen t2; Mittelwerte .....	168
Abbildung 95: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung von Reha-Plan und Reha-Zielen t2; Verteilung der Antworten .....	169
Abbildung 96: Zufriedenheit mit der Reha t2: Bewertung Reha-Plan und Reha-Ziele – nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287); Mittelwerte .....	170
Abbildung 97: Zufriedenheit mit der Reha t2: Bewertung Reha-Plan und Reha-Ziele – nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287); Verteilung der Antworten .....	171
Abbildung 98: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung Klinik und Unterbringung t2; Mittelwerte .....	172
Abbildung 99: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung Klinik und Unterbringung t2; Verteilung der Antworten .....	172
Abbildung 100: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha t2; Mittelwerte .....	173
Abbildung 101: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha t2; Verteilung der Antworten .....	174
Abbildung 102: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Eignung der Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden t2; Mittelwerte .....	175
Abbildung 103: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Eignung der Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden t2; Verteilung der Antworten .....	175
Abbildung 104: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Qualität der erhaltenen Behandlung t2; Mittelwerte .....	176

Abbildung 105: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Qualität der erhaltenen Behandlung t2; Verteilung der Antworten .....	176
Abbildung 106: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? t2; Mittelwerte .....	177
Abbildung 107: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? t2; Verteilung der Antworten .....	177
Abbildung 108: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Inwieweit hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? t2; Mittelwerte.....	178
Abbildung 109: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Inwieweit hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? t2; Verteilung der Antworten.....	178
Abbildung 110: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Zufriedenheit mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe t2; Mittelwerte .....	179
Abbildung 111: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Zufriedenheit mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe t2; Verteilung der Antworten.....	179
Abbildung 112: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Mittelwerte .....	180
Abbildung 113: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Verteilung der Antworten .....	181
Abbildung 114: Zufriedenheit mit der Reha; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Verteilung der Antworten .....	181
Abbildung 115: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Globale Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung t2; Mittelwerte .....	182
Abbildung 116: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Globale Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung t2; Verteilung der Antworten .....	183
Abbildung 117: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie einem Freund die Klinik empfehlen? t2; Mittelwerte .....	183
Abbildung 118: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie einem Freund die Klinik empfehlen? t2; Verteilung der Antworten .....	184
Abbildung 119: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie wieder in die Klinik Münsterland kommen? t2; Mittelwerte .....	184
Abbildung 120: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie wieder in die Klinik Münsterland kommen? t2; Verteilung der Antworten.....	185
Abbildung 121: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Risikofaktoren .....	186
Abbildung 122: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Schmerzen.....	186
Abbildung 123: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Burnout .....	187
Abbildung 124: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Berufliche Sorgen.....	187
Abbildung 125: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Summenscore .....	188
Abbildung 126: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 1: Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter .....	189
Abbildung 127: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE Item 1: Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter .....	189

Abbildung 128: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 2: Dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit .....	190
Abbildung 129: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Item 2: Dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit .....	191
Abbildung 130: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 3: Absicht, einen Antrag auf Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen .....	192
Abbildung 131: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Item 3: Absicht, einen Antrag auf Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen .....	192
Abbildung 132: Reha-Erfolg (n=510): SPE Summenscore: Subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit .....	193
Abbildung 133: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Summenscore: Subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit .....	194
Abbildung 134: Verschickte Broschüren in der Gruppe der Patienten, die in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen wurden .....	201
Abbildung 135: Vorliegen ärztlicher und therapeutischer Einschätzungen des Informationsstandes der Patienten zu Beginn der Reha .....	202
Abbildung 136: Geschlechterverteilung bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten .....	203
Abbildung 137: Verteilung der Diagnosegruppen bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten .....	203
Abbildung 138: Behandlungsarten laut Anreiseliste bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten .....	204
Abbildung 139: Arzteinschätzung: Wie gut ist der Patient über seine Erkrankung informiert? .....	206
Abbildung 140: Arzteinschätzung: Wie gut ist der Patient über die Behandlung informiert, die er in der Klinik Münsterland bekommen wird? .....	206
Abbildung 141: Therapeuteneinschätzung: Wie gut ist der Patient über seine Erkrankung informiert? .....	208
Abbildung 142: Therapeuteneinschätzung: Wie gut ist der Patient über die Behandlung informiert, die er in der Klinik Münsterland bekommen wird? .....	208

## „Gestatten, mein Name ist Willi.“



*„Gestatten, mein Name ist Willi. Willi Wissenschaft. Ich bin 68 Jahre alt und habe vor etwa 45 Jahren begonnen, im Bereich Medizin und Gesundheit zu forschen. Da habe ich schon einiges gesehen, gehört und gelesen. Inzwischen bin ich in den Ruhestand gegangen, aber ich verfolge immer noch mit großem Interesse neue Entwicklungen und Erkenntnisse.*

*Seit sich auch bei meiner Frau und mir das eine oder andere Wehwehchen eingestellt hat, beschäftige ich mich besonders gern mit der Reha-Forschung, weil sich da berufliches Interesse und persönlicher Nutzen oftmals treffen.*

*Nun bin ich mal gespannt, was es mit dem Projekt „Reha-Info“ auf sich hat und möchte, genau wie Sie, auf Entdeckungsreise durch diesen Abschlussbericht gehen. Bis später, wir sehen uns!“*

# 1. Einleitung



Wer kennt sie nicht, solche oder ähnliche Szenen aus dem Reha-Alltag, die immer wieder auf das gleiche Problem hinweisen: eine mangelhafte Vorbereitung vieler Rehabilitanden auf die Rehabilitation. Diese zeigt sich am deutlichsten darin, dass Patienten nicht alles dabei haben, was sie für eine optimale ärztliche Versorgung und Teilnahme an den Therapien benötigen. So kommt es immer wieder vor, dass Unterlagen fehlen, Patienten keine angemessene Bekleidung für bestimmte Therapien (mitgebracht) haben oder wichtige Hilfsmittel zu Hause geblieben sind.

Mindestens genau so gravierend ist jedoch eine mangelhafte Vorbereitung auf einer ganz anderen Ebene – auf der des Verständnisses für die eigene Krankheit und deren Behandlung. Immer noch sind mangelnde Kenntnisse oder falsche Vorstellungen über rehabilitative Behandlungsansätze auf Seiten der Patienten und zum Teil sogar auf Seiten niedergelassener Ärzte weit verbreitet. Im Klinikalltag zeigen sie sich immer wieder in unrealistischen Erwartungen der Patienten an die Inhalte der Reha und in mehr oder weniger offenem Kopfschütteln angesichts verschiedener, vor allem aktivierender und teilhabeorientierter Therapieformen, die seit der Einführung der Therapiestandards durch die DRV 1998 deutlich an Bedeutung gewonnen haben.

Der geschilderte Informationsmangel korrespondiert damit, dass der Begriff „Kur“ zwar mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform im Jahr 2000 offiziell durch den Begriff der medizinischen Rehabilitation abgelöst wurde, er im Alltag aber trotzdem oft noch Verwendung findet – bei Rehabilitanden ebenso wie bei Hausärzten und zum Teil sogar bei Kostenträgern. Dieses trägt sicherlich dazu bei, dass auch in vielen Köpfen noch Erwartungen verankert sind, die sich traditionell um den Begriff Kur ranken und oft in der Kurzformel „morgens Fango, abends Tango“ plakativ auf den Punkt gebracht werden. Immer noch werden rein passive Therapieerwartungen durch die Idee des Erholens und Entspannens während der Reha genährt, die durchaus ihre



Berechtigung haben, aber in der Regel für nachhaltige Reha-Erfolge nicht ausreichen. Trifft die Erwartung eines Programms mit Fokus auf Erholung und Entspannung auf die Realität der aktivierenden und durchaus auch fordernden modernen Rehabilitation, sind Konflikte vorprogrammiert. Diese führen zu Verärgerung und Verdruss ebenso auf Seiten der Patienten wie auch auf Seiten der Klinikmitarbeiter, die auf diese Weise im direkten und übertragenen Sinn enttäuschte Patienten oft als unmotiviert und undankbar erleben. Es ist zu vermuten, dass diese spezielle Dynamik auch weiterreichende Folgen für beide Seiten hat: Wir nehmen an, dass Patienten, die aufgrund eines mangelhaften Informationsstandes die beschriebenen Startschwierigkeiten erleben, eine geringere Motivation sowie eine schlechtere Compliance aufweisen und insgesamt mit der Maßnahme weniger zufrieden sind. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Patienten von der Reha schlechter profitieren und geringere Reha-Erfolge erzielen können als gut vorbereitete Patienten. Auf Seiten der Klinikmitarbeiter können sich Konflikte mit Patienten, die sich immer wieder auf die gleichen Themen beziehen, negativ auf die Stimmung, die Arbeitszufriedenheit und in der Folge letztlich sogar auf die Arbeitsqualität niederschlagen. Obwohl uns keine Studien bekannt sind, die sich genau diesen angenommenen Wirkmechanismen widmen, lassen sich in der Literatur verschiedene Argumentationslinien finden, die diese Annahmen stützen; diese werden im Kapitel 2.1 dargestellt.

Das Problem einer mangelhaften Vorbereitung von Rehabilitanden ist in den Einrichtungen schon lange bekannt; bereits im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (2009) wurde gefordert, die Rehabilitanden frühzeitig auf den aktiven Charakter der Rehabilitation hinzuweisen und sie über entsprechende Therapiekonzepte zu informieren. Tatsächlich wurden in den letzten Jahren verschiedene Versuche unternommen, diese Forderung zu erfüllen. Dabei erstrecken sich die Ansätze von der Entwicklung spezieller Broschüren über die Einrichtung einer Website, die zukünftigen Rehabilitanden in verständlicher, ansprechender Form allgemeingültige Informationen vermitteln soll, bis zur Einführung vorbereitender Termine vor Ort. Alle diese Ansätze haben sicherlich ihr eigenes Profil von Möglichkeiten und Grenzen, evidenzbasierte Wirkungsnachweise sind jedoch ausgesprochen selten. Im Kapitel 2.2 geben wir einen Überblick über die uns bekannten Ansätze und – falls vorhanden – dazugehörige Studien.

Wir selbst haben uns zum Ziel gesetzt, Patienten die Möglichkeit zu geben, sich passgenau über ihre bevorstehende Reha zu informieren. Dabei sollte das Angebot sehr niederschwellig sein, einen hohen Aufforderungscharakter haben und für die Klinik im Dauerbetrieb möglichst wenig zusätzlichen Aufwand mit sich bringen. Soll ein solches Vorhaben erfolgreich sein, muss es sehr stark einerseits an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten, andererseits an den spezifischen Gegebenheiten der Klinik ausgerichtet sein. So haben wir uns in diesem Modellprojekt zunächst auf die Klinik Münsterland und ihre Klientel beschränkt. In

dieser Klinik werden vorwiegend Rehabilitanden der ehemaligen Arbeiterrentenversicherung aus dem Flächenland Nordrhein-Westfalen behandelt. Daher erschienen uns weder eine Information der Patienten rein über das Internet noch ein Vorab-Termin vor Ort erfolgversprechend zu sein. Stattdessen haben wir uns für die naheliegende Möglichkeit entschieden, unser Ziel in erster Linie über eine Optimierung des Print-Materials, das die Patienten im Vorfeld der Reha durch die Klinik zugeschickt bekommen, zu verfolgen. Ergänzend sollten die wesentlichen Informationen auch auf die Website der Klinik gestellt und gegebenenfalls in Form einer DVD filmisch aufbereitet werden. Auf die Entwicklung audiovisuellen Materials haben wir jedoch aus verschiedenen Gründen verzichtet, die in dem Kapitel 7.2 näher erläutert werden. Eine Ist-Analyse sowie eine ausführliche Bedarfsanalyse sollten die Basis für die genauere Definition formaler und inhaltlicher Erfordernisse des Materials liefern, eine Evaluation über eine prospektive randomisierte Kontrollgruppenstudie den Erfolg der Maßnahme untersuchen.

In dem vorliegenden Projektbericht stellen wir zunächst den theoretischen Hintergrund des Projektes und den aktuellen Stand der Forschung dar. In den weiteren Kapiteln erfolgt dann die Beschreibung unserer eigenen Arbeit. Dabei werden zunächst die Ziele und Fragestellungen sowie die allgemeine Methodik der Studie expliziert. Im Anschluss werden die einzelnen Arbeitsschritte der Ist-Analyse, der Bedarfsanalyse, der Überarbeitung und Ergänzung des Materials und der Evaluation jeweils mit ihrer spezifischen Methodik und den jeweiligen Ergebnissen dargestellt. Abschließend fassen wir die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammen, diskutieren das Projekt und leiten daraus Implikationen für die Praxis ab.

Wir würden uns freuen, wenn dieser Projektbericht auch andere Kliniken dazu anregen würde, ihre Strategie der Patienteninformation einmal kritisch unter die Lupe zu nehmen und gegebenenfalls zu optimieren beziehungsweise optimieren zu lassen. Im Interesse sowohl der Patienten als auch der Klinikmitarbeiter, die unter bestimmten Voraussetzungen sicher beide davon profitieren können.

## **2. Hintergrund**

### **2.1 Theoretischer Hintergrund**

Empowerment, Shared decision making, Partizipation – Schlagworte wie diese sind in den vergangenen Jahren immer stärker in den Fokus konzeptueller Überlegungen zur Zukunft der Medizin gerückt. Damit wird das traditionelle Verständnis der Rollen von Arzt und Patient erheblich in Frage gestellt und die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für seine Gesundheit betont. Gerade für den Bereich der Rehabilitation erscheint ein solcher Paradigmenwechsel dringend geboten, weil eine zentrale Erfahrung aus dem Alltag vieler Reha-Mediziner und Rehabilitanden inzwischen durch Studienergebnisse vielfältig belegt ist: Für die meisten Rehabilitanden reicht die in der Regel dreiwöchige Maßnahme zum Etablieren einer nachhaltigen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bei weitem nicht aus. Sie kann eigentlich nur einen Startschuss bedeuten, der es den Patienten erleichtert, bedeutsame Veränderungen ihres Lebensstils auch längerfristig, gegebenenfalls sogar lebenslang vorzunehmen und dafür auch die Verantwortung selbst zu tragen (Gerdes et al., 2005). Um diesem neuen Anspruch gerecht werden zu können, benötigen die Patienten jedoch ein erheblich tieferes Verständnis ihrer Erkrankung und der zu ihrer Behandlung geeigneten Maßnahmen, die vielleicht nicht immer auf den ersten Blick zielführend erscheinen, als früher. So liegt der Gedanke nahe, dass Patienten mit einem guten Hintergrundwissen besser in eine Reha starten und auch stärker von der Maßnahme profitieren können als Patienten, denen solches Wissen fehlt. Ebenso ist anzunehmen, dass diese Patienten auch eine höhere Zufriedenheit mit der Maßnahme äußern. Bisher sind uns keine Forschungsergebnisse dazu bekannt, in der Literatur finden sich jedoch durchaus Argumentationslinien, die entsprechende Effekte nahelegen. Sie sollen im Folgenden als allgemeiner theoretischer Hintergrund des Projektes Re.In dargestellt werden, spezifischere Hintergrundinformationen zu den einzelnen Arbeitsschritten des Projektes sind am Beginn der entsprechenden Kapitel zu finden.

#### **2.1.1 Erwartungen – Zufriedenheit – Motivation – Erfolg**

##### **Erwartungen**

Unabhängig davon, ob jemand zum ersten Mal eine Reha antritt, oder ob er schon ein „alter Hase“ ist – die meisten Patienten werden sich auf ihre Weise äußerlich, aber auch innerlich auf die Reha vorbereiten und sich Gedanken darüber machen,

was sie im Laufe dieser besonderen Zeit wohl erwarten wird. Vielleicht haben Ärzte ihnen bereits Informationen mit auf den Weg gegeben (diese sind erfahrungsgemäß eher spärlich!), vielleicht hat sich der eine oder andere bei Verwandten oder Bekannten nach deren Erfahrungen erkundigt oder im Internet nach Berichten früherer Rehabilitanden recherchiert. So reist jeder Patient mit einem ganz eigenen Bündel an mehr oder weniger konkreten und mehr oder weniger zutreffenden Erwartungen an. Treffen diese dann auf die Realität des Reha-Alltags, gelingt der Start entweder reibungslos oder die Patienten erleben gerade in den ersten Tagen immer wieder (unliebsame?) Überraschungen.

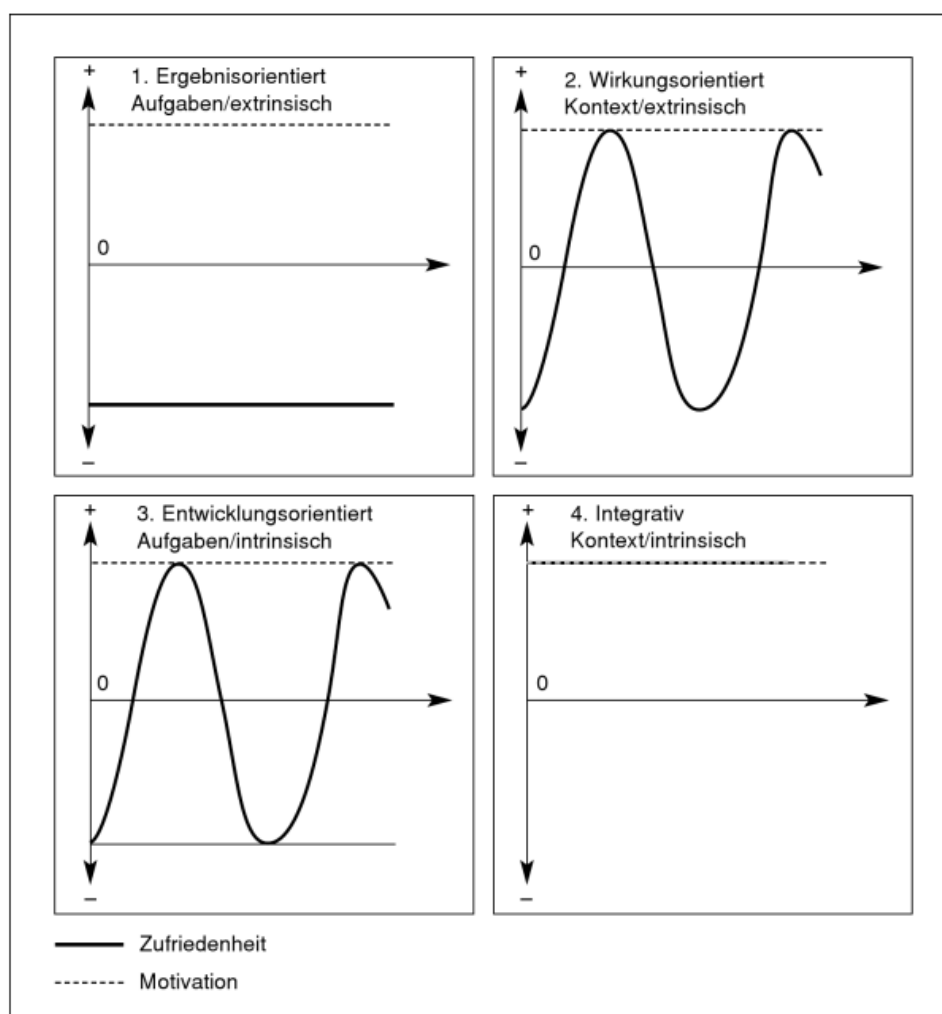
### **Erfüllung der Erwartungen und Zufriedenheit**

In der Literatur findet sich eine ganze Reihe von Studien, die dafür sprechen, dass es sich lohnt, sich frühzeitig um die Erwartungen der Patienten zu kümmern. So fasst Hafen (2002) in ihrer Arbeit empirische Befunde zur prädiktiven Bedeutung von Motivation in der Rehabilitation zusammen und zieht daraus den Schluss, dass allgemeine Erwartungen und Einstellungen eines Patienten gegenüber einer Behandlung entscheidend für deren Verlauf und Ergebnis sind. Wir vermuten, dass neben einer optimistischen, vertrauensvollen Grundhaltung die Realitätsnähe der Erwartungen eine besondere Rolle spielt, weil nur realistische Erwartungen tatsächlich in hohem Ausmaß erfüllt werden und die wahrgenommene Erfüllung von Ansprüchen eine Voraussetzung für Zufriedenheit, der kognitiven Komponente von Glück, ist (Veenhoven, 1991). Im Kano-Modell der Kundenzufriedenheit wird dieser Zusammenhang weiter differenziert (Jochem, 2010). Danach ist die Erfüllung von Ansprüchen an ein Produkt oder eine Dienstleistung umso wichtiger für die Zufriedenheit, je basaler sie eingestuft werden. Werden so genannte Basis- oder Grundanforderungen nicht erfüllt, führt das zu extremer Unzufriedenheit. Diese Ansprüche werden als so selbstverständlich erlebt, dass sie in der Regel nicht explizit geäußert werden. Anforderungen der nächsten Stufe, die Qualitäts- und Leistungsanforderungen, werden konkret benannt, ihre Erfüllung macht den Kunden zu einem gewissen Grad zufrieden. Darüber hinaus geht die dritte Gruppe, die so genannten Begeisterungsanforderungen. Sie werden nicht ausdrücklich erwartet und geäußert, lassen ein Produkt aber als neu und innovativ erscheinen, lösen beim Kunden Begeisterung aus und können sogar einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil ausmachen.

### **Zufriedenheit und Motivation**

Zufriedene oder sogar begeisterte Menschen erleben angenehme Gefühle, so genannten positiven Affekt. Dieser ist im Wechsel mit negativem Affekt für die

Ausprägung bestimmter Motivationslagen ursächlich. Wie dieses Zusammenspiel funktioniert, haben Scheffer und Kuhl (2006) erforscht. Sie legen ihrer Arbeit eine allgemeine Definition von Bischof zugrunde: „Motivation ist die Abweichung eines angestrebten Zustandes (Sollwertes) von einem aktuellen Zustand (Istwert). Diese Abweichung gibt dem Verhalten Energie, Richtung und Ausdauer.“ (Bischof, 1985 nach Scheffer und Kuhl, 2006, S. 9). Die Autoren nehmen an, dass unterschiedliche Affekte neuropsychologische Systeme an- und ausschalten, deren Aktivität bestimmt, inwieweit jemand spezifische Motivationsarten erlebt. Diese sind aufgaben- oder kontextbezogen und können extrinsisch oder intrinsisch grundgelegt sein. Einen Überblick gibt die folgende Abbildung.



**Abbildung 1: Postulierte Beziehung zwischen Zufriedenheit (symbolisiert durch +), Unzufriedenheit (symbolisiert durch -) und Motivation für vier verschiedene Motivationsformen. (Quelle: Scheffer & Kuhl, 2003, S. 17.)**

Je nach Krankheit und Zielen der Patienten scheinen uns alle vier Motivationsformen für Reha-Patienten bedeutsam zu sein. Da die Patienten in der Regel zumindest mit ihrem Gesundheitszustand, teilweise aber auch mit anderen Bereichen ihres Lebens

unzufrieden anreisen und eine erhebliche Ist-Sollwert-Diskrepanz aufweisen, sollte von Seiten der Klinik in erster Linie die andere Seite, nämlich die des positiven Affektes, gestärkt und auf diese Weise die Motivationslage der Patienten stabilisiert oder verbessert werden. Diese Annahme korrespondiert mit den Ergebnissen von Keith (1998), der in seinem Review der Literatur der vorangegangenen 10 Jahre zu dem Schluss kommt, dass eine größere Zufriedenheit mit der Rehabilitation mit einer erhöhten Compliance und besseren Reha-Erfolgen assoziiert ist.

Die Befunde anderer Forschergruppen gehen stärker ins Detail der angenommenen Wirkweisen. Sie schreiben vor allem der durch positiven Affekt gesteuerten Selbstwirksamkeit ein erhebliches Gewicht zu. So konnten Haase et al. (2012) nachweisen, dass Menschen in einer guten Stimmung stärker davon überzeugt sind, ihre Ziele erreichen zu können, und sie tatsächlich mehr Zeit und Anstrengung in deren Verfolgung und die Bewältigung von Hindernissen investieren. Ähnliche Ergebnisse berichtet auch Kühn (2003). In seinem Projekt zu den Zusammenhängen zwischen Reha-Motivation, Therapiemitarbeit und Reha-Erfolg zeigte sich, dass den Patienten mit einer hohen „Spezifischen Kompetenzerwartung“ von den Therapeuten eine bessere Mitarbeit bescheinigt wurde, während die Intention dafür eine geringere Rolle spielte als ursprünglich angenommen.

## **Motivation und Reha-Erfolg**

In der Regel wird Motivation von allen am Reha-Prozess Beteiligten als Schlüsselvariable für Reha-Erfolg angesehen. Unter dem Gesichtspunkt, dass die moderne Reha mit ihrem aktivierenden Ansatz von den Patienten eine ganze Menge Einsatz und gegebenenfalls langfristige (Eigen-)Initiative fordert, ist das nur allzu verständlich. Umso verblüffender sind verschiedene Befunde, die höchstens moderate positive Zusammenhänge belegen. In einer eigenen Studie (Büschel et al., 2004) konnten wir kaum bedeutsame Korrelationen zwischen Motivation und Reha-Erfolg nachweisen, haben aber für Patienten mit geringem und Patienten mit hohem Reha-Erfolg unterschiedliche Motivationsstrukturen gefunden. Auch Hafen berichtet nur begrenzte Zusammenhänge zwischen Reha-Motivation und Parametern wie der Inanspruchnahme, dem Verlauf und dem Ergebnis der Behandlung (Hafen, 2002). Eine statistische Erklärung dafür findet sich in der Arbeit von Kühn (2003). Er hat in seinem Forschungsprojekt gezeigt, dass Patienten mit extrem geringer Reha-Motivation erwartungsgemäß am schlechtesten mitgearbeitet und sowohl zum Reha-Ende als auch in der 6-Monats-Katamnese den schlechtesten Reha-Erfolg aufgewiesen haben. Überraschend hingegen war das Ergebnis, dass auch die Patienten mit der höchsten Motivation bei Antragstellung nicht den größten Erfolg verbuchen konnten. Dieser Befund steht gegen die Annahme eines linearen Zusammenhangs, eine Erklärung dafür liefert der Autor leider nicht. Wir vermuten, dass sich sehr stark motivierte Patienten möglicherweise weder die nötigen

körperlichen Ruhephasen noch die nötige psychische Entspannung zugestehen, die für die angestrebten Erfolge nötig sind. Möglicherweise haben sie aber auch zu hohe Erwartungen an die Reha und nehmen deshalb tatsächlich erzielte Fortschritte kaum wahr, beziehungsweise schätzen sie gering und bewerten sie deshalb nur mäßig. Dieses spricht dafür, dass zwar häufig, aber durchaus nicht immer eine Motivations*steigerung* angestrebt werden sollte, sondern vielmehr eine der Reha vorgeschaltete Motivations*regulation* dazu geeignet erscheint, Zufriedenheit und Reha-Erfolg bei stationären Rehabilitanden zu erhöhen.

### **Der Kreis schließt sich**

Doch wie kann man eine Motivationsregulation effektiv realisieren? Über die Förderung von Motivation ist bereits viel nachgedacht worden. So hat beispielsweise Kanfer (1996, nach Hafén 2002) eine inzwischen bewährte Liste von Grundprinzipien der Motivationsförderung in der Psychotherapie aufgestellt, die sicherlich auch auf andere Bereiche übertragen und bei Bedarf durch andere Methoden ergänzt werden kann:

„Motivieren durch...

- ...Maximierung des Ausmaßes an persönlicher Kontrolle beim Patienten
- ...selbstgesetzte Ziele
- ...Steigern von „self-efficacy“
- ...Selbststeuerung und Selbstmotivation des Verhaltens
- ...maximale Transparenz
- ...das Prinzip der Freiwilligkeit
- ...Reduktion von Demoralisierung und Resignation und Vermittlung von Hoffnung“

(Kanfer, 1996 nach Hafén, 2002, S. 18)

Für die Reduktion übermäßiger Motivation haben wir keine explizite Anleitung gefunden, sind aber davon überzeugt, dass zutreffende, nachvollziehbare Informationen über zu erwartende Inhalte und Ergebnisse von Maßnahmen sowohl Hoffnung verbreiten und Zufriedenheit begründen als auch in einigen Fällen desillusionieren kann. So halten wir den frühzeitigen Aufbau realistischer Erwartungen durch Transparenz für besonders geeignet, in beide Richtungen korrigierend einzugreifen und damit Patienten eine gute Basis für eine passende Motivationslage und eigenverantwortliche Entscheidungen zu liefern.

## **2.1.2 Reha-Ziele als zentraler, aber ungenügend beachteter Bestandteil der Rehabilitation**

Eng mit der Ausformulierung von Erwartungen hängt die Entwicklung persönlicher Ziele für eine geplante Maßnahme zusammen. Aus der Motivations- und Volitionspsychologie ist bekannt, dass die Explikation und möglichst Kommunikation adäquater Ziele stark zur Ausbildung von Motivation beiträgt und erhebliche handlungsleitende Wirkung hat. Dieses ist dort besonders bedeutsam, wo – wie in der Reha – die Ziele nicht nur das Handeln einer einzelnen Person, sondern eines ganzen Teams lenken. Anders ausgedrückt ist die Formulierung von Reha-Zielen unter anderem deshalb so bedeutsam, weil sie letztlich die Ausgestaltung der Reha für jeden einzelnen Patienten steuern und damit den Reha-Erfolg maßgeblich beeinflussen (Meyer, Brüggemann & Widera 2008).

Konsequenterweise hat die Deutsche Rentenversicherung deshalb die Formulierung von individuellen Therapie-, aber auch übergeordneten Rehabilitationszielen als wesentliche Aufgabe zu Beginn der Rehabilitation festgeschrieben. Diese sollte im Sinne der Partizipation in Abstimmung zwischen Rehabilitand und Rehabilitationsteam erfolgen (Deutsche Rentenversicherung, 2009). Trotz der großen Bedeutung, die diesem Behandlungsschritt allgemein beigemessen wird, scheinen sowohl die Umsetzung in die Praxis als auch der aktuelle Forschungsstand immer noch optimierungsbedürftig zu sein (Dibbelt et al., 2014; Ullrich et al., 2014; Glattacker et al., 2014; Buchholz & Kohlmann, 2013a).

In den meisten Reha-Einrichtungen sollte die Aushandlung von Zielen zwischen Arzt und Patient bisher im Aufnahmegespräch erfolgen, dieses erwies sich jedoch aus verschiedenen Gründen als schwierig. Hindernisse werden unter anderem darin gesehen, dass viele Patienten mit unrealistischen Erwartungen an die Reha anreisen. Die meisten haben sich im Vorfeld wenig Gedanken über ihre Ziele gemacht oder Ziele überlegt, die in der begrenzten Zeit der Reha nicht zu erreichen sind. Darüber hinaus sind viele Rehabilitanden im Aufnahmegespräch durch die Vielzahl von Eindrücken am ersten Reha-Tag überfordert, so dass in dem zeitlich begrenzten Rahmen eine wirklich partizipative Festlegung angemessener Reha-Ziele kaum möglich erscheint (Meyer, Pohontsch et al., 2008; Raspe, 2009; Pohontsch et al., 2009). Das spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragungen durch die Deutsche Rentenversicherung, in denen sich die Befragten mit dem Bereich „Rehabilitationsplanung und -ziele“ in mehreren Jahren am wenigsten zufrieden zeigten (Meyer, Brüggemann & Widera, 2008, Widera, 2010).



Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Ansätzen, die Umsetzung partizipativer Zielvereinbarungen zu verbessern. Diese sprechen entweder die Reha-Ärzte an und versuchen nicht nur, deren Verständnis für die Bedeutsamkeit eines solches Vorgehens und damit die Akzeptanz zu fördern, sondern auch deren kommunikative Kompetenzen für diese Aufgabe zu verbessern und Umsetzungshilfen zur Verfügung zu stellen. Beispiele sind die bereits angesprochenen Projekte PARZIVAR I und PARZIVAR II sowie das Arbeitsbuch Reha-Ziele, das unter [www.reha-ziele.de](http://www.reha-ziele.de) einsehbar ist.

Andere Interventionen setzen bei den Rehabilitanden an und versuchen, diese schon vor Beginn der Rehabilitation für das Thema Reha-Ziele zu sensibilisieren und zu einer Auseinandersetzung damit anzuregen. Beispiele sind das Arbeitsblatt zu Reha-Zielen in der Broschüre „Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (2013) oder der darauf aufbauende Fragebogen von Buchholz und Kohlmann, der im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert worden ist (Kohlmann & Buchholz, 2012; Buchholz & Kohlmann, 2013b). Die Versendung solcher Materialien an die Rehabilitanden vor der Reha bedeutet nur minimalen Aufwand und kann in der Regel flächendeckend erfolgen. Es erscheint uns jedoch fraglich, ob das Ausmaß, in dem solches Material durch die Rehabilitanden genutzt werden kann und genutzt wird, ausreicht, um eine wirkliche Verbesserung der Situation herbeizuführen. Soweit uns bekannt ist, ist der Einsatz der DRV-Broschüre bisher nicht evaluiert worden. Buchholz & Kohlmann (2013b) berichten, dass von den von ihnen zusammen mit dem Bescheid über die Bewilligung der Reha verschickten Fragebögen 34% ausgefüllt zum Aufnahmegespräch mitgebracht wurden. Sie stufen die Rücklaufquote als verbesserungswürdig ein, berichten aber, dass der Bogen von den Ärzten und Psychologen der teilnehmenden Kliniken sowie von den Patienten, die ihn ausgefüllt haben, als praktikabel und nützlich eingestuft wurde.

Eine intensivere Intervention sollte der „Rehabilitanden-Informationstag“ sein, der in der Arbeitsgruppe um Deck entwickelt wurde und bereits vor Beginn der Reha unter anderem die patientenseitige Basis für die Entwicklung von Rehabilitationszielen und die Diskussion dieser Ziele mit dem Arzt legen sollte (Pohontsch et al., 2009). Da diese Arbeit an den individuellen Reha-Zielen in ein umfassenderes Programm eingebettet war, stellen wir den Rehabilitanden-Informationstag im Kapitel 2.2.2 eingehender dar.

Auf dem dargestellten Hintergrund der großen Bedeutsamkeit partizipativer Zielvereinbarungen, aber immer noch mäßigem Erfolg der Umsetzung erscheint es uns sinnvoll, einen Beitrag zu einer frühzeitigen Arbeit der Patienten an der Festlegung ihrer persönlichen Reha-Ziele zu leisten. Da jedoch nur jemand realistische Ziele ausbilden kann, der auch realistische Erwartungen hat, greift eine isolierte Behandlung dieses Themas sicherlich viel zu kurz. Vielmehr gehen wir

davon aus, dass die Aufforderung zu einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen auf Seiten der Patienten nur dann fruchtbar sein kann, wenn sie auf der Basis einer möglichst konkreten Information über Rahmenbedingungen, grundlegende Strategien und möglichst konkrete Inhalte der Maßnahme sowie Ziele weiterer Beteiligter (Kliniken und Kostenträger) erfolgt. Dieses sollte im Projekt Re-In umgesetzt werden.

## **2.2 Verwandte Ansätze zur Vorab-Information von Patienten**

Das im 2013 verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten legt fest, dass Patientinnen und Patienten alle wesentlichen Umstände einer medizinischen Behandlung und gegebenenfalls ihrer Alternativen verständlich erklärt bekommen und damit in die Lage versetzt werden, ihre unabdingbare Einwilligung wirksam zu geben (Bundesgesetzblatt, 2013).

Neben der dadurch erlangten juristischen Absicherung ist der Behandler in vielen Bereichen der Medizin darauf angewiesen, dass der Patient ganz allgemein gesprochen „mitmacht“. Dieses gilt sowohl für direkte Eingriffe, die kurzzeitig ein bestimmtes Verhalten des Patienten erfordern, im Besonderen aber auch für längerfristig angelegte Maßnahmen wie die Einhaltung einer Medikation oder sogar eine langfristige Veränderung des Lebensstils. Wenn die Maßnahme von den Betroffenen nicht als unangenehm empfunden wird, ist das in der Regel kein Problem. Es kommt jedoch auch vor, dass notwendige Maßnahmen mit Unannehmlichkeiten, teilweise erheblichen Einschränkungen oder Schmerzen verbunden sind. Gerade bei invasiven Behandlungen soll der Patient sogar eine geplante Körperverletzung und zum Teil das Eingehen erheblicher Risiken tolerieren und muss im Vorfeld sein Einverständnis schriftlich bestätigen. Es wird nicht angezweifelt, dass die Bereitschaft der Patienten, Nachteile einer Behandlung in Kauf zu nehmen und trotzdem eine hohe Compliance zu zeigen, umso größer ist, je besser sie verstehen, was passieren wird und weshalb dieses Vorgehen der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes dient. Damit wird der Stress durch eine gute Vorab-Information sowohl für den Behandler als auch für den Patienten reduziert, die Behandlung vereinfacht, die Effizienz erhöht und das Outcome verbessert.

Aus diesem Grund gibt es schon lange verschiedene Versuche, Patienten frühzeitig über vorliegende oder drohende Erkrankungen sowie geeignete Behandlungsmaßnahmen zu informieren. Gerade in der Akutmedizin, in der immer wieder gleichartige diagnostische oder kurative Maßnahmen durchgeführt werden, die Taktung der Patienten jedoch eng ist, gibt es seit mindestens 45 Jahren Ansätze,

Patienten über verschiedene Medien standardisierte Basisinformationen zukommen zu lassen, die dann im Arzt-Patienten-Gespräch nur noch ergänzt werden müssen. Sind die Informationen so aufbereitet, dass sie Patienten darin unterstützen, die Verantwortung für Behandlungsentscheidungen im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung kompetent mittragen können, werden sie als Entscheidungshilfen („Decision Aids“) bezeichnet. Mit Hilfe entsprechender Unterlagen (z.B. Checklisten oder Vorbereitungsblätter), Videos oder sogar direktem Training in Patientenschulungen vorbereitete Patienten verfügen nicht nur über mehr Wissen und realistischere Erwartungen bezüglich des Krankheitsverlaufs. Sie zeigen auch weniger Entscheidungskonflikte, eine bessere Compliance und eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. Geschulte Patienten stellen in der Konsultation mehr Fragen, nehmen eine höhere Kontrolle über ihre Gesundheit wahr und äußern einen stärkeren Wunsch nach Beteiligung. Sie erinnern sich besser an Informationen aus dem Arztgespräch und verstehen die Behandlungsempfehlungen und die Behandlung besser (Simon et al., 2009).

Da all diese Effekte auch in der Rehabilitation wünschenswert wären, wurden auch in diesem Sektor in den letzten Jahren immer mehr Ansätze entwickelt, Patienten im Sinne des Empowerment und des partizipativen Behandlungsansatzes frühzeitig mit den Besonderheiten der zu erwartenden Maßnahme vertraut zu machen.

Zur Einbettung des eigenen Vorgehens in die vorhandene Landschaft der Patienteninformationen sollen im Folgenden Ansätze aus der Akutmedizin kurz skizziert, konkrete Beispiele aus der Rehabilitation etwas detaillierter dargestellt werden.

### **2.2.1 Ansätze aus der Akutmedizin**

Frühe Ansätze standardisierter Patienteninformationen stammen aus den 70er Jahren aus der Zahnheilkunde. Dabei handelt es sich um Filme über allgemein bedeutsame Themen wie Mundhygiene, die in den Wartezimmern von Zahnärzten abgespielt wurden und die Aufklärung der Patienten durch das Personal erleichtern sollten (Kimmel 1972).

Ein ähnlicher Ansatz mit nochmals reduziertem Aufwand wurde von Bärtsch et al. (1983) beschrieben. Die Arbeitsgruppe hatte eine Diashow über Bluthochdruck und Übergewicht entwickelt und im zentralen Warteraum des Universitätsspitals Zürich gezeigt. Eine Evaluation belegte positive Effekte auf das Wissen der Patienten, wobei dieser Effekt mit dem Alter der Patienten abnahm, aber von ihrem Beruf (also auch von ihrem Bildungsniveau) unabhängig war.

Weiteres audiovisuelles Material wurde später auch in der Traumatologie (Widmer et al., 1993; Matter et al., 1994), der Gastroenterologie (Münch et al., 1997) und der Anästhesiologie (Salzwedel et al., 2008) entwickelt und eingesetzt. Dieses Material war in der Regel spezieller und sollte Patienten gezielt auf bestimmte Eingriffe vorbereiten helfen. Auf diese Weise sollte die Aufklärung der Patienten durch den Arzt abgekürzt und vereinfacht werden. Über einzelne Arztpraxen und Kliniken hinaus haben auch verschiedene Organisationen im Lauf der Jahre begonnen, für ihre Zielgruppe wichtige Informationen leicht rezipierbar in Form von Filmen aufzubereiten. Dazu gehören die Deutsche Rheuma-Liga (dargestellt bei Cattalaens, 2003), die Deutsche Krebshilfe und die Agency for Healthcare Research and Quality (beide nach Ferridge, 2010).

Inzwischen findet man auch im Internet verschiedenste Filme zu gesundheitsbezogenen Themen. Eine kommentierte Zusammenstellung von Beispielen findet sich bei Ferridge (2010).

Eine Alternative zu audiovisuellem Informationsmaterial können schriftliche Unterlagen, in der Regel Broschüren oder Folder und inzwischen auch Internetseiten, darstellen. Diese Medien haben den Vorteil, dass sie orts- und zeitungebunden genutzt werden können und im Fall von Print-Material keine speziellen Geräte seitens der Patienten erfordern.

Printmaterial wird in nahezu allen Bereichen der Medizin eingesetzt, ohne dass dazu spezielle Veröffentlichungen existieren. Es lassen sich in der Literatur jedoch auch verschiedene Wirksamkeitsuntersuchungen finden. So berichten beispielsweise Scheller (1982) und Widmer et al. (1993) über die Effekte präoperativer Vorbereitung von Patienten in der Chirurgie mit Hilfe schriftlichen Informationsmaterials, Stodden et al. (2005) über den Einsatz bei Patienten mit erektiler Dysfunktion und Pawils und Metzner (2014) konnten eine positive Wirkung einer Info-Mappe auf elterliche Gesundheitskompetenz nachweisen.

Eine besondere Rolle bei der Information von Patienten über verschiedene gesundheitsbezogene Themen kommt in Deutschland dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu. Seit seiner Gründung vor gut 10 Jahren versteht es sich als unabhängiger Lieferant von allgemeinverständlichen, geprüften Gesundheitsinformationen, die kostenfrei auf der Website einsehbar sind. Die Ergebnisse der Forschungen des Instituts sollen helfen, die wissenschaftliche Basis für medizinische Entscheidungen zu stärken und damit die Patienten zur Wahrnehmung ihrer Autonomie und zur Ausübung ihres Wahlrechtes zu befähigen (Bastian et al., 2005; [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)).

Eng mit Re.In verwandt und deshalb an dieser Stelle besonders erwähnenswert ist die Arbeit von Lenz (2005). Die Autorin untersuchte im Rahmen ihrer Dissertation

den Einfluss von Patientenbroschüren auf die Beurteilung eines Krankenhauses. Ausgangspunkt ihrer Arbeit war die Wahrnehmung zum einen des zunehmenden Informationsbedarfs von Patienten hinsichtlich des Leistungsangebotes und der Qualität von Krankenhäusern, zum anderen des steigenden Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern um Patienten. Direkte Werbung ist für medizinische Einrichtungen nicht gestattet; da jedoch die Grenzen zwischen Information und Werbung als fließend angesehen werden können, sollte der Einfluss einer Informationsbroschüre auf die Bewertung des Krankenhauses durch die Patienten untersucht werden. So wurde eigens für die Studie eine Broschüre über die Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt und in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert. Die Ergebnisse zeigten, dass alle Eigenschaften der Klinik, die in der Broschüre positiv dargestellt waren (ärztliche Kompetenz, guter Ruf, neuester technischer Stand, modernes Erscheinungsbild), von den Lesern der Broschüre signifikant positiver beurteilt wurden als von den Patienten, die die Broschüre nicht erhalten hatten. Selbst Nicht-Leser beurteilten die ärztliche Kompetenz und den neuesten technischen Stand besser – das Überfliegen des Textes oder das Anschauen der Bilder schien bereits messbare Effekte zu haben. Eigenschaften, auf die in der Broschüre nicht eingegangen wurde, wie „Pflegepersonal“ oder „Ambiente“ wurden von den Patienten in Studien- und Kontrollgruppe gleich bewertet. Die Autorin fasst zusammen, dass die Broschüre die Urteile der Patienten positiv beeinflusst. Sie zieht den Schluss, dass eine professionell erstellte Broschüre, die relevante Inhalte vermittelt und ansprechend gestaltet ist, dazu geeignet ist, das Image eines Krankenhauses zu verbessern, auch wenn es sich bereits auf hohem Niveau befindet.

Eine häufige Kritik an schriftlichem Informationsmaterial liegt darin, dass das sprachliche Niveau der meisten Broschüren für den durchschnittlichen Leser zu hoch ist (z.B. Helitzer, 2009; Höder, 2013), und es wurden Anleitungen und Hilfestellungen zur Neuerstellung und Überarbeitung gut lesbarer Texte entwickelt (z.B. Aldridge, 2004; Rudd et al., 2004; Höder, 2013). Es gibt allerdings auch Hinweise darauf, dass die Zufriedenheit mit dem Material eher von der grundsätzlichen Lesefähigkeit der Nutzer als vom Sprachniveau der Broschüren abhängt (Swartz, 2010). Inwieweit das Niveau audiovisuellen Materials den jeweiligen Zielgruppen angemessen ist, ist uns nicht bekannt.

Interessanterweise nehmen Patienten das dargebotene Material Informationsmaterial in der Regel gut an, obwohl es für sie teilweise schwer verständlich sein muss, und zwar sowohl schriftliches als auch audiovisuelles. Die Nutzer erweisen sich immer wieder als besser informiert, sie haben weniger Angst und zeigen eine höhere Compliance als Patienten, die das Material nicht erhalten haben (z.B. Bärtsch et al., 1983; Münch et al., 1997; Widmer et al., 1993; Bastian et al., 2005; Salzwedel et al.,

2008). Es besteht jedoch ein Konsens darüber, dass ein persönliches Gespräch zwischen Arzt und Patient durch derartige standardisierte Information lediglich ergänzt, aber keinesfalls ersetzt werden kann.

### **2.2.2 Ansätze aus der Rehabilitation**

Ohne Zweifel wäre es für die Rehabilitation ausgesprochen wünschenswert, wenn die positiven Effekte einer verbesserten Patienteninformation auch in diesem Sektor genutzt werden könnten, selbst wenn der Fokus der erwünschten Wirkungen sicherlich etwas anders gelagert ist als in der Akutmedizin. In der Regel dürfte es in der Rehabilitation nicht in dem gleichen Ausmaß um eine Reduktion der Angst vor konkreten Eingriffen gehen. Stattdessen steht hier die Forderung im Zentrum, den Patienten zu einem verantwortungsvollen Experten für seine eigene Gesundheit werden zu lassen und ihn zu einer nachhaltigen Veränderung seines Lebensstils anzuregen. Diese Forderung kann nur erfüllt werden, wenn er hinreichend auf diese Aufgabe vorbereitet und seine aktive Rolle bereits in der Reha klar definiert wird. So fordern Meyer et al. (2008) eine umfangreiche Vorab-Information der Patienten als Basis für eine wirkliche Patientenorientierung: „Die Rehabilitation muss an den Bedürfnissen und Erfahrungen der Patienten als aktive Partner im therapeutischen Prozess ausgerichtet sein. Das bedeutet die Abkehr von paternalistisch geprägten Rollenmustern hin zu einer auf umfassenden und verständlichen Informationen beruhenden partizipativen Entscheidungsfindung. Als Folge einer patientenorientierten Rehabilitation ergibt sich eine Vielzahl von positiven Effekten. So steigt das Wissen der Rehabilitanden über die Erkrankung und Behandlung, ihre Zufriedenheit mit der Rehabilitation nimmt zu, die Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation werden realistischer, ihre Selbstwirksamkeitserwartungen stärker und sie beteiligen sich aktiver an der Behandlung, Ärzte und Patienten verstehen einander besser und ziehen „am selben Strang.“ (Meyer, Brüggemann & Widera, 2008, S. 99). Als geeignete Wege sehen die Autoren die Information und Fortbildung von niedergelassenen Ärzten über Rehabilitation sowie Aufklärungen der Patienten durch Informationsveranstaltungen oder Informationsmaterial (z.B. Broschüren in der Muttersprache, DVD, Internetseiten) an und nehmen an dieser Stelle auch und vor allem die Kostenträger in die Pflicht. Diesen Forderungen und Vorschlägen schließt sich die Deutsche Rentenversicherung in der Neuauflage ihres Rahmenkonzeptes zur medizinischen Rehabilitation von 2009 vollständig an und verleiht ihnen damit ein hohes Gewicht.

## **Broschüren der Deutschen Rentenversicherung**

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat auf die Forderung nach einer verbesserten Vorab-Information von Rehabilitanden durch die Rentenversicherung reagiert und mehrere Broschüren zu verschiedenen Aspekten der Rehabilitation entwickelt. Die Broschüren, die sich mit der medizinischen Reha beschäftigen, sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

- **Basisbroschüren**

Die Broschüre **„Medizinische Rehabilitation – Wie sie Ihnen hilft“** (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014b) informiert ganz allgemein über die medizinische Rehabilitation. Sie vermittelt grundlegendes Wissen über die Minderung oder die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers als Anlass für eine medizinische Reha und stellt Unterschiede zwischen Rehabilitation und Anschlussrehabilitation sowie zwischen stationärer und ganztägig ambulanter Reha dar. Vorgestellt werden weiterhin Nachsorgeangebote wie Reha-Sport, Funktionstraining und spezielle Nachsorgeprogramme. In der Broschüre wird deutlich auf die aktive Rolle und die Mitwirkungspflicht des Versicherten, aber auch das Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung hingewiesen. Auf die skizzierte Darstellung des Leistungsspektrums folgen ein Kapitel über finanzielle Regelungen, eines über Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Reha und die Antragstellung sowie eine Auflistung der Kontaktdaten sämtlicher Träger der Deutschen Rentenversicherung.

Viele dieser Inhalte finden sich in Kurzform auch in der **Broschüre „Mit Rehabilitation wieder fit für den Job“** (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013a) wieder. Sie umfasst jedoch darüber hinaus auch Informationen über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das Persönliche Budget und die Möglichkeit, in bestimmten Fällen auch für enge Familienangehörige eine medizinische Rehabilitation bewilligt zu bekommen.

Beide Broschüren bewegen sich nach unserer Einschätzung auf mittlerem Sprachniveau und wirken homogen. Leider sucht man vergeblich nach Hinweisen auf konkrete Inhalte und Behandlungsansätze in Reha-Kliniken, so dass der Leser zwar mit versicherungsrechtlichen Informationen ausgestattet wird, ihm aber die Maßnahme an sich fremd bleiben dürfte. Beide Broschüren sind auf der Website der Deutschen Rentenversicherung als kostenloser Download verfügbar.

- **Broschüren für spezielle Zielgruppen (Tumor, Sucht, Kinder, Schwerbehinderte Menschen)**

Neben den beschriebenen allgemeinen Broschüren hält die Deutsche Rentenversicherung auch schriftliches Informationsmaterial für Angehörige

verschiedener spezieller Zielgruppen vor. Dieses umfasst die Broschüren „Rehabilitation für Kinder“ (DRV Bund, 2014a), „Reha und Rente für schwerbehinderte Menschen“ (DRV Bund, 2014c) sowie „Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht“ (DRV Bund, 2014d) und „Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“ (DRV Bund, 2014e).

Diese Broschüren sind in Aufbau und Sprache den beiden Basisbroschüren recht ähnlich. Sie umfassen vor allem allgemeine versicherungsrechtliche und organisatorische Hinweise wie Informationen über Ziele der Maßnahme aus Sicht der Rentenversicherung, Zugangsvoraussetzungen, Antragstellung, Übergangsgeld, die Übernahme von Kosten durch die DRV und Zuzahlungen durch den Rehabilitanden, mögliche zusätzliche Leistungen wie die Übernahme von Kosten für Haushaltshilfen oder Kinderbetreuung. Weiterhin werden am Ende einer jeden Broschüre die Kontaktdaten sämtlicher Träger der Deutschen Rentenversicherung aufgeführt. Auf Behandlungsansätze und konkrete Inhalte der jeweiligen Rehas hingegen wird auch hier kaum oder gar nicht eingegangen.

- **Broschüre „Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“**

Die Broschüre „Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“ (DRV Bund, 2013b) nimmt in dem gesamten Angebot an Informationsmaterial der Deutschen Rentenversicherung eine Sonderstellung ein. Sie wurde zur konkreten Vorbereitung von Versicherten auf eine bevorstehende Reha entwickelt und wird den zukünftigen Rehabilitanden, die über die DRV Bund versichert sind, flächendeckend zusammen mit dem Bewilligungsbescheid für die Reha automatisch zugeschickt. Leider scheint sie nicht allgemein zugänglich zu sein, zumindest kann sie nicht wie die anderen Broschüren der DRV Bund über deren Website bezogen werden.

In der Broschüre stellen unterschiedlichste Experten aus dem Bereich Rehabilitation ihr Gebiet kurz vor, so dass die Leser einen umfassenden Überblick bekommen. Im Einzelnen wird eine allgemeine Einführung zur medizinischen Rehabilitation gegeben, in der sich auch die DRV Bund als Kostenträger präsentiert. Anschließend geht es in einem allgemeinen Teil um Themen, die für Rehabilitanden sämtlicher Indikationen relevant sind, beispielsweise darum, wie eine gute Vorbereitung aussieht, welcher Leistungsumfang durch den Kostenträger abgedeckt wird und was organisatorisch zu beachten ist. Dargestellt werden die Relevanz von Reha-Zielen, die Bedeutung von Gesundheitstraining und angemessener Ernährung, der richtige Umgang mit Risikofaktoren und der Stellenwert von Bewegung für die Gesundheit. Anschließend werden in kurzen Kapiteln die Besonderheiten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in den einzelnen Indikationen vorgestellt und erklärt. So können sich Rehabilitanden, die vor einer kardiologischen, orthopädischen, rheumatologischen, psychosomatischen, neurologischen, onkologischen, pneumologischen, gastroenterologischen oder dermatologischen Reha stehen oder eine entsprechende Maßnahme aufgrund von Diabetes oder



Abhängigkeitserkrankungen erwarten, gezielt über wichtige Eckpfeiler ihrer Reha informieren. Dabei werden stets die Eigenverantwortung und die aktive Rolle der Patienten betont und immer wieder sowohl auf die Bedeutsamkeit von Zielen als auch auf die Notwendigkeit langfristiger Veränderungen des Lebensstils hingewiesen.

Aus unserer Sicht ist die Broschüre ein guter Ansatz, Rehabilitanden – vor allem auch solchen, die keine Affinität zu Internet-Recherchen zeigen – frühzeitig durch eine Maßnahme mit hohem Aufforderungscharakter dazu anzuregen, sich aus einer abgesicherten Quelle über verschiedene Aspekte der Reha zu informieren. Dieses wird vor allem durch die Beteiligung sehr vieler Autoren erreicht, die jeweils Spezialisten in ihrem Fach sind. Kritisch sehen wir jedoch, dass...

- ...das Sprachniveau, wie auch von Höder (2013) angemerkt, relativ hoch ist. Dieser Effekt entsteht sicherlich durch den Einsatz von Experten als Autoren. Sie kennen sich in ihrem Gebiet natürlich sehr gut aus und nutzen untereinander in der Regel einen speziellen Sprachcode. Dieses scheint es ihnen oft schwer zu machen, komplexe Sachverhalte inhaltlich und sprachlich auf ein allgemein verständliches oder in Anbetracht der Zielgruppe sogar eher einfaches Niveau herunterzubrechen.
- ...die Broschüre eher wie eine Materialsammlung und weniger wie eine einheitliche Broschüre wirkt. So machen es die unterschiedlichen Schreibstile der einzelnen Autoren schwer, sich an die verwendete Sprache zu gewöhnen. Weiterhin weisen die Kapitel untereinander viele Redundanzen auf. Das gilt nicht nur für die Darstellung der Reha in den einzelnen Indikationen, von denen für jeden Leser nur eine im Kern relevant ist und er folglich auch gegebenenfalls auch nur eine liest, sondern auch für den Teil, der die allgemeinen Informationen für alle beinhaltet. Beides, sowohl die Heterogenität der Sprachstile als auch die inhaltlichen Redundanzen, steht einem in der Regel als angenehm empfundenen Eindruck, dass der Gesamttext „aus einem Guss“ ist, entgegen.
- Weiterhin hätten wir uns eine klarere Abgrenzung des allgemeinen Teils von den Kapiteln gewünscht, die stark indikationsbezogen sind. Auch uns war beispielsweise nicht sofort klar, ob die Kapitel über Ernährung, Risikofaktoren für das Herz-Kreislauf-System und Bewegung für alle zukünftigen Rehabilitanden gedacht sind oder nur von Patienten bestimmter Indikationen gelesen werden sollen.
- Aufgrund der Tatsache, dass die Broschüre an alle Rehabilitanden geschickt wird, deren Rehabilitation von der DRV Bund finanziert wird, bewegt sie sich immer noch auf einem mittleren Abstraktionsniveau. Die indikationsspezifischen Darstellungen machen sie im Vergleich zu anderen Broschüren konkreter, doch gibt es sicherlich auch zwischen den Kliniken einer Indikation immer noch erhebliche Unterschiede in der Ausstattung, der allgemeinen Philosophie, den tatsächlichen Behandlungsangeboten und organisatorischen Details. Aus diesem

Grund könnte eine Information durch die jeweilige Klinik, die all diese Besonderheiten benennen kann, den Patienten die bevorstehende Maßnahme noch lebendiger vor Augen führen und ihnen noch effizienter Ängste nehmen. Weiterhin hätten die Patienten dann auch das Gefühl, in der Broschüre bereits den Menschen oder zumindest der Einrichtung zu begegnen, mit der sie es in den Wochen der Reha tatsächlich zu tun haben werden – der Kostenträger bleibt im alltäglichen Erleben der Patienten ja in der Regel eher „die graue Eminenz im Hintergrund“ – so dass auf diese Weise schon frühzeitig eine gewisse persönliche Beziehung und im besten Fall Vertrauen, vielleicht sogar eine gewisse Vertrautheit, aufgebaut werden kann. Vermutlich hätte all das noch stärkere positive Effekte auf die Motivation und die Adhärenz der Patienten und damit auch auf den Reha-Erfolg.

Soweit uns bekannt ist, wurden bisher keinerlei Studien zu Nutzung und/oder Effekten des Einsatzes dieser Broschüren durchgeführt. Wir haben lediglich eine Studie gefunden, die den Einsatz einer an die Broschüre „Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“ angelehnten Fragebogens auf die Entwicklung persönlicher Reha-Ziele untersucht hat (Buchholz & Kohlmann, 2013). Die Studie ist im Kapitel „2.1.2 Reha-Ziele als zentraler, aber ungenügend beachteter Bestandteil der Rehabilitation“ näher beschrieben.

### **Bibliotherapie – Broschüren als (unterstützende) Intervention**

Ebenfalls auf die Entwicklung schriftlichen Informationsmaterials hat sich die Arbeitsgruppe um Linden aus der Charité Berlin in Zusammenarbeit mit dem Reha-Zentrum Teltow in einer Projektreihe konzentriert. Die von ihnen entwickelten Broschüren dienen jedoch nicht der Vorbereitung von Rehabilitanden, sondern wurden während der Rehabilitation als Pfeiler der Patientenedukation bibliotherapeutisch genutzt.

Unter Bibliotherapie versteht man ganz allgemein den Einsatz von Broschüren, die darauf abzielen, Patienten Informationen zu vermitteln, ihnen Denkanstöße zu geben oder neue Einsichten zu erleichtern. Solche Broschüren können isoliert oder therapiebegleitend ausgegeben werden. Da bisher weitgehend unklar ist, welche Effekte – möglicherweise auch unerwünschte Nebenwirkungen der Einsatz solcher Broschüren hat, hat die Arbeitsgruppe nicht nur entsprechendes Material für kardiologische und psychosomatische Rehabilitanden zu verschiedenen Themen entwickelt, sondern auch in Kontrollgruppenstudien evaluiert.

Generell kann man sagen, dass sowohl die kardiologischen als auch die psychosomatischen Patienten entsprechende Broschüren recht gut akzeptiert haben und durch die Lektüre ihr Wissen um die eigene Erkrankung und Möglichkeiten zu

deren Bewältigung signifikant steigern konnten. Das verbesserte Wissen ging jedoch bei kardiologischen Patienten nicht mit einer deutlicheren Reduktion von Krankheitsängsten oder dysfunktionalem Krankheitswissen einher und schlug sich auch nicht in einer Veränderung des Verhaltens nieder (Muschalla & Linden, 2010). Bei den psychosomatischen Patienten zeigten die informierten Patienten sogar eine schlechtere Therapeut-Patient-Beziehung und ein schlechteres Therapieergebnis als die Patienten, die keine Broschüre bekommen hatten – offenbar kann der Einsatz solchen Materials trotz der positiven Bewertungen auch zu Irritationen führen und den Therapieverlauf stören (Charité Universitätsmedizin Berlin, 2014).

## **Reha-nah: Broschüren für spezielle Patientengruppen**

- **„Beinamputation – Wie geht es weiter?“ Broschüre der eurocom e.V.**

Die Eurocom (european manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices) ist eine internationale Vereinigung von Herstellern für Produkte für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel und hat in Zusammenarbeit unter anderem mit Vertretern der AMPU-VITA (einem gemeinnützigen Institut für Amputationsvorsorge und Integration), der Bundesfachschule für Orthopädietechnik und dem Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputationen e.V. den hier vorliegenden Patientenratgeber entwickelt. Er umfasst grundsätzliche Informationen zum Thema Amputationen sowie zu den verschiedenen Phasen der Behandlung und Reintegration im Krankenhaus, in der Rehaklinik und wieder Zuhause. Ein umfangreiches Kapitel widmet sich der Vorstellung verschiedener Typen von Prothesen und Passteilen sowie dem Weg zur richtigen Prothese. Darüber hinaus werden typische Schwierigkeiten nach einer Amputation angesprochen und Tipps für das Leben nach der Amputation in Bezug auf die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen gegeben. Inhaltlich abgerundet wird der Ratgeber durch die Vorstellung der relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen, einem Glossar sowie Hinweisen auf weiterführende Literatur, Internetseiten und nützlichen Adressen.

Die Broschüre zeichnet sich durch die umfassenden Informationen ebenso aus wie durch den freundlichen, aber immer sachlichen Sprachstil und die äußere Form, die durch einen Wechseln von Fließtext, abgesetzten Hinweiskästchen und Abbildungen abwechslungsreich charakterisiert wird. Insgesamt ist der Text anschaulich und weitgehend verständlich, lediglich die Abschnitte über die technischen Merkmale von Prothesen und Passteilen wirken eher kompliziert. Besonders erwähnen möchten wir die nach unserer Einschätzung gelungene Mischung aus direkter Information und Hinweisen auf weiterführende Literatur beziehungsweise Internetseiten im Fließtext. Es ist zu vermuten, dass sich viele Amputierte durch die Broschüre gut verstanden

und angenommen fühlen und von den vermittelten abgesicherten Expertenkenntnissen erheblich profitieren können.

- **„Gesundheit fördern – Arbeitsfähigkeit erhalten“ – Wegweiser für Rheumakranke der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie**

Zwei Projekte, die sich mit der umfassenden Aufklärung von Patienten einer speziellen Diagnosegruppe aus einem Orthopädie-nahen Bereich beschäftigt haben, beinhalteten die Entwicklung zunächst von Broschüren, dann darauf basierend einer Website für Rheumakranke und deren Behandler. Die Projekte wurden im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. von Drambyan am Institut für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt.

Beide Medien sind nach demselben Schema gegliedert und transportieren die gleichen Inhalte; beide sollen dazu beitragen, dass Rheumakranke trotz ihrer Erkrankung berufstätig bleiben oder dieses wieder werden können. Da unterschiedliche Akteure im Behandlungssystem zum einen unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen und zum anderen unterschiedliche Bedarfe an Informationen und Arbeitsmaterialien haben, wurden im ersten Schritt drei aufeinander abgestimmte Broschüren entwickelt. Eine richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal, die zweite an Betriebsärzte und die dritte an die Betroffenen selbst. Alle Broschüren umfassen die vier registerartig angeordneten großen Kapitel:

- Nicht-medizinisches problemorientiertes Vorgehen  
Dieser erste Abschnitt bildet den Schwerpunkt der Broschüre. Er stellt Hauptprinzipien der (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben vor und skizziert konkrete Maßnahmen und ausgewählte Leistungen, die dafür nützlich sein können.
- Medizinische Leistungen zur (arbeitsbezogenen) Rehabilitation  
Dieser Abschnitt umfasst Informationen zur Beantragung von Reha-Leistungen, zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, zu Reha-Sport und Funktionstraining, zur Selbsthilfe und anderen medizinischen und medizinnahen Leistungen.
- Sozialmedizinische Rahmenbedingungen in Deutschland  
Vorgestellt werden wichtige Inhalte der aktuellen Gesetzgebung zu den Themen Leistungen zur Teilhabe, Schwerbehinderung und Erwerbsminderungsrente sowie mögliche inner- und außerbetriebliche Ansprechpartner, die Betroffenen weiterhelfen können.
- Informationen zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei rheumatoider Arthritis

Dieser Abschnitt stellt beispielhaft konkrete Handlungsmöglichkeiten an einem ausgewählten Krankheitsbild dar.

Darüber hinaus enthalten alle Broschüren eine (Kurz-)Checkliste zu Handlungsmöglichkeiten für den Erhalt oder die Wiederherstellung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit. Die Broschüren für Ärztinnen und Ärzte sowie die für Betriebsärzte umfassen weiterhin einen Kurzfragebogen zur Erwerbstätigkeit für Patienten; Patienten können diesen extra erhalten.

Im zweiten Schritt wurde dieses Material für den Einsatz im Web optimiert und auf der Seite [www.wegweiser-arbeitsfahigkeit.de](http://www.wegweiser-arbeitsfahigkeit.de) der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. online gestellt. Dort sind auch sowohl die gesamten Broschüren als pdf-Version zum Ausdrucken als auch die einzelnen Materialien (Fragebögen und Checklisten) als kostenlose Downloads verfügbar. Erste Ergebnisse zu Nutzung und Akzeptanz der Website durch Angehörige der drei Zielgruppen zeigte positive Ergebnisse (Drambyan & Mau, 2013).

Die Broschüren fallen durch einen ausgeklügelten Farbcode und verschiedene verwendete Symbole auf, die die Orientierung erleichtern sollen. Sie bringen umfangreiche Informationen auf relativ wenig Raum unter, was nur durch eine häufige Verwendung von Aufzählungen und Tabellen möglich ist. Nach unserer Einschätzung wirken sie dadurch jedoch recht trocken und vermitteln beim ersten Durchblättern den Eindruck einer hohen Komplexität, der möglicherweise abschreckend wirkt. Auch tragen die häufigen Auflistungen zwar zu einer guten Übersicht im Augenblick der Lektüre bei, ob sie auch einen großen Lerneffekt nach sich ziehen, würden wir eher bezweifeln. So sind aus unserer Sicht zwar die Inhalte zielgruppenorientiert aufbereitet, die Art der Darstellung scheint uns jedoch vor allem für Patienten nicht optimal zu sein.

### **Ambulante Angebote zur Vor- und Nachbereitung der Reha in der Psychosomatischen Klinik Bad Dürkheim**

Im Rahmen einer Studie wurde in der Psychosomatischen Klinik Bad Dürkheim versucht, die zu Beginn und zum Ende einer psychosomatischen Reha auftretenden Schnittstellenprobleme durch ambulante Angebote zur Vor- und Nachbereitung zu verringern. So berichten Bischoff & Husen (1999), dass die Patienten aus dem näheren Umfeld der Klinik zu regulär zwei Informationsveranstaltungen und zwei Einzelgesprächen mit dem späteren Bezugstherapeuten eingeladen wurden; im Bedarfsfall konnten weitere Gespräche vereinbart werden. An diesen Terminen lernten die Patienten bereits im Vorfeld das Haus und die Therapeuten kennen, sie

bekamen organisatorische und therapiebezogene Informationen wie die Grundgedanken der Psychosomatik und der Verhaltenstherapie vermittelt und sammelten bei einer praktischen Übung zum Stresserleben und bei einer Einführung in ein Entspannungsverfahren erste Erfahrungen. Ziel dieser Vorbereitung war es, den Patienten frühzeitig Ängste zu nehmen und ihre Therapiemotivation zu steigern. Weiterhin sollten die Gespräche dazu dienen, bereits frühzeitig die Diagnose zu überprüfen und ein vorläufiges Bedingungsmodell der Störung zu entwickeln, so dass die Therapieplanung bereits unmittelbar nach der stationären Aufnahme umgesetzt werden konnte. Die im Projektzeitraum durchgeführten Informationsveranstaltungen wurden von den 92 Teilnehmern insgesamt sehr gut bewertet, sie fühlten sich weder über- noch unterfordert und wären nicht lieber gleich stationär aufgenommen worden. Viele Patienten berichteten einen Zuwachs an Wissen und veränderten ihre Erwartungen an die bevorstehende Therapie, nicht aber ihre Einstellungen zu ihren Beschwerden. Als wichtigste Elemente der Veranstaltungen sahen sie das Kennenlernen der Therapeuten und den Erhalt von Informationen über die Therapie an. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich die Studiengruppe zufriedener mit der Vorbereitung auf die Reha und verschiedenen Bestandteilen der Therapie. Zu Effekten auf Therapiemotivation und Reha-Erfolg äußern sich die Autoren nicht. Sie geben lediglich an, dass die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in der Studiengruppe 2 Tage kürzer war als die der Patienten in der Kontrollgruppe, so dass die ambulanten Vor- und Nachbereitungsmaßnahmen annähernd kostenneutral waren.

Trotzdem wurde dieses Konzept nicht langfristig aufrechterhalten. Ein Anruf in der Klinik am 10.09.2014 durch Frau Niemeyer ergab, dass auch in dieser Klinik die Patienten regulär ohne besondere vorbereitende Termine ihre stationäre Reha beginnen und nur in Ausnahmefällen vorbereitende Gespräche durchgeführt werden.

### **Rehabilitandeninformationstag der Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele vom NVRF**

Einen recht ähnlichen Ansatz verfolgte die Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele vom Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung e.V. unter der Leitung von Pohontsch und Mitarbeit unter anderem von Deck und Höder. Sie versuchte, dem Problem einer mangelhaften Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Reha vor allem im Hinblick auf die Definition eigener Reha-Ziele durch die Einführung eines vorgeschalteten Informationstages zu begegnen. An diesem Tag sollten die Rehabilitanden Informationen über die Rehabilitation und die Nachsorge erhalten, (falsche) Erwartungen sollten thematisiert werden und die Rehabilitanden und die Rehabilitanden sollten in die Lage versetzt werden, eigene Reha-Ziele zu formulieren und mit dem aufnehmenden Arzt in der Reha zu diskutieren. Zielgruppe waren orthopädische Rehabilitanden der DRV Nord aus Lübeck und Umgebung, denen ein

Heilverfahren bevorstand. Reise und Verpflegungskosten wurden von der DRV Nord übernommen. Das Programm umfasste etwa 6 Stunden und bestand aus verschiedenen Einheiten, in denen mit unterschiedlichen didaktischen Methoden eine Annäherung an das Thema erarbeitet werden sollte. Als Evaluation sollte eine Befragung zu Nützlichkeit und Verständlichkeit am Ende des Tages stehen, weiterhin war eine telefonische Nachbefragung zu Erfahrungen in der Rehabilitation geplant (Pohontsch, 2009; Pohontsch et al. 2009).

Einer Mail von Frau Pohontsch vom 19.05.2010 zufolge musste der für November 2009 geplante erste Probetag wieder abgesagt werden, weil sich nicht genügend interessierte Teilnehmer gefunden hatten. Ob ein zweiter zu der Zeit geplanter Probetag mit veränderter „Rekrutierungsstrategie“ mehr Zuspruch erfahren hat, ist unklar. Vermutlich wurde der Ansatz jedoch nicht längerfristig weiterverfolgt, denn wir haben dazu keine weiteren Veröffentlichungen gefunden. Auch eine direkte Nachfrage bei Frau Pohontsch per Mail vom 08.09.2014, blieb leider unbeantwortet.

### **Weitere Arbeiten der Arbeitsgruppe um Höder und Deck**

Basierend auf der verschiedentlich geäußerten Forderung, dass Rehabilitanden bereits frühzeitig über wesentliche Aspekte der Reha eingehend und verständlich aufgeklärt werden sollten, ist die Arbeitsgruppe um Höder und Deck in verschiedenen Projekten den Fragen nachgegangen, was Rehabilitanden wissen sollten, was sie tatsächlich wissen, woher sie dieses Wissen haben, wie der Wissenserwerb verbessert werden könnte, und welche Auswirkungen eine Optimierung auf Reha-Ziele und gesundheitsbezogene Aktivitäten nach Abschluss der Reha hat.

Befragungen von Experten und Rehabilitanden ergaben, dass eine frühzeitige Information über Inhalt und Ziel der Reha, die Wichtigkeit persönlicher Reha-Ziele, klinikspezifische Informationen, Unabdingbarkeit von Eigeninitiative, Bedeutung aktiver Therapien, Klärung der beruflichen Perspektive als Teil der Reha und die Notwendigkeit von Nachsorge als wichtige Themen der Vorabinformation angesehen werden. Tatsächlich gab es jedoch kaum Zugänge zu diesen Informationen. Die Rehabilitanden der DRV Bund bekamen die Broschüre „Reha – Was erwartet mich dort?“ zugeschickt, etwa 1/5 der Rehabilitanden erinnerte sich an Informationsmaterial direkt aus der Reha-Einrichtung. Knapp die Hälfte der Befragten hatte sich bei Freunden, Verwandten oder Kollegen erkundigt, etwa 20% hatten nach Informationen auf den Homepages der Einrichtungen gesucht. Eine eigene Recherche der Arbeitsgruppe nach nützlichen Informationsquellen führte zu ernüchternden Erkenntnissen: Nach Einschätzung der Autoren bietet lediglich die DRV Bund ausführliche Informationen. Die Websites der drei großen Krankenkassen enthalten ebenso wenige Informationen zum Thema Reha wie die einschlägiger Berufsverbände oder Fachgesellschaften. Dazu kommt, dass die vorhandenen Texte ein relativ hohes sprachliches Niveau aufweisen und angesichts eines verbreiteten

funktionalen Analphabetismus für die Zielklientel in der Regel schwer lesbar und kaum verständlich sind. (Höder & Deck, 2012; Höder, 2013).

Auf der Basis dieser Erkenntnisse hat die Arbeitsgruppe neues, leicht verständliches Informationsmaterial entwickelt. Dieses Material umfasst die 16-seitige Broschüre „So geht Reha!“ sowie die Website [www.vor-der-reha.de](http://www.vor-der-reha.de), auf der Informationen sowohl schriftlich als auch in Form von Videos dargeboten werden. Ergänzt wird die Website durch ein Reha-Lexikon, ein Quiz mit erläuterter Auflösung, eine Kommentarfunktion und Links zu anderen Websites. Auch die genannte Broschüre kann dort kostenlos heruntergeladen werden. Bei sämtlichem Material wurde streng auf leichte Verständlichkeit geachtet, so dass auch Personen mit geringer Schulbildung in der Lage sind, die Informationen aufzunehmen. Die Inhalte beider Darbietungsformen ranken sich um die in der oben beschriebenen Studie empirisch als relevant bestätigten Themen.

Das so entwickelte Material wurde in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie überprüft (Höder & Deck, 2014). Darin bekamen die Patienten der Kontrollgruppe zusammen mit der Einladung zur Reha nur das übliche Informationsmaterial der Klinik, die Patienten der Studiengruppe zusätzlich die Broschüre und den Hinweis auf die Website zugeschickt. Die Ergebnisse belegen, dass die Broschüre insgesamt gut angenommen wurde – 81% gaben an, sie ganz oder teilweise gelesen zu haben, davon beurteilten jeweils 78% sie als leicht oder sehr leicht verständlich, angenehm oder sehr angenehm zu lesen sowie sehr, ziemlich oder teilweise nützlich. 64% gaben an, dass ihnen die Informationen neu, ziemlich oder teilweise neu gewesen seien. Die Website wurde erheblich weniger genutzt: Jeder 6. gab an, keinen Internet-Zugang zu haben, von den anderen besuchten nur ein knappes Drittel die Seite und lasen die Inhalte ganz oder teilweise (zur Zeit der Publikation: n=24). Erste Analysen haben gezeigt, dass die Probanden aus der Studiengruppe im Wissenstest im Schnitt eine Frage mehr beantworten konnten und damit signifikant bessere Ergebnisse erzielten. Zu den Auswirkungen des Materials auf Art und Erreichung der Reha-Ziele sowie auf Nachsorgeaktivitäten haben wir bisher keine Veröffentlichungen gefunden.

Nach unserer Einschätzung sind Broschüre und Website insgesamt relativ allgemein gehalten, so dass sie für möglichst viele orthopädische und rheumatologische Rehabilitanden unabhängig von der konkreten Diagnose oder der Klinik, in der die Reha stattfinden soll, geeignet sind und leichter rezipierbare Alternativen zu der DRV Bund Broschüre „Reha – Was erwartet mich dort?“ darstellen. Das Äußere empfinden wir als attraktiv, die sehr einfache Sprache wirkt auf uns jedoch manchmal etwas gezwungen. Außerdem würden wir uns zur Vorbereitung einer



bevorstehenden Reha noch mehr Informationen über die konkrete Klinik und die dort realisierten Behandlungen wünschen.

Über diese Forschungsprojekte hinaus wurde im Rahmen des Förderschwerpunktes „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ eine Arbeitsgruppe Textverständlichkeit eingerichtet, an der auch Höder beteiligt ist. Dort können Wissenschaftler Texte einreichen, die an Patienten, Rehabilitanden oder die breite Öffentlichkeit gerichtet sind, und eine qualifizierte Rückmeldung über die Verständlichkeit der Texte sowie auf dem Hamburger Verständlichkeitskonzept (Langer et al., 2011) beruhende Verbesserungsvorschläge bekommen.

### **Homepages von Reha-Einrichtungen**

Aufgrund der leichten Verfügbarkeit von Informationen über das Internet ist davon auszugehen, dass eine substantielle Anzahl Rehabilitanden sich anhand der Homepages von Kliniken auf eine bevorstehende Reha-Maßnahme vorbereitet. Geht man weiterhin davon aus, dass die dargebotenen Informationen Erwartungen und Voreinstellungen und damit auch auf Motivation, Compliance und damit letztlich auch den Therapieerfolg von Rehabilitanden beeinflussen, stellt sich die Frage, wie sich Reha-Einrichtungen im Netz präsentieren. Dieser Frage sind Sewöster und Haaf nachgegangen. Sie haben die Websites von je 30 orthopädischen und kardiologischen Kliniken anhand eines an das Rahmenkonzept der DRV angelehnten Kriterienkatalogs analysiert, um Aufschluss über Art und Inhalt der Internetauftritte sowie deren informative und kommunikative Qualität zu erhalten. Ihre Analyse zeigte ein sehr heterogenes Bild: Zwar waren alle untersuchten Einrichtungen im Internet präsent, die Inhalte der Seiten reichten jedoch von steckbriefartigen Beschreibungen der Einrichtung bis zu detaillierten Darstellungen des Konzepts, der Reha-Ziele, der Nachsorgeangebote und der Forschungs Kooperationen. Organisatorische Hinweise waren auf fast allen Websites gut vertreten, Informationen zu Reha-Zielen und dem grundlegenden Behandlungskonzept waren in etwa 3/4 der Fälle zu finden. Etwa die Hälfte der Websites beschreibt die Therapie als patientenorientiert und ganzheitlich und weist auf das interdisziplinäre Team hin; nicht ganz so viele Websites verweisen auf eine berufliche Orientierung der Rehabilitation. Etwas seltener wird die Schnittstelle zu der Zeit nach der Reha thematisiert und auf Nachsorgeangebote, Selbsthilfegruppen und Kontaktaufnahme der Klinik mit weiterbehandelnden Ärzten hingewiesen (Sewöster & Haaf, 2009).

Ergänzend zu dieser inhaltlichen Bestandsaufnahme hat Höder die Verständlichkeit von Klinik-Websites untersucht und kam zu dem Schluss, dass sie für die Zielgruppe in der Regel viel zu schwer seien. Legt man die Kriterien des Hamburger

Verständlichkeitskonzeptes an, so zeigt sich nach seinen Ergebnissen, dass vor allem die Texte zu schwierig sind und es den Seiten an Gliederung und Ordnung mangelt. Weniger gravierend sind hingegen die Mängel an der Länge der Texte (etwas zu lang) und des Ausmaßes an lebendiger Auflockerung (etwas zu nüchtern) (Höder, 2013). Es ist nicht auszuschließen, dass mit diesen Kritikpunkten die eher geringe Ausnutzung der Informationsquelle Internet durch orthopädische Patienten (Höder & Deck, 2014) im Vergleich zu psychosomatischen Rehabilitanden (Widera et al., 2011) in Zusammenhang steht. Orthopädische Rehabilitanden sind nicht nur im Schnitt älter als psychosomatische, sondern weisen auch ein geringeres Bildungsniveau auf. Vermutlich sind sie schon öfter von einer Informationssuche im Internet frustriert worden und nehmen deshalb häufiger Abstand davon, oder verfügen einfach nicht über einen heimischen Internet-Zugang.

Insgesamt scheinen die Informationen auf den Homepages der Reha-Einrichtungen nur einen Bruchteil der Rehabilitanden grundsätzlich zu erreichen. Dazu werden sie vermutlich von einem großen Anteil von ihnen nicht in ausreichendem Maß verstanden, um maßgeblich zu einer gezielten Vorbereitung auf die Maßnahme beitragen zu können.

### **Beiträge auf anderen Websites**

Einzelne informative Artikel sind auf den Homepages der großen Krankenkassen, vor allem der AOK und der TK sowie in verschiedenen Gesundheitsportalen, wie dem der recht verbreiteten Apotheken-Umschau zu finden. Sie sind in der Regel jedoch recht knapp und nach der Analyse von Höder auch eher schwer verständlich (Höder, 2013), so dass sie als Informationsquelle zur Reha-Vorbereitung kaum geeignet sind.

Insgesamt zeigt die Übersicht über verwandte Ansätze, dass es eine ganze Reihe von Versuchen gibt, Patienten über verschiedenste Aspekte einer bevorstehenden Behandlung zu informieren, doch scheint uns keiner davon den angestrebten Zweck wirklich zufriedenstellend zu erfüllen. Aus diesem Grund haben wir versucht, mit der Entwicklung diagnosegruppenspezifischen Informationsmaterials, das stark auf die konkreten Bedingungen einer Reha-Klinik fokussiert, nochmal einen neuen Weg der Patienteninformation zu bahnen und darauf erste Schritte zu gehen.

### 3. Ziele und Fragestellungen von Re.In!

#### 3.1 Ziele, Pläne und die Realität des Projektes

Aus der Darstellung des Hintergrundes lässt sich die dem Projekt zugrundeliegende Annahme ableiten, dass eine Verbesserung des Informationsstandes der Patienten vor Beginn der Reha positive Effekte auf verschiedene Outcome-Parameter vor allem auf Seiten der Patienten, möglicherweise aber auch auf Seiten der Klinikmitarbeiter haben kann. Neben organisatorischen Informationen und einer Darstellung der Klinik und seiner Infrastruktur scheinen dabei gezielte Informationen darüber, (a) wie die Ausgestaltung des therapeutischen Ansatzes für die jeweilige Erkrankung aussieht, was also in der Rehabilitation auf die Patienten zukommt und (b) warum dieser Behandlungsansatz medizinisch sinnvoll und erfolgversprechend ist, ebenso zentral zu sein wie die Wahl eines der Zielgruppe angemessenen Sprachniveaus. Ziel des Projektes Re.In war es, genau dieses exemplarisch für die Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland zu leisten und Auswirkungen dieser Maßnahme zu überprüfen.

Da natürlich jede Information nur Wirkung zeigen kann, wenn sie vom Empfänger auch wahr- und aufgenommen wird, war es uns sehr wichtig, die Informationen in Form und Inhalt möglichst attraktiv darzubieten, so dass die zur Reha eingeladenen Patienten in hohem Maß durch das Material selbst dazu angeregt werden, sich eingehend mit ihm zu beschäftigen. Dazu haben wir bereits im Vorfeld des Projektes geplant,...

- ...der Weiterentwicklung des Materials eine Bedarfsanalyse vorzuschalten.

Um den tatsächlichen Bedarf sowohl der Patienten als auch der Mitarbeiter der Klinik erfassen zu können, wollten wir mit Vertretern beider Gruppen in Fokusgruppen und Interviews Gespräche führen. Die Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse sollten in die Weiterentwicklung des Materials einfließen. Diese Schritte haben wir planmäßig durchgeführt.

- ...Vorlieben für unterschiedliche Medien zu berücksichtigen.

Um verschiedene Vorlieben hinsichtlich des Informationsmediums optimal berücksichtigen zu können, sah unsere Projektplanung vor, nicht nur das Print-Material, das die Patienten vor Beginn der Reha durch die Klinik Münsterland zugeschickt bekommen, zu überarbeiten und zu ergänzen, sondern die neuen Informationen auch auf der Website der Klinik verfügbar zu machen und gegebenenfalls eine DVD mit einem kurzen Informationsfilm zu erstellen, die den Patienten mit dem übrigen Material zusammen zugeschickt wird. In der Bedarfsanalyse ergab sich jedoch eine eindeutige Präferenz der Patienten für das Print-Material. Nur wenige hatten sich die Klinikwebsite im Vorfeld angeschaut und eine DVD wurde als weitgehend überflüssig betrachtet. Da noch während der Erstellung des Print-Materials ein neuer Imagefilm der Klinik fertiggestellt und in

die Website integriert wurde, haben wir schließlich darauf verzichtet, weiteres audiovisuelles Material zu entwickeln. Die von uns entwickelten Broschüren wurden im pdf-Format auf die Homepage der Klinik Münsterland gestellt, von aufwändigeren Überarbeitungen der Homepage haben wir abgesehen, die Seite jedoch in der Evaluation multidimensional bewerten lassen.

- ...das bereits verwendete Material sprachlich zu überarbeiten und mit einem Corporate Design zu versehen.

Das vor Projektbeginn bereits verwendete Material war nach und nach in der Klinik Münsterland entwickelt und auf die Erfordernisse der Klinikverwaltung und des ärztlichen Dienstes abgestimmt worden. Da die einzelnen Broschüren, Blätter und Fragebögen jedoch von unterschiedlichen Autoren stammten, waren sie in Layout und Sprache recht heterogen. Beides wollten wir im Sinne eines stimmigen Gesamteindrucks in Zusammenarbeit mit der Klinik vereinheitlichen. Dabei sind immer wieder sowohl inhaltliche Redundanzen als auch Widersprüche aufgefallen, die im Zuge dieser Überarbeitungen minimiert wurden. Zum Ende des Projektes lag ein in sich stimmiges Materialset vor, das einheitliche Layout wurde in der Folge auch noch auf weitere Materialien der Klinik übertragen.

- ...passgenaues Zusatzmaterial für die 5 Hauptdiagnosegruppen zu entwickeln.

Einen weiteren wichtigen Punkt für die optimale Gestaltung des Materials haben wir darin gesehen, eine möglichst große Informationstiefe zu erreichen, und gleichzeitig den Umfang des Materials schlank zu halten. Dazu wollten wir für die Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland sehr gezielt Broschüren mit Informationen über die jeweilige Erkrankung, allgemeine Behandlungsstrategien für diese Erkrankung und die spezifische Behandlung in der Klinik Münsterland entwickeln. Auf diese Weise sollten dem Großteil der Patienten passgenaue Informationen zur Verfügung gestellt werden. Wie die in der Evaluation nachgewiesene hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem Informationsgehalt (Kap. 8.3.2.1) und der Nützlichkeit der Broschüren zur Vorbereitung der Reha (Kap. 8.3.2.2) zeigen, ist uns dieses Kernvorhaben gelungen.

- ...uns bei der Gestaltung von Text und Layout der diagnosegruppenspezifischen Broschüren an modernen Ansätzen der Mediendidaktik und Erkenntnissen der Textverständlichkeitsforschung zu orientieren. Dabei kamen vor allem Ansätze zum Tragen, die zeigen, auf welche Weise Informationen für den Rezipienten angenehm vermittelt werden können. Konkret nutzten wir vor allem das Konzept des Edutainment, möglichst Bildung mit Freude und positiven Emotionen zu verknüpfen, das Storytelling als spezielle Form der Umsetzung dieses Vorhabens und das Hamburger Verständlichkeitskonzept, um in den Texten ein optimales Sprachniveau zu erreichen.

- ...für den Feinschliff des Layouts sämtlicher Unterlagen die Pressestelle der DRV Westfalen einzubinden.

Die Pressestelle ist auf die Erstellung von Unterlagen verschiedenster Art spezialisiert und verfügt über sämtliche Ressourcen, einer solchen Aufgabe professionell begegnen zu können. Da sie auch die Imagebroschüre der Klinik mit Informationen über das Haus erstellt hat, sollte sie möglichst die endgültige Gestaltung der Unterlagen in enger Absprache mit uns übernehmen. Dieses wurde von Frau Lindart auch in vorbildlicher Weise realisiert – an dieser Stelle einen herzlichen Dank an sie für die ausgesprochen angenehme und konstruktive Zusammenarbeit!

- ...die Effekte einer solchen Maßnahme zu überprüfen.

In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie sollte untersucht werden, inwieweit es möglich ist, durch eine solche Intervention die Zufriedenheit der Patienten mit der Maßnahme, ihren Reha-Erfolg, aber auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern. Auch diesen Projektschritt haben wir – etwas verschlankt – vollzogen.

### **3.2 Fragestellung und Hypothesen der Evaluation**

Wie bereits beschrieben, ist davon auszugehen, dass eine Verbesserung der Vorab-Information der Patienten auf verschiedenen Ebenen Verbesserungen nach sich zieht. Konkret haben wir Antworten auf die folgenden Fragen gesucht:

1. Welche Auswirkungen hat eine verbesserte Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Reha auf...

1.a ...die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha?

1.b ...den kurz- und mittelfristigen Reha-Erfolg der Rehabilitanden?

2. Welche Auswirkungen hat eine verbesserte Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Reha auf...

2.a ...die selbst wahrgenommene Effizienz des Klinikpersonals?

2.b ...und die Arbeitszufriedenheit des Klinikpersonals?

Auf dem dargestellten Hintergrund lassen sich dazu folgende inhaltliche Annahmen formulieren und in statistische Hypothesen überführen. Diese sind zunächst

gerichtet. Um jedoch eine adäquate Basis für die allgemein geforderten strengeren zweiseitigen Signifikanztests zu haben, stützen auch wir unsere Auswertungen auf die ungerichteten Nullhypothesen und geben diese deshalb ebenfalls an.

### **Frage 1: Effekte auf Seiten der Patienten**

Hypothese 1a:

Inhaltliche Annahme: Eine verbesserte Vorbereitung der Patienten auf die Reha führt zu höherer Zufriedenheit am Ende der der Maßnahme.

H<sub>1</sub>: Am Ende der Reha sind Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, signifikant zufriedener als die Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

H<sub>0</sub> gerichtet: Am Ende der Reha sind Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, nicht signifikant zufriedener als die Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

H<sub>0</sub> ungerichtet: Am Ende der Reha unterscheiden sich Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, in ihrer Zufriedenheit mit der Maßnahme nicht signifikant von den Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

Hypothese 1b:

Inhaltliche Annahme: Eine verbesserte Vorbereitung der Patienten auf die Reha führt zu besserem Reha-Erfolg.

H<sub>1</sub>: Die Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, verbessern während der Reha ihren Reha-Status signifikant stärker als die Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

H<sub>0</sub> gerichtet: Die Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, verbessern ihren Reha-Status während der Reha nicht signifikant stärker als die Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

H<sub>0</sub> ungerichtet: Die Patienten, die besser auf die Reha vorbereitet wurden, unterscheiden sich nicht signifikant in der Veränderung ihres Reha-Status von den Patienten, die schlechtere Möglichkeiten der Vorbereitung hatten.

### **Frage 2: Effekte auf Seiten des Klinikpersonals**

Inhaltliche Annahme: Eine verbesserte Vorbereitung der Patienten auf die Reha führt zu einer Reduktion der „Reibungsverluste“ innerhalb der Therapien und der

klinikinternen Abläufe. Sie schätzen ihre Zusammenarbeit mit dem Patienten als effizienter ein und sind zufriedener mit ihrer alltäglichen Arbeit.

Hypothese 2a:

Inhaltliche Annahme: Ärzte und Therapeuten schätzen ihre Zusammenarbeit mit dem Patienten als effizienter ein.

$H_1$ : Nach Einführung des verbesserten Informationsmaterials schätzen Ärzte und Therapeuten ihre Zusammenarbeit mit dem Patienten als effizienter ein als vorher.

$H_0$  gerichtet: Nach Einführung des verbesserten Informationsmaterials schätzen Ärzte und Therapeuten ihre Zusammenarbeit mit dem Patienten nicht als effizienter ein als vorher.

$H_0$  ungerichtet: Die Einschätzungen von Ärzten und Therapeuten hinsichtlich der Effizienz ihrer Zusammenarbeit mit den Patienten verändern sich nach der Einführung des verbesserten Informationsmaterials im Vergleich zu vorher nicht.

Hypothese 2b:

Inhaltliche Annahme: Ärzte und Therapeuten sind zufriedener mit ihrer alltäglichen Arbeit.

$H_1$ : Nach Einführung des verbesserten Informationsmaterials sind Ärzte und Therapeuten mit ihrer alltäglichen Arbeit zufriedener als vorher.

$H_0$  gerichtet: Nach Einführung des verbesserten Informationsmaterials sind Ärzte und Therapeuten mit ihrer alltäglichen Arbeit nicht zufriedener als vorher.

$H_0$  ungerichtet: Die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Therapeuten verändert sich nach der Einführung des verbesserten Informationsmaterial im Vergleich zu vorher nicht.

## **4. Grundlegendes zur Methodik der Studie – Die 4 Arbeitsschritte**

Das Kernziel des Projektes Re.In lag darin, das Print-Material der Klinik Münsterland, das die Patienten zusammen mit der Einladung zur Reha zugeschickt bekommen, so zu verändern, dass es sowohl dem Informationsbedürfnis der Patienten als auch den Erfordernissen der Klinik und den Wünschen der Mitarbeiter in möglichst hohem Maß entspricht. Um dieses gewährleisten zu können, haben wir uns für einen vierstufigen Ablauf des Projektes entschieden. Dieser soll an dieser Stelle kurz vorgestellt werden, genauere Informationen zu der Methodik der einzelnen Schritte finden sich in den jeweiligen Kapiteln.

### **4.1 Die Ist-Analyse**

Die Klinik verwendet seit Jahren vielseitiges Informationsmaterial, das in der Vergangenheit bereits immer wieder angepasst wurde. Dieses Material dient auf der einen Seite dazu, der Klinik die Informationen über jeden Patienten zur Verfügung zu stellen, die für eine reibungslose Aufnahme nötig sind. Auf der anderen Seite bekommen die Patienten anhand verschiedener Formulare und Faltblätter wesentliche – in erster Linie verwaltungstechnische – Informationen an die Hand und können sich anhand des sogenannten Hausprospektes, einer Imagebroschüre der Klinik, einen ersten Eindruck über die Klinik verschaffen. In der Klinik selbst gibt es dann noch weitere Möglichkeiten für die Patienten, sich eingehend zu informieren wie beispielsweise den Wegweiser A-Z, in dem sämtliche für Patienten relevanten Angebote und Regeln der Klinik Münsterland nachgelesen werden können. Gezielte Informationen über Inhalt und Ablauf der Reha gab es bisher jedoch nicht.

Um alle bereits vorhandenen Elemente des verfügbaren Materials im Blick zu behalten und keine wichtigen Informationen zu übersehen, haben wir sämtliche zur Zeit des Projektbeginns im Umlauf befindlichen Unterlagen gesammelt, gesichtet, verzeichnet und bewertet. Eine besondere Methodik haben wir in diesem Schritt nicht angewendet.

### **4.2 Die Bedarfsanalyse**

Um das neue Material auch wirklich dem Bedarf entsprechend entwickeln zu können, haben wir sowohl mit Vertretern der dafür wichtigsten Abteilungen als auch mit Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland leitfadengestützte Fokusgruppen oder Interviews durchgeführt. Diese Gespräche dienten dazu, einen



Pool an Ideen und Anregungen zu sammeln, von denen wir möglichst viele umzusetzen versucht haben. Die einzelnen Beiträge wurden offen protokolliert, kategorisiert und durch den ärztlichen Leiter der Klinik noch einmal hinsichtlich ihrer Relevanz für das neue Informationsmaterial bewertet. Auf eine stärker regelgeleitete inhaltsanalytische Auswertung wie beispielsweise nach Mayring (2008) haben wir bewusst verzichtet, da sie uns für unseren Zweck zu aufwändig erschien.

### **4.3 Die Optimierung des Materials**

Auf der Basis der Ist- und der Bedarfsanalyse haben wir das vorhandene Print-Material sprachlich überarbeitet, stärker strukturiert, soweit wie möglich inhaltlich aktualisiert, aufeinander abgestimmt und mit einem einheitlichen Layout-Vorschlag versehen. Diese Vorlagen wurden von der Pressestelle der DRV Westfalen als Basis für die endgültige Gestaltung genutzt.

Das vorhandene Material wurde durch ein Set an diagnosegruppenspezifischen Informationsbroschüren für die Patienten der Hautdiagnosegruppen der Klinik Münsterland ergänzt. Sie sollen Patienten (1) mit chronischen Rückenschmerzen, (2) nach Operationen an der Wirbelsäule, (3) mit Verschleiß, (4) nach Gelenkersatz (Hüfte/Knie) und (5) nach Amputationen helfen, sich grundlegendes Wissen über ihre Erkrankung und deren Behandlung anzueignen. Weiterhin werden die Ansätze der modernen Rehabilitation dargestellt und ein Ausblick auf die zu erwartende Reha-Maßnahme eröffnet.

Um insgesamt ein schlüssiges Gesamtpaket ohne inhaltliche oder formale Widersprüche zu bekommen, haben wir zusätzlich zu dem Vorab-Material auch den in den Patientenzimmern ausliegenden „Wegweiser A-Z“ in die Überarbeitung einbezogen, obwohl dieser nicht Teil des Projektes war.

Sämtliche Überarbeitungen wurden nach modernen mediendidaktischen Erkenntnissen vorgenommen. Einzelheiten dazu finden Sie in den Kapiteln 7.1 und 7.2.

### **4.4 Die Evaluation**

Bei der Überprüfung von Effekten einer jeden Maßnahme gilt eine randomisierte Kontrollgruppenstudie als methodischer Gold-Standard. Eine solche haben auch wir durchgeführt, um zu überprüfen, ob eine Verbesserung der Vorab-Information der Patienten tatsächlich die angenommenen Auswirkungen hat.

Ursprünglich hatten wir geplant, die gesamte Optimierung des Materials als Intervention aufzufassen und Patienten, die das „alte“ Material bekommen haben, mit denen zu vergleichen, die das „neue“ Material erhalten haben. Wir haben jedoch schnell festgestellt, dass dieses Vorhaben aus zwei Gründen nicht umsetzbar war: Zum einen ist es für die Klinikverwaltung unerlässlich, auf Veränderungen in Bestimmungen und Abläufen schnell zu reagieren und Material immer wieder kurzfristig anzupassen, so dass eine Konstanz über die Monate der Datenerhebung nicht zu gewährleisten war. Zum zweiten werden nach einer Umstellung der EDV in der Klinik Münsterland Teile des Materials für jeden Patienten anhand verschiedener Merkmale automatisch generiert, so dass die Patienten nicht rein mit dem alten oder rein mit dem neuen Material versorgt werden konnten.

Wir mussten also einen Weg finden, der gleichzeitig die methodisch notwendige Konstanz als auch die in der Praxis notwendige Flexibilität erlaubt. Die größte Veränderung im Informationsmaterial bestand sicherlich in den neu entwickelten diagnosespezifischen Broschüren. Da ihr dauerhafter Einsatz zwar auf der einen Seite zusätzlichen Aufwand sowohl für die Klinik als auch für die Patienten mit sich bringt, sie aber über den Aufbau von Wissen und die Korrektur von Erwartungen vermutlich den größten Effekt bewirkt, haben wir sie in das Zentrum der Evaluation gestellt und als Kriterium für die Einteilung der Patienten in Studien- und Kontrollgruppe definiert. So wurden während der Datenerhebung jeweils etwa der Hälfte der Patienten einer jeden Hauptdiagnosegruppe eine für sie passende diagnosegruppenspezifische Broschüre zugeschickt (Studiengruppe), der anderen Hälfte nicht (Kontrollgruppe). Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte über eine stratifizierte Randomisierung, das heißt, innerhalb einer jeden Diagnosegruppe wurde jeder Patient per Zufall der Studien- oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Zielgruppe waren alle stationären und teilstationären Patienten mit Ausnahme der Versicherten der DRV Bund, die zwischen Januar und Juli 2014 zur Reha in die Klinik Münsterland eingeladen wurden. Eine Power-Analyse hatte einen für den Nachweis kleiner Effekte optimalen Stichprobenumfang von 310 Probanden pro Gruppe, also insgesamt 620 Probanden ergeben – eine Zahl, die wir aufgrund einer Verkürzung des Erhebungszeitraumes leider nicht vollständig erreichen konnten. Die Patienten wurden konsekutiv rekrutiert. Die Messzeitpunkte waren:

- t1: Vor der Reha

Zusammen mit der Einladung zur Reha oder, wenn dieses aufgrund klinikinterner Abläufe nicht möglich war, kurze Zeit danach wurde den Patienten ein erstes Forschungspaket zugeschickt, das eine schriftliche Information über das Projekt, eine Einverständniserklärung in zwei Ausfertigungen sowie den ersten Fragebogen und einen adressierten Rückumschlag enthielt.

- t2: In der Woche nach Reha-Beginn

In der auf den Reha-Beginn folgenden Woche wurde den Patienten, von denen der erste Fragebogen vorlag, im Rahmen einer Informationsveranstaltung über

das Projekt der zweite Fragebogen ausgehändigt. Die Patienten konnten ihn direkt ausfüllen oder innerhalb von drei Tagen ausfüllen und in einem vorbereiteten Rückumschlag in eine Sammelurne werfen.

- t3: Ende der Reha

Der letzte Fragebogen wurde den Patienten am Donnerstag vor dem ursprünglich geplanten Abreisetermin mit der Bitte, ihn noch vor der Abreise auszufüllen und in einem verschlossenen Briefumschlag in die Sammelurne zu werfen, in ihr Postfach gelegt.

Ursprünglich hatten wir einen weiteren Messzeitpunkt geplant. Drei Monate nach Reha-Ende sollte ein weiterer Fragebogen die Überprüfung mittelfristiger Effekte der Intervention ermöglichen. Da wir jedoch aus unterschiedlichen Gründen in deutlichem Zeitverzug waren und uns die Relevanz dieses Messzeitpunktes begrenzt erschien, haben wir darauf verzichtet und uns dem im Antrag formulierten Fokus entsprechend auf die Auswertung der Effekte vor und während der Reha beschränkt.

Neben den Befragungen der Patienten war geplant, gegebenenfalls Daten aus den Patientenakten darüber zu entnehmen, wie oft die Patienten bei den Therapien unentschuldig gefehlt haben. Diese Daten sollten uns als objektive, im Verhalten verankerte Hinweise auf Reha-Motivation dienen. Da jedoch im Verlauf des Projektes aus Datenschutzgründen entschieden wurde, dass die Mitarbeiter der Forschungsabteilungen nur noch unter sehr strengen Voraussetzungen auf die elektronischen Patientenakten zugreifen können, war es leider nicht möglich, diese Säule der Datenerhebung zu realisieren.

Zusätzlich zu den Erhebungen bei den Patienten haben wir die Ärzte und die Bezugstherapeuten gebeten, für jeden Patienten einzuschätzen, (1) wie gut er zu Beginn der Reha über seine Erkrankung informiert ist; (2) wie gut er über die Behandlung informiert ist, die er in der Klinik Münsterland erhalten wird, und (3) ob der Arzt/der Therapeut vermutet, dass er das diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial erhalten hat.

Nach dem Ende der Datenerhebung bei den Patienten haben wir weiterhin Vertreter der Abteilungen, die auch in die Bedarfsanalyse eingebunden waren, gefragt, ob sie seit dem Beginn der Datenerhebung in ihrem Arbeitsalltag Veränderungen auf Seiten der Patienten oder im Kontakt mit ihnen bemerkt hätten.

## **5. Schritt 1: Die Ist-Analyse**

### **5.1 Hintergrund**

Die Klinik Münsterland ist im Jahr 1995 eröffnet worden. Seitdem wurden Materialien verschiedenster Art entwickelt und immer wieder angepasst, die zwei Zwecken dienen: Zum einen benötigt die Klinik neben der Kostenzusage und den standardisierten Unterlagen des Kostenträgers sowie gegebenenfalls einigen Informationen der vorbehandelnden Stelle eine Reihe von Daten über jeden einzelnen Patienten, um ihn reibungslos aufnehmen zu können. Zum anderen möchten die meisten Patienten schon frühzeitig einiges über die Klinik, wichtige Abläufe und organisatorische Notwendigkeiten erfahren, um möglichst gut in die Reha starten zu können.

Da sich die bevorzugten Informationswege von Mensch zu Mensch deutlich unterscheiden können, ist es sinnvoll, Alternativen anzubieten. So ist neben dem Einsatz von gedrucktem Material ein hochwertiger Internet-Auftritt inzwischen fast schon obligatorisch. Doch auch im Internet wird üblicherweise der Großteil der Informationen über Schrift vermittelt, so dass auch dieses Medium für Menschen mit schlechter Sehfähigkeit, einer niedrigen Alphabetisierungsstufe, Konzentrationsproblemen, Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache aufgrund eines Migrationshintergrundes oder einfach mangelnder Übung hohe Hürden beinhaltet. Aus diesem Grund können audiovisuelle Medien gegebenenfalls eine weitere sinnvolle Ergänzung darstellen.

Um zu wissen, auf welcher Basis wir unsere eigene Arbeit begründen können, haben wir das gesamte vorhandene Material der Klinik in einer Ist-Analyse zusammengestellt.

### **5.2 Methodik**

Um alle die bereits vorhandenen Elemente im Blick zu behalten und keine wichtigen Informationen zu übersehen, haben wir sämtliche zur Zeit des Projektbeginns im Umlauf befindlichen Unterlagen gesammelt, gesichtet, verzeichnet, kurz bewertet und an den Stellen mit Anmerkungen versehen, an denen uns beispielsweise inhaltliche Doppelungen, Widersprüche oder sprachliche Stolpersteine aufgefallen sind. Eine spezielle Methodik haben wir in diesem Schritt nicht angewendet.

## 5.3 Ergebnisse

Die Ist-Analyse hat eine überraschende Vielzahl in der Klinik Münsterland verwendeter Materialien ergeben. Offenbar hatten in der Vergangenheit verschiedene Autoren (Falt-)Blätter, Formulare, Fragebögen und Broschüren entworfen, so dass zu Beginn unseres Projektes eine in Inhalt, Sprachstil und Layout recht heterogene Sammlung unterschiedlicher Print-Materialien eingesetzt wurde. Ergänzt wurden diese durch die Website der Klinik sowie einige Informationsfilme. Über all dieses möchten wir an dieser Stelle einen kommentierten Überblick geben (Stand: Oktober 2010).

### 5.3.1 Print-Material

Das Print-Material der Klinik Münsterland umfasste im Oktober 2010 zum einen das Material, das den Patienten vor Beginn der Reha nach Hause geschickt wurde, zum anderen eine Informationsmappe „Herzlich Willkommen bei uns in der Klinik Münsterland. A-Z“, die den Patienten bei der Anreise ausgehändigt wurde und zum Ende des Aufenthaltes wieder abgegeben werden sollte.

#### Print-Material, das den Patienten vor der Reha zugeschickt wird

Im Oktober 2010 haben die Patienten zusammen mit der Einladung zur Reha ein Set an Unterlagen zugeschickt bekommen, das auf die Erfordernisse von Verwaltung und ärztlichem Dienst abgestimmt war. Seine genaue Zusammensetzung richtete sich nach der Behandlungsart (Allgemeines Heilverfahren (HV) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)) und dem für die Reha zuständigen Kostenträger. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Formulare in den einzelnen Paketen:

HV / Renten- versicherung	AHB / Renten- versicherung	AHB / Kranken- versicherung	Selbstzahler
Formular „Beleg Rückantwort“	Formular „Beleg Rückantwort“	Formular „Beleg Rückantwort“	Formular „Beleg Rückantwort“
Formular „Beleg: RK“	Formular „Beleg: RK“		

Fragebogen „HADS“			
Rückumschlag	Rückumschlag	Rückumschlag	Rückumschlag
Broschüre „Herzlich will- kommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“	Broschüre „Herzlich will- kommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“	Broschüre „Herzlich will- kommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“	Broschüre „Herzlich will- kommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“
Faltblatt „Information für Patienten“	Faltblatt „Information für Patienten“	Faltblatt „Information für Patienten“	Faltblatt „Information für Patienten“
Formular „Ärztlicher Aufnahmebogen“	Formular „Ärztlicher Aufnahmebogen“	Formular „Ärztlicher Aufnahmebogen“	Formular „Ärztlicher Aufnahmebogen“
			Info-Blatt „Allgemeine Vertragsbedin- gungen für die Aufnahme von stationären Selbstzahlern“

**Tabelle 1: Ist-Analyse: Übersicht über das Print-Material, das den Patienten vor der Reha zugeschickt wurde**

Im Folgenden möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick über die Inhalte der verwendeten Broschüren und Formulare geben und ihnen unsere Einschätzung der Materialien mitteilen.

- **Formular „Beleg Rückantwort“**

Das Formular „Beleg Rückantwort“ war ein zweiseitiges Formular, auf dem die für Aufnahme der Patienten durch die Verwaltung benötigten Daten erfasst wurden. In den einzelnen Abschnitten wurden die Patienten gebeten, die wichtigsten persönlichen Daten, die Art der geplanten Anreise, ihren aktuellen Beruf, die Kontaktdaten des Arztes, der den Entlassungsbericht erhalten soll, der Krankenkasse und des nächsten Angehörigen zu benennen sowie einige Zusatzangaben über die Zugehörigkeit zu besonderen Personenkreisen und Krankenversicherungen zu leisten.

Unsere Einschätzung: Dieser Bogen war inhaltlich sicherlich korrekt und ausgesprochen kompakt, wirkte aber insgesamt optisch eher wenig strukturiert und sehr nüchtern.

- **Formular „Beleg: RK“**

Dieses einseitige Formular beinhaltete Informationen und Angaben zur An- und Abreise und war eine direkte Fortsetzung des „Belegs Rückantwort“ für die Patienten, deren Reha von der Rentenversicherung getragen wurde.

Unsere Einschätzung: Unsere Einschätzung des „Belegs RK“ entspricht der Einschätzung des „Belegs Rückantwort“.

- **Fragebogen „HADS“**

Der „Hospital Anxiety and Depression Questionnaire (HADS)“ ist ein anerkanntes Screening-Instrument zur Erfassung von Angst und Depressivität. Auf einer Seite erfragt er in jeweils 7 Items das Auftreten typischer Symptome beider Problembereiche innerhalb der letzten Woche.

Unsere Einschätzung: Der Fragebogen ist inhaltlich abgesichert und äußerlich kompakt – Patienten mit eingeschränktem Sehvermögen könnten allerdings aufgrund des Layouts mit kleiner Schrift und der Verwendung verschiedener Graustufen Schwierigkeiten mit der Bearbeitung haben.

- **Broschüre „Herzlich willkommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“**

Diese Broschüre wird auch als „Hausprospekt“ bezeichnet und stellt in Wort und Bild die Klinik mit ihren Räumlichkeiten und ihrer Palette an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vor.

Unsere Einschätzung: Diese Broschüre wirkt, ähnlich wie ein Hotelprospekt, als Einladung in die Klinik Münsterland, der Leser bekommt einen guten Eindruck vom Haus. Informationen über Inhalte der Reha oder den grundsätzlichen Behandlungsansatz in der modernen Rehabilitation hingegen fehlen fast vollständig – es ist schwer, sich anhand dieser Broschüre ein Bild von der zu erwartenden Maßnahme zu machen.

- **Faltblatt „Information für Patienten“**

Auf einer Doppelseite informiert dieses Faltblatt darüber, was vor Beginn der Reha zu veranlassen oder zu erledigen ist, welche Gegenstände eingepackt werden müssen und welche in der Klinik nicht erwünscht sind. Ergänzend gibt es allgemeine Hinweise. Diese umfassen die Bitte, wegen der knappen Parkplätze möglichst mit der Bahn anzureisen, einen Hinweis auf die Möglichkeit, Wäsche zu waschen sowie den Hinweis darauf, dass Therapien auch im Außengelände stattfinden können und entsprechende Kleidung mitgebracht werden muss.

Unsere Einschätzung: Das Faltblatt war durchaus informativ und damit nützlich. Wir haben es aber als eher unübersichtlich empfunden und auch einige Inhalte vermisst.

- **Formular „Ärztlicher Aufnahmebogen“**

Der ärztliche Aufnahmebogen wird als Grundlage für das ärztliche Aufnahmegespräch genutzt. Die Items orientierten sich in Inhalt, Reihenfolge und sogar Nummerierung an dem genormten EPA-Formular, das die Ärzte im Anschluss an die Aufnahme ausfüllen müssen. Sie umfassten unter anderem Angaben zu gesundheitlichen Problemen, Hilfsmitteln und Einschränkungen, bereits erfolgten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und der aktuellen Medikation. Weiterhin wurden die Krankengeschichte des Patienten sowie Angaben zu seinem allgemeinen Gesundheitszustand und zu Risikofaktoren erhoben und um Angaben zur Familienanamnese, zu Lebensumständen und zum Beruf ergänzt.

Unsere Einschätzung: Auch dieser Bogen war sehr kompakt gehalten. Er wirkte auf uns jedoch ebenfalls etwas unübersichtlich und beinhaltete viele Freitextfelder, zum Teil mit Vorschlägen für mögliche Einträge. Dieses schien uns das Ausfüllen für die Patienten, aber auch das Lesen durch die Ärzte unnötig zu erschweren. Weiterhin war für uns die Relevanz einiger Items (zum Beispiel einer recht detaillierten gynäkologischen Anamnese) für die orthopädische Reha schwer nachzuvollziehen, dafür fehlten uns beispielsweise Angaben über besondere Belastungen am Arbeitsplatz, die gerade für eine beruflich orientierte medizinische Reha bedeutsam sind.

- **Info-Blatt „Allgemeine Vertragsbedingungen für die Aufnahme von stationären Selbstzahlern“**

Dieses Info-Blatt fasst auf zwei Seiten wichtige Angaben und Regelungen der Kostenübernahme von Selbstzahlern zusammen.

Unsere Einschätzung: Auch dieses Blatt fokussiert auf die sachliche Darstellung alle notwendigen Inhalte. Uns erschien es zum Teil etwas schwer verständlich, was jedoch vielleicht aufgrund komplexer Regelungen und genormter Ausdrücke kaum zu vermeiden ist.

## **Informationsmappe „Herzlich Willkommen bei uns in der Klinik Münsterland. A-Z“**

Bei der Anreise wurde den Patienten im Oktober 2010 zusammen mit dem Zimmerschlüssel eine Informationsmappe ausgehändigt, mit deren Hilfe sie sich über verschiedene Abläufe, Möglichkeiten und Regelungen in der Klinik Münsterland informieren konnten. Diese Mappe enthielt Folgendes in der berichteten Reihenfolge:

- Kleber: Energiesparen macht Sinn



- Hinweis: Patienteninformation A-Z: Die Info-Kanäle 35 und 36 sind derzeit außer Betrieb (1 Seite)
- Bedienungsanleitung für Fernsehen – Telefon – Radio (roter Zettel; 2 Seiten)
- Reinigungsplan sodexo – Zehnacker (1 Seite)
- Info Farbcodierung für Kostformen (grüner Zettel; 1 Seite)
- Wegweiser von A-Z (18 Seiten)
- Wegweiser von A-Z, Anlage 1: Verhaltensregeln im Falle eines Brandes (3 Seiten)
- Wegweiser von A-Z, Anlage 2: Pläne 1. Untergeschoss, Erdgeschoss, 1. Obergeschoss, 2. Obergeschoss, 3. Obergeschoss (5 Seiten)
- Wegweiser von A-Z, Anlage 3: Klinikseelsorge (1 Seite)
- Wegweiser von A-Z, Anlage 4: Wissenswertes über Bad Rothenfelde (1 Seite)

Unsere Einschätzung: Auch diese Beiträge stammten von verschiedenen Autoren und waren in Sprache und Layout sehr unterschiedlich, die Inhalte jedoch ohne Zweifel relevant. Für uns auffällig war, dass die Mappe nicht mit einer Begrüßung des Lesers begonnen hat, sondern diese erst auf dem fünften Blatt, dem Beginn des eigentlichen „A-Z“, zu finden war.

### **Zusammenfassung:**

Das zur Zeit der Ist-Analyse eingesetzte Print-Material der Klinik Münsterland ist im Laufe der Jahre gewachsen und war inhaltlich auf die Erfordernisse der verschiedenen Adressaten abgestimmt. Mit Hilfe des Materials sollten der Klinik persönliche Informationen von den Patienten zur Verfügung gestellt werden. Die Patienten hingegen wurden über wichtige verwaltungstechnische Abläufe und die Ausstattung der Klinik informiert, Informationen über die Idee der modernen Rehabilitation und konkrete Inhalte der Maßnahme fehlten jedoch fast völlig.

An einigen Stellen sind uns Redundanzen, aber auch einzelne inhaltliche Widersprüche in den Materialien aufgefallen. Weiterhin deuteten Unterschiede im Sprachstil auf die Vielzahl der an der Entwicklung der einzelnen Blätter, Fragebögen und Broschüren beteiligten Autoren hin.

Im Hinblick auf die Gestaltung fiel eine große Heterogenität im Layout auf. Dabei sollten die Unterlagen offenbar möglichst schlank gehalten werden, auch wenn dieses manchmal zu Lasten einer klaren optischen Struktur ging. Als Folge davon wirkte das Gesamtpaket zwar sehr funktionell, aber nicht durchweg ansprechend.

## **Empfehlungen:**

Inhaltlich: Aus unserer Sicht wäre es zu begrüßen,...

- ...wenn die Inhalte der einzelnen Elemente des Print-Materials besser aufeinander abgestimmt würden, so dass es weder Redundanzen noch Widersprüche gibt.
- ...wenn der Sprachstil der Materialien vereinheitlicht würde. Dabei wäre ein freundlicher, zugewandter Tonfall und eine leicht verständliche Ausdrucksweise anzustreben.
- ...wenn die Patienten die Möglichkeit hätten, sich bereits vor der Reha über die zu erwartenden Inhalte der Maßnahme zu informieren und frühzeitig realistische Erwartungen aufzubauen.

Gestaltung: Im Hinblick auf die Gestaltung würden wir empfehlen,...

- ...das Layout der einzelnen Materialien im Sinne eines Corporate Designs zu vereinheitlichen. Dieses würde den Wiedererkennungswert steigern und – wenn die Gestaltung professionell durchgeführt wird – das hohe Qualitätsniveau der Klinik Münsterland bereits in den verwendeten Materialien aufscheinen lassen.
- ...optisch strukturierende Elemente einzubauen, so dass auch umfangreichere Materialien schneller und einfacher überblickt werden können und die Lektüre/Bearbeitung als weniger kompliziert erlebt wird.
- ...trotz der höheren Druckkosten möglichst Farbdruck zu verwenden. Dieser würde sich nicht nur als Strukturierungshilfe anbieten, sondern das Material auch insgesamt freundlicher wirken lassen.

### **5.3.2 Website der Klinik Münsterland**

Die Website der Klinik Münsterland war im Oktober 2010 bereits sehr umfangreich. Da diese im Rahmen des Projektes jedoch nicht grundlegend verändert, sondern nur um die diagnosegruppenspezifischen Broschüren ergänzt wurde, geben wir an dieser Stelle einen Überblick über die Struktur und die Inhalte, die wir vorgefunden haben und kommentieren lediglich zusammenfassend am Ende des Abschnitts.

#### **1. Startseite**

1. Herzlich willkommen auf der Internetseite der Klinik Münsterland!
2. ALKOU-Vorstand bestätigt

## 2. Meine Klinik

1. Die Klinik (Stand 19.08.2009)  
(Kontaktdaten, Träger, Kooperationen)
2. Auf einen Blick (Stand 22.09.2010)
  - Adresse
  - Klinikleitung
  - Indikationen
  - Medizinische Einrichtungen (Diagnostik und Therapie)
  - Allgemeines (Sondereinrichtungen, Bettenzahl, Institutionskennzeichen)
3. Indikationen (Stand 20.05.2008)
  - Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (⇒ Aufzählung)
  - Degenerative orthopädische und rheumatische Erkrankungen (⇒ Aufzählung)
  - Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen am Bewegungs- und Stützapparat (⇒ Aufzählung)
  - Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (⇒ Aufzählung)
  - Unfall und Verletztenfolgen (⇒ Aufzählung)
4. Kostenträger (⇒ Aufzählung) (Stand 10.09.2008)
5. Integrierte Versorgung (Stand 09.02.2009)
6. Presse – Pressemitteilungen des Jahres 2008 bis 2010 (Stand 15.05.2010)
  - ALKOU-Vorstand bestätigt
  - Artikel aus dem Magazin RehaTreff
  - 21. Kongress der Türkischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
  - Karl-Josef Laumann: Selbstverwaltung ist eine bewährte Erscheinungsform unserer Demokratie
  - Erfahrungsbericht
  - Nach Feierabend zur vorbeugenden Rehabilitation
  - Das Reha-Wissenschaftliche Kolloquium zu Besuch in Münster
  - 50 führende Köpfe der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie
  - FUTARIS
  - Mit der Reha wächst die Kraft
  - Zukunftstag in der Klinik Münsterland
  - Palliativpflege und Palliativmedizin
  - Rehavortrag auf internationalem Symposium in Dubai
  - Institut für Gesundheit und Bildung unter neuer Leitung
  - Versorgung fest verwurzelt
  - Mehr Zeit für die Patienten

- Laufen für den Frieden
- Initiative Ehrensache! 10 Jahre Wiconnect an der FH Osnabrück

7. Klinikrundgang (Stand 18.08.2008)

- Rundgang: Eingangshalle
- Rundgang: Station
- Rundgang: Speisesaal
- Rundgang: Patientenzimmer
- Rundgang: Schwimmbad

**3. Wir sind für Sie da! (Stand 11.02.2009)**

1. Wir sind für Sie da – Klinikleitung und Mitarbeiter (Ärztlicher Direktor: Name, Titel, Arzt für ...; Verwaltungsdirektor: Name und Titel)
2. Mitarbeiter – Mitarbeiter der Klinik-Münsterland (Abteilungsleiter: Namen und Titel)

**4. Ihre Behandlung (Stand 13.02.2009)**

1. Behandlung (Kurzer Überblick darüber, welche Patienten behandelt werden und wie das Reha-Team zusammengesetzt ist) (Stand 20.05.2008)
2. Rehabilitationsziel (Anmerkung: Dieses besteht laut Website in der Wiedereingliederung des Rehabilitanden in das Umfeld und das Erwerbsleben; dazu sei der allgemeine Ansatz der modernen Rehabilitation nötig, also ein multidisziplinärer Ansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und aktiver Mitwirkung des Rehabilitanden. CN)
3. Diagnostik (Therapie chronischer Schmerzen) (Stand 20.05.2008)
  - Allgemeine fachspezifische Untersuchungen (⇒ Aufzählung)
  - Funktionsdiagnostik (⇒ Aufzählung)
  - Gelenkspezifische Untersuchungsverfahren (⇒ Aufzählung)
  - Radiologische Untersuchungsverfahren (⇒ Aufzählung)
  - Laboruntersuchungen (⇒ Aufzählung)
4. Therapie (Stand 22.09.2010)
  - Krankengymnastik und Sporttherapie (⇒ Aufzählung)
  - Physikalische Therapie (⇒ Aufzählung)
  - Ergotherapie (⇒ Aufzählung)
  - Orthopädietechnik/ - schuhtechnik
5. Pflege (Zimmerarten, allg. Kompetenzaussage) (Stand 20.05.2008)
6. Psycho-Soziale-Betreuung (Stand 20.05.2008)
  - Psychologie-Angebot
    - Einzeltherapie (⇒ Aufzählung)
    - Gruppentherapie (⇒ Aufzählung)
  - Soziale Wiedereingliederung

- Sozialmedizin (⇒ Aufzählung)
  - Link zum Selbsthilfeforum von Arthrose-Betroffenen
- 7. Schmerztherapie (Stand: 20.05.2008)
  - Spezielle Schmerztherapien (⇒ Aufzählung von Schmerzarten, bei denen eine spezielle Schmerzbehandlung indiziert ist; analog der Aufzählung im Abschnitt Diagnostik)
- 8. Gesundheitsberatung (Diätküche) (Stand 20.05.2008)

## **5. Infos für Patienten (Stand 10.09.2008)**

1. Wege zur Aufnahme in unsere Klinik (Stand 10.09.2008)
  - Anschlussrehabilitation
  - Allgemeine Rehabilitationsleistungen
  - Stationäre konservative orthopädische Therapie
2. Zimmer (Beschreibung) (Stand 09.02.2009)
3. Was Sie mitbringen sollten (Stand 23.05.2008)
  - Was ist zu veranlassen, was ist mitzunehmen?
  - Was Sie zu Hause lassen sollten (⇒ Aufzählung)
  - Allgemeine Information (Münzwäsche, lieber per Zug als per Auto anreisen)
4. Der erste Tag (Stand 23.05.2008)
5. Gesunde Ernährung (Menü-Auswahl) (Stand 09.02.2009)
6. Erholung und Freizeit (Stand 09.02.2009)  
(Lage der KML, Freizeitmöglichkeiten, Bad Rothenfelde mit Link)
7. Bad Rothenfelde (Stand 09.02.2009)  
Link zu [www.bad-rothenfelde.de](http://www.bad-rothenfelde.de)
8. Klinikseelsorge (02.02.2010)
  - „Tue dem Körper Gutes, damit die Seele Lust hat, darin zu wohnen!“
  - Gottesdienste in der Klinik
9. Plötzliche Erkrankung (Stand 25.05.2008)  
(Bitte Absage an die KML und den Kostenträger)

## **6. Infos für Ärzte (Stand 05.05.2010)**

1. Weiterbildung (Stand 13.07.2010)
  - Weiterbildungsmöglichkeiten in der KML (⇒ Aufzählung)
  - Zusatzweiterbildungen (⇒ Aufzählung)
2. Aktuelle Publikationen (Stand 20.05.2008)
  - Forschung (Stand 20.05.2008)
    - Literatur IOPKO; Eigene projektbezogene Publikationen (Stand 20.05.2008)
3. Lexikon Orthopädie (Stand 05.05.2010)  
(Link zu <http://www.lexikon-orthopaedie.com> )

## 7. Qualitätssicherung/Forschung (Stand 01.04.2009)

### 1. Qualitätsmanagement (Stand 17.08.2010)

- Der Beginn
- Die Aufgabe
- Das Ziel: TQM
- Die Startphase
- Die Konzeptphase
- Die Umsetzung
- Die Zertifizierung
- Die Integration
- Die Zukunft
- Weitere Informationen
  - Download der Publikation „Qualitätsbericht“
  - Download der Publikation „Leitbild der Klinik Münsterland“

### 2. Das Team (Stand 17.08.2010)

- Die QM-Steuerungsgruppe
- Das QM-Team

### 3. Forschung (Stand 17.08.2010)

- Schwerpunkte der Forschungstätigkeit
- Forschungsprojekte
  - Bereits abgeschlossene Projekte
    - Aktive Patientenbeteiligung in der Rehabilitation: Wissenschaftliche Begleitung eines Modellvorhabens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen am Beispiel muskulo-skelettaler Erkrankungen (2/97 – 1/01)
    - Ergebnisse der Rehabilitation amputierter Patienten
    - Monitoring von Alltagsaktivitäten bei Patienten mit chronischen Nacken- und Rückenschmerzen /7/96 – 2/2000) (EUREKA-Projektbeteiligung)
    - IopKo I - Integriertes orthopädisch-psychosomatisches Konzept der Klinik Münsterland
  - Laufende Projekte
    - Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL), gefördert durch den Verein für Rehabilitationsforschung Norderney, e.V.; nähere Informationen ...
    - Arzt-Patient-Interaktion (PAINT) in der stationären medizinischen Rehabilitation. Problem- und Potentialanalyse und die Entwicklung eines berufsbegleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Ärzte; nähere Informationen ...

- Die Entwicklung eines Prozess-Dokumentationssystems für den Routineeinsatz in der stationären medizinischen Rehabilitation (Reha-Prodok) in Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg
  - RUM Projekt, Rückenfit-Umsetzung, nähere Informationen ...
  - Die Klinik nimmt als Kooperationsklinik am Forschungsprojekt "Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation (PARZIVAR)" teil
    - Kooperationspartner (Links)
      - Institut für Gesundheit und Bildung Osnabrück e.V.
      - Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften
      - Landkreis Osnabrück (Gesundheitsregion Osnabrücker Land)
      - Akademie für Neuro-Muskulo-Skelettale Medizin - Triggerpunkt-Kurse
4. Rehaforschung Norderney (Stand: 10.02.2009)  
(Link zu <http://www.rehaforschung-norderney.de>)

## 8. Servicebereich

1. Anreise (Stand 23.05.2008)
  - Empfehlung: Anreise mit der DB
    - Link zur DB
    - Link zu Routenplaner Map24
  - Bildergalerie:
    - Plan: Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde
    - Plan: Umgebung von Bad Rothenfelde
  - Weitere Informationen:
    - Download der Publikation „Anreise mit Bus und Bahn“
2. Ansprechpartner (Stand 20.05.2008)  
(Telefon Rezeption; Telefon Terminierung; Telefon-Service BEK/HaMü/HEK; Telefon in allen medizinischen Fragen; Fax; Adresse; E-Mail für den Verwaltungsbereich, E-Mail für den Patientenbereich/Anfragen etc.)
3. Stellenangebote (Stand 20.10.2010)
  - Ärztinnen/Ärzte für Nachtbereitschaftsdienst
  - Assistenzärztin/Assistenzarzt
  - Ausbildung 2011
  - Zivildienstleistende

- Fort- und Weiterbildung
4. Broschüren (Stand 16.06.2009)
- Klinikbroschüre (Download der Publikation)
  - Betsi – Aktive Prävention in Alltag und Beruf (Download der Publikation)

#### **14. Datenschutz (Stand 20.05.2008)**

- Was sind personenbezogene Daten?
- Erhebung personenbezogener Daten
- Werden Cookies auf meiner Festplatte gespeichert?
- Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten
- Sicherheit personenbezogener Daten
- Auskunftsrechte

#### **15. Impressum (Stand 23.05.2008)**

- Herausgeber
- Redaktion
- Hinweis bezgl. der gesetzten Links
- Barrierefreiheit

#### **16. Drucken**

#### **17. Kontakt**

#### **18. Übersicht**

(Website in Baumstruktur in 2 Ebenen)

#### **Zusammenfassung:**

Die Website der Klinik Münsterland fokussierte im Oktober 2010 stark auf einer differenzierten Darstellung der Klinik. An keiner Stelle wurden jedoch die konkreten Inhalte der Reha bei unterschiedlichen Erkrankungen anschaulich dargestellt oder begründet. Unter dem Punkt „Ihre Behandlung“, unter dem wir entsprechende Informationen vermutet hätten, fanden sich lediglich ein kurzer, nach unserer Einschätzung für Laien eher schwer verständlicher Text, der die Kernbegriffe der modernen Reha präsentiert, sowie Aufzählungen der in der Klinik vorgehaltenen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Angebote. Ein Film über die Klinik oder die Inhalte der Reha auf der Website existierte zu dem Zeitpunkt nicht, alle relevanten Informationen wurden schriftlich präsentiert.



### **Empfehlungen:**

Insgesamt ist die Website professionell und ansprechend gestaltet. Es wäre jedoch schön,...

- ...wenn auf der Website auch Informationen über Inhalte der Reha vermittelt würden.
- ...wenn Texte etwas konkreter und anschaulicher wären.
- ...kleinere Ungereimtheiten wie Rechtschreibfehler oder Inkonsistenzen zwischen Text und Bild ausgeräumt würden.

### **5.3.3 Audiovisuelles Material / Filme**

Im Oktober 2010 gab es unterschiedliche Filme, mit deren Hilfe sich die Patienten über unterschiedliche Themen informieren konnten. Auch diese haben wir in der Ist-Analyse zusammengestellt, gesichtet und persönlich bewertet.

#### **Filme im Klinik-TV**

Auf den Fernsehgeräten in den Patientenzimmern waren 3 Kanäle für Inhalte reserviert, die durch die Klinik festgelegt wurden. Diese bestanden in

- einem Eingewöhnungsvideo  
Dieser Kanal war zur Zeit der Ist-Analyse außer Betrieb, da der Film als nicht mehr aktuell angesehen wurde.
- einem Präsentationsfilm „Klinik Münsterland – Für Ihre Gesundheit“  
Auch dieser Kanal war zur Zeit der Ist-Analyse außer Betrieb.
- Filmen zu verschiedenen medizinischen Themen in einer Endlosschleife  
Diese Endlosschleife war für die Patienten verfügbar. Sie beinhaltete folgende Filme, die jedoch nicht gezielt angesteuert werden konnten, sondern immer wieder hintereinander abliefen:
  - Laut Info-Mappe: „Rückenschule – wirbelsäulengerechtes Verhalten“ (20 min)  
Originaltitel: „Rückenschule“; von: H. Trommsdorf (Pharmafirma)
  - Laut Info-Mappe: „Rückenschule – mit Bandscheibenleiden leben“ (27 min)  
Originaltitel: „Die Bochumer Rückenschule – 1. Die Rückenschule für Patienten mit Bandscheibenleiden“; von: St. Josef-Hospital, Universitätsklinik Bochum

- Laut Info-Mappe: „Die ideale Ergänzung für Ihren Schreibtisch“ (14 min)  
Originaltitel: „ ‚Stehplus‘ für den Schreibtisch“; von: Office Plus (Hersteller von Steh-Sitz-Tischen, Stehtischen und Ergänzungen wie dem Stehplus)
- Laut Info-Mappe: „Die Behandlung von Bandscheibenleiden an der Lendenwirbelsäule“ (30 min)  
Originaltitel: „Die Behandlung von Bandscheibenleiden an der Lendenwirbelsäule“; von: St. Josef-Hospital, Universitätsklinik Bochum
- Laut Info-Mappe: „Die lokale Injektionstherapie beim Cervikalsyndrom“ (22 min)  
Originaltitel: „Die lokale Injektionstherapie beim Cervikalsyndrom“; von: St. Josef-Hospital, Universitätsklinik Bochum
- Laut Info-Mappe: „Die mikrochirurgische Bandscheibenoperation“ (20 min)  
Originaltitel: „Die Mikrochirurgische Operation“; von: St. Josef-Hospital, Universitätsklinik Bochum
- Laut Info-Mappe: „Ergonomische Aspekte zum Bildschirmarbeitsplatz“ (22 min)  
Originaltitel: „Ergonomische Aspekte zum Bildschirmarbeitsplatz“; von: Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik
- Laut Info-Mappe: „Die aktive Osteoporose-Therapie“ (13 min)  
(Originaltitel und Produzent können wir nicht angeben, da uns der Film nicht zugänglich war)
- Laut Info-Mappe: „Herausforderung Brustkrebs“ (100 min)  
(Originaltitel und Produzent können wir nicht angeben, da uns der Film nicht zugänglich war)

Aus der Aufzählung geht bereits hervor, dass sich mit Ausnahme des letzten Films alle auf den Rücken beziehen. Tatsächlich sind Rückenerkrankungen die häufigste Reha-relevante Diagnose bei den Patienten der Klinik Münsterland. Trotzdem finden wir es bedauerlich, dass Patienten der anderen Hauptdiagnosegruppen keine Möglichkeit haben, sich auf diesem Weg über ihre im Vordergrund stehende Erkrankung und deren Behandlung zu informieren. Überrascht hat uns, dass ein sehr ausführlicher Film über Brustkrebs in die Endlosschleife aufgenommen wurde, da dieses Krankheitsbild in der Klinik Münsterland eher eine Ausnahme darstellen dürfte. Die gezeigten Filme waren durchweg bereits einige Jahre alt und aus unserer Sicht von sehr unterschiedlicher Qualität.

Von den orthopädischen Filmen hat uns der Film „**Ergonomische Aspekte zum Bildschirmarbeitsplatz**“ am besten gefallen – er ist durchweg professionell und wirkt recht zeitlos. Eine Kombination von Moderator-Sequenzen, realen Aufnahmen und Animationen führen dazu, dass die Inhalte abwechslungsreich

und leicht verständlich dargeboten werden. Ein gewisser Nachteil liegt jedoch sicherlich darin, dass die Klientel der Klinik Münsterland nur in geringem Ausmaß der Zielgruppe des Films entspricht. Leider vermutet man bei dem Titel auch nicht die tatsächlich enthaltenen allgemein interessanten Ausführungen zum Aufbau der Wirbelsäule, die auch für die Patienten dieser Klinik informativ sein können, so dass der Film sicherlich kaum von den Patienten gezielt angeschaut wird.

Das Schlusslicht für diesen Einsatzbereich stellt aus unserer Sicht der Film **„Die lokale Injektionstherapie beim Cervikalsyndrom“** dar. Er enthält nur wenige Basis-Informationen, dafür sehr viele Fachtermini und Informationen für Behandler, die jedoch für die Patienten der Klinik Münsterland wenig interessant sein dürften. Gegebenenfalls könnte die Schilderung auch schwerer Komplikationen sogar Angst machen und Patienten vor sinnvollen Eingriffen zurückschrecken lassen.

Die anderen Filme bewegen sich in dem qualitativen Spannungsfeld dieser beiden. Beide Rückenschul-Filme **„Rückenschule“** und **„Die Bochumer Rückenschule – 1. Die Rückenschule für Patienten mit Bandscheibenleiden“** vermitteln basales Wissen über rückengerechtes Verhalten. Einige Details scheinen jedoch inzwischen überholt zu sein, in anderen widersprechen sich die beiden Filme. Äußerlich wirken beide eher wenig professionell.

Den Film **„Die Behandlung von Bandscheibenleiden an der Lendenwirbelsäule“** haben wir als angenehm sachlich und informativ erlebt. Dabei sind besonders die Aussage, dass 98% der Bandscheiben-Patienten konservativ behandelt werden können, und die differenzierte Darstellung von Chancen, aber auch von Problemen und Nebenwirkungen der Therapien hervorzuheben. Etwas gefehlt haben uns Strukturierungshilfen wie Zwischenüberschriften oder Abschnittsmarken, etwas mehr erklärender Text und gegebenenfalls schematische Darstellungen sowie der Hinweis auf psychosoziale Aspekte und ein Ausblick auf die Zeit nach der stationären Behandlung im Hinblick auf die Bedeutsamkeit einer langfristigen Veränderung problematischer Verhaltensweisen.

Ähnlich informativ war für uns der Film **„Die mikrochirurgische Operation“**. Er ist insgesamt anschaulich und gut verständlich, wirkt engagiert, jedoch ebenfalls nicht mehr aktuell, der Sprecher ohne Schwung. Gut gefallen hat uns die chronologische Darstellung und die Einbettung der Operation in den gesamten Behandlungsprozess – schade aber, dass die Rehabilitation nicht als solche benannt wurde.

**„Stehplus‘ für den Schreibtisch“** stellt eine Vorrichtung vor, die an den Schreibtisch montiert werden kann und diesen so um ein kleines Stehpult erweitert. Damit soll ein ergonomisch günstiger Wechsel von Sitzen und Stehen an Büro-Arbeitsplätzen nicht nur ermöglicht, sondern sogar angeregt werden. Gut gefallen hat uns an dem Film, dass der Zuschauer mit der Präsentation eines

ungewöhnlichen Hilfsmittels angeregt wird, nach Lösungen für sein Problem zu suchen, statt nur zu sagen: „Es geht nicht mehr.“ Als störend empfanden wir den Aufbau des Films, der stark an amerikanische Werbefilme erinnert: Ein großes Problem wird umrissen und begründet. Anschließend wird eine – suggeriert: die einzig wahre – Lösung präsentiert, die alles liefert, was man sich wünscht: Sie behebt das Problem allumfassend, fast mühelos, kostengünstig und liefert noch diversen Zusatznutzen.

## **Weitere Filme**

Neben dem Eingewöhnungsvideo, dem Präsentationsfilm der Klinik Münsterland und den Filmen aus der Endlosschleife lag uns als VHS-Kassette der Film „Klinik Münsterland – Rehabilitation amputierter Patienten“ vor. Diesen Film fanden wir recht informativ, wenn man auch an verschiedenen Stellen (beispielsweise dem Äußeren der gezeigten Mitarbeiter) merkt, dass er bereits einige Jahre alt ist. Nach unserem Wissen war er jedoch den Patienten ebenfalls nicht unmittelbar zugänglich. Auch von einem gezielten Einsatz beispielsweise im Rahmen der Therapie ist uns nichts bekannt.

### **Zusammenfassung:**

Leider hatten die Patienten zum Zeitpunkt der Ist-Analyse keinerlei Möglichkeiten, sich mit Hilfe audiovisuellen Materials auf den Aufenthalt in der Klinik Münsterland vorzubereiten. Auch in der Klinik selbst waren keine Filme verfügbar, die konkret die Klinik Münsterland und/oder die Inhalte der Rehabilitation dort darstellten. Stattdessen liefen in einer Endlosschleife Filme zu verschiedenen Gesundheitsthemen, die für die Klientel der Klinik Münsterland unterschiedlich relevant sind. Diese waren nach unserer Einschätzung auch qualitativ sehr heterogen. Die Filme, die sich mit orthopädischen Themen beschäftigten, bezogen sich ausschließlich auf den Rücken, so dass es für die anderen Diagnosegruppen keine Möglichkeiten gab, sich über ihre Erkrankung und deren Behandlung weiterführend zu informieren.

### **Empfehlungen:**

Wir haben es sehr begrüßt, dass den Patienten Filme über gesundheitsbezogene Themen zur Verfügung gestellt werden. Wünschenswert wäre es jedoch,...

- Patienten auch die Möglichkeit zu geben, sich bereits vor Reha-Beginn anhand eines Films über die Klinik und möglichst auch über zu erwartende Inhalte der Reha zu informieren.

- Dabei sollten möglichst Informationen für alle relevanten Diagnosegruppen vorkommen.
- Allgemeine Filme zu gesundheitlichen Themen im Klinik-TV sollten möglichst gezielt angewählt werden können – es ist frustrierend, wenn man einen bestimmten Film sehen möchte, aber erst umständlich die Startzeit errechnen und dann möglicherweise noch lange auf den Beginn warten muss!
- Die Filme in der Endlosschleife sollten auf Relevanz, inhaltliche Korrektheit und journalistische Qualität überprüft und gegebenenfalls ersetzt werden. Dazu könnten Filme genutzt werden, die im Fernsehen gelaufen sind und an denen für diesen Einsatzzweck die Rechte erworben werden können. Geeignet erscheinen uns beispielsweise thematisch passende Folgen der Wissenschaftssendung Quarks & Co., die auch medizinische Themen attraktiv aufbereitet differenziert behandeln. Gut gefallen haben uns aber auch die Folge „Die Wirbelsäule“ aus der Reihe „da Vinci – Faszination Mensch“ und das Video „Step by Step“ der Firma Otto Bock, das über das Leben nach Amputationen informiert. Wir haben der Klinik differenzierte Rückmeldungen über die einzelnen Filme sowie eine Liste aus unserer Sicht denkbarer Alternativen zur Verfügung gestellt.
- Vielleicht wäre es sinnvoll, analog zu der Darstellung von Beiträgen in einer Fernsehzeitung eine Kurzzusammenfassung der Filme zu erstellen und in die Informationsmappe „Herzlich Willkommen bei uns in der Klinik Münsterland. A-Z“ aufzunehmen oder den Patienten zum Fernsehgerät zu legen, damit sie die Relevanz der Beiträge für sich persönlich besser einschätzen können.

## 5.4 Diskussion

Die Ist-Analyse hat gezeigt, dass in der Klinik Münsterland bereits ein breites Spektrum an Materialien vorhanden war. Selbst innerhalb der einzelnen Kategorien war es jedoch sehr heterogen in Bezug auf Form und Inhalt, so dass an einigen Stellen Optimierungspotenzial deutlich sichtbar wurde. Der größte Mangel bestand jedoch erwartungsgemäß darin, dass den Patienten keine ausführlichen Informationen über die konkreten therapeutischen Inhalte ihrer Reha, kombiniert mit einer plausiblen Begründung, zur Verfügung gestellt wurden.

Als Problem bei diesem Arbeitsschritt stellte sich heraus, dass Teile des Materials immer wieder aktuellen Gegebenheiten angepasst und deshalb kurzfristig verändert werden mussten, so dass es streng genommen unmöglich war, die Ist-Analyse tatsächlich zu beenden. Vielmehr wurden wir vor die Aufgabe gestellt, immer wieder auch unseren Kenntnisstand zu aktualisieren und neue Sachverhalte in der Überarbeitung des Materials zu berücksichtigen.

## 6. Schritt 2: Die Bedarfsanalyse

### 6.1 Hintergrund

Bereits vor etwa 10 Jahren postulierten Grande und Romppel die Bedeutsamkeit einer kundenorientierten Außendarstellung von Reha-Einrichtungen für eine bedarfsgerechte Versorgung und damit möglicherweise einer verbesserten Effektivität (Romppel & Grande, 2003). Informationsbedarf der Patienten bestehe vor allem hinsichtlich der Behandlungsschwerpunkte, dem Katalog der Angebote und den Bewertungen anderer Patienten (Grande & Romppel, 2004).

Ähnliche Ergebnisse ergaben auch die Forschungen von Widera et al. (2011) zur Nutzung des Internets für die Vorbereitung auf die Reha. Sie befragten psychosomatische Rehabilitanden aus allen Kliniken der DRV Bund mit entsprechenden Fachabteilungen unter anderem danach, nach welchen Reha-bezogenen Inhalten sie im Vorfeld der Reha im Internet gesucht hatten. Es zeigte sich, dass vor allem Informationen zur Reha-Einrichtung, beispielsweise zu den Behandlungsschwerpunkten, sowie Informationen zur Durchführung der Reha wie zu den konkreten Therapien von großem Interesse waren. Angaben zu Nachsorge oder zu Kosten der Reha wurden hingegen weniger häufig recherchiert. Eher selten gefunden wurden Informationen zu Besuchsregelungen oder der Möglichkeit, Angehörige mitzunehmen, zu konkreten Abläufen in der jeweiligen Einrichtung und einem typischen Reha-Tag, sowie Hinweise zu Kosten und Übergangsgeld. Ebenso wurden Erfahrungsberichte von Gleichgesinnten vermisst. Diese inhaltlichen Bedarfe sollten möglichst bei der Aufbereitung von Inhalten für die Klinikwebsites berücksichtigt werden.

Beide Studien sowie spontane Berichte über alltägliche Erfahrungen der Mitarbeiter der Klinik Münsterland bezüglich typischer Informationslücken bei den Patienten haben uns erste Anhaltspunkte dafür gegeben, welche Inhalte im Informationsmaterial deutlicher dargestellt oder zusätzlich aufgenommen werden sollten. Für eine wirklich bedarfsgerechte Ausgestaltung von Informationsmaterial ist es jedoch ausgesprochen wichtig, nicht von globalen Meinungsbildern auszugehen, sondern die Bedürfnisse der speziellen Zielklientel und die von ihr wahrgenommenen Mängel genau zu kennen, wie aus der Studie von Watanabe et al. (1999) zur Zufriedenheit von amputierten Rehabilitanden mit den ihnen vorliegenden Informationen deutlich geworden ist. So zeigten sich die befragten Patienten zwar ausreichend zufrieden mit den erhaltenen Informationen über die Gründe für die Amputation und die Operation selbst, stufen aber die Beratung hinsichtlich verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfsmittel und finanzieller Aspekte als schlecht ein. Auch Sänger et al. vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin

(äzq) empfehlen in ihrem „Manual Patienteninformation“ „gezielte Recherchen in bezug auf den Informationsbedarf der entsprechenden Zielgruppen“ (Sänger et al., 2006, S. 8). Nach Nilsen et al. (2006) liegen große Chancen in einer gelungenen Einbeziehung von Kunden in die Entwicklung von Informationsmaterial nicht nur darin, dass so entstandenes Material Informationen höherer Relevanz beinhaltet, sondern auch, dass es besser lesbar und verständlicher ist. Nach den Erkenntnissen aus ihrem Review bietet sich zur Einbeziehung der Kunden eine Face-to-Face-Diskussion eher an als eine Telefonrunde. All diese Ergebnisse und Überlegungen zusammen mit unserem Ziel, bei einer Optimierung des Materials nicht nur die Wünsche der Patienten sondern auch die der Mitarbeiter zu berücksichtigen, trugen zu der Entscheidung bei, der Überarbeitung eine breit angelegte, aber detaillierte Bedarfsanalyse in Form von Fokusgruppen und Interviews mit Mitarbeitern und Patienten der Klinik Münsterland vorzuschalten.

## **6.2 Methodik**

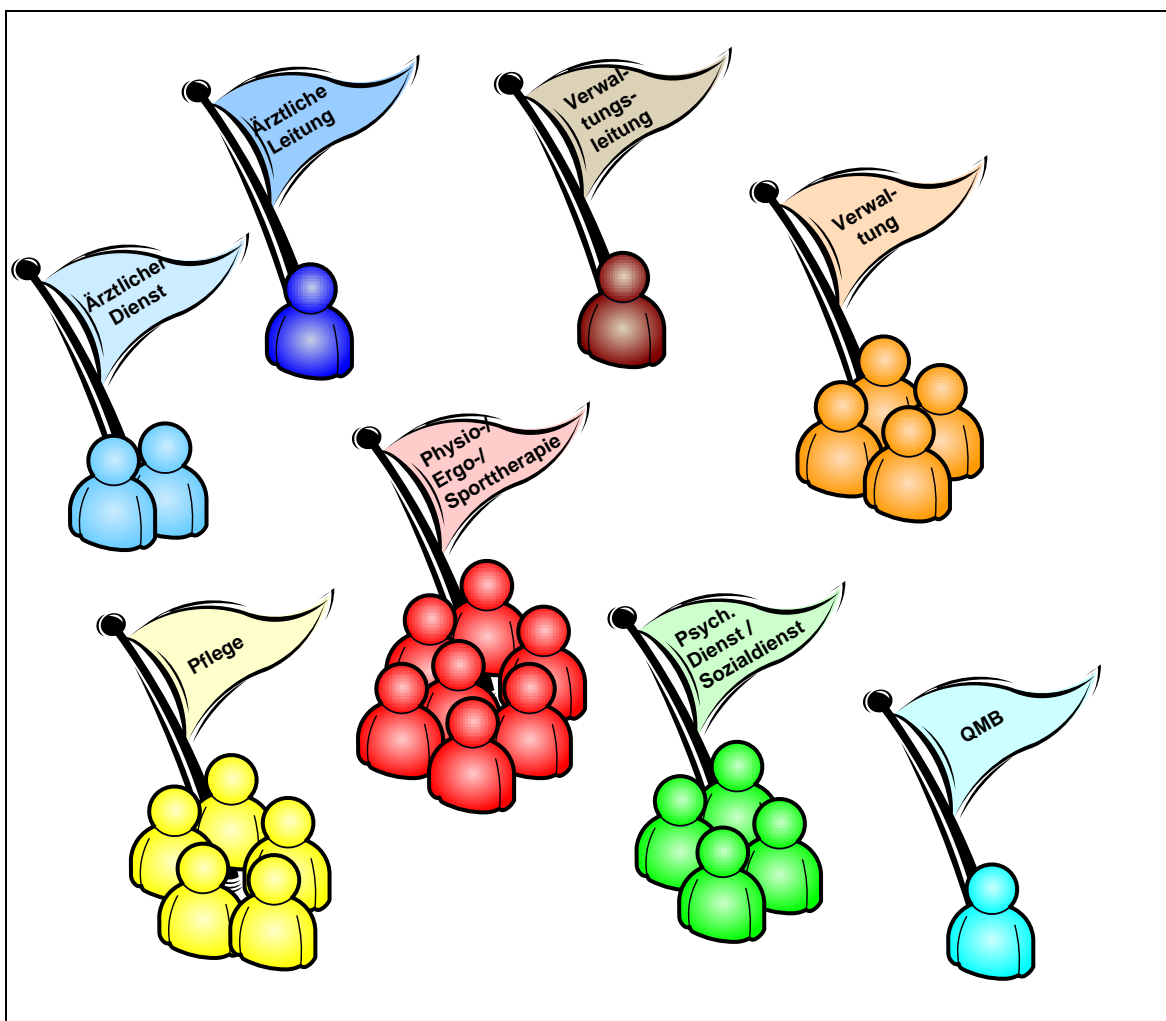
Die Bedarfsanalyse haben wir als leitfadengestützte Fokusgruppen beziehungsweise Interviews mit den Mitarbeitern aller für unsere Thematik wichtigen Abteilungen sowie Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen gestaltet. Um einen praxisnahen Eindruck von typischen Informationslücken zu bekommen und diese gegebenenfalls in den Gesprächen mit den Patienten gezielt ansprechen zu können, haben wir zunächst die Mitarbeiter, anschließend die Patienten befragt.

### **6.2.1 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen und Interviews mit den Mitarbeitern**

Für eine valide Erhebung des Bedarfs an Veränderungen in dem Material, das die Patienten von der Klinik Münsterland zur Verfügung gestellt bekommen, haben wir Gespräche mit Mitarbeitern der Abteilungen geführt, die viel direkten Patientenkontakt haben und häufige Ansprechpartner für organisatorische oder inhaltliche Fragen sind. Diese waren im Einzelnen der ärztliche Leiter, der ärztliche Dienst, die Pflege, die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Sporttherapie, der psychologische Dienst, der Sozialdienst, der Verwaltungsleiter, die Verwaltung und die Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik.

Wir konnten nicht ausschließen, dass sich die Wünsche aus den einzelnen Abteilungen in Abhängigkeit von der Rolle der Profession im Reha-Geschehen

erheblich unterscheiden, sich die entsprechenden Vertreter gegenseitig im Ausdruck ihrer Vorstellungen hemmen oder aufgrund von unterschiedlichen Hierarchiestufen vermehrt Effekte sozialer Erwünschtheit auftreten. Deshalb haben wir nur eng verwandte Abteilungen zu gemeinsamen Fokusgruppen zusammengefasst und mit exponierten Mitarbeitern Einzelgespräche geführt. In den großen Abteilungen wurden die Mitarbeiter, die zu den Gesprächen eingeladen wurden, per Losverfahren ausgewählt. Gaben die Abteilungsleiter Besonderheiten zu bedenken, die bei der Auswahl berücksichtigt werden sollten, wurden diese soweit wie möglich beachtet. So wurde beispielweise in der Pflege durch ein stratifiziertes Losverfahren sichergestellt, dass jemand aus dem direkten Pflegebereich, jemand aus dem Patientenservice und eine Stationssekretärin anwesend waren. Weiterhin fielen Mitarbeiter aus dem Verfahren von vorne herein heraus, die zur fraglichen Zeit aufgrund von Urlaub oder Arbeitsunfähigkeit nicht im Dienst waren. Alle eingeladenen Mitarbeiter nahmen an den Gesprächen tatsächlich teil, sie wurden für diese Zeit von ihrem Dienst freigestellt. Die folgende Abbildung zeigt die Besetzung der Gruppen:



**Abbildung 2: Besetzung der Fokusgruppen und Interviews für die Bedarfsanalyse unter den Mitarbeitern der Klinik Münsterland**





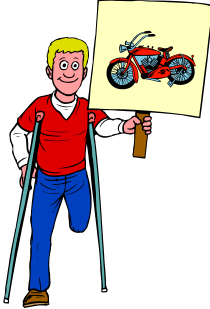
Bereits frühzeitig haben wir die Idee verfolgt, im Sinne der Personalisierung und des Storytelling (s.a. 7.1.1 und 7.12) für das neu zu entwickelnde diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial fiktive Musterpatienten zu erfinden. Diese sollten in den Texten immer wieder zu Wort kommen und als Gegenpart zu uns als Autoren und Vertreter der Klinikperspektive den vermuteten Blickwinkel möglichst vieler Patienten der jeweiligen Diagnosegruppe explizieren. Um zum einen möglichst direkte Verbindungen zum Alltag der Klinikmitarbeiter herzustellen und die Gespräche lebendig werden zu lassen, und zum anderen in einem relativ geschützten Raum Reaktionen auf ein solches Stilmittel testen zu können, wollten wir diese Musterpatienten schon in der Bedarfsanalyse einsetzen. Deshalb gehörte auch die Entwicklung einer jeweils ersten Version mit Bild und kurzem „Lebenslauf“ zu den vorbereitenden Aufgaben in diesem Arbeitsschritt. In jeder Fokusgruppe und jedem Gespräch mit Mitarbeitern haben wir die in der folgenden Abbildung vorgestellten Plakate der Musterpatienten gut sichtbar an einer Wand angebracht oder auf dem Tisch ausgelegt, um sie durchgängig präsent zu halten und immer wieder auf sie Bezug nehmen zu können.



**Kurt Kreuzschmerz**  
47 Jahre  
Seit 10 Jahren Kreuzschmerz  
Maurer, oft AU  
Verheiratet, 1 erwachsenes Kind im  
Nachbarort



**Bärbel Bandscheibe**  
38 Jahre  
Bandscheiben-OP  
Arbeitet halbtags als Sekretärin  
2 Kinder





 <p><b>Volker Verschleiß</b> 58 Jahre Arthrose im Knie und in der Schulter Fließbandarbeiter Verheiratet Haus</p>	 <p><b>Thea Tep</b> 67 Jahre Hüft-TEP aufgrund von Arthrose Rentnerin Lebt allein, will das auch weiterhin 2 Kinder, 1 Enkelkind; aber alle weiter weg</p>
 <p><b>Benno Beinab<sup>1</sup></b> 27 Jahre Beinamputation aufgrund eines Motorradunfalls Elektriker Ledig</p>	

**Abbildung 3: Übersicht über die 5 in der Bedarfsanalyse mit den Mitarbeitern verwendeten Musterpatienten**

Wie bereits angesprochen, wurden die Fokusgruppen und Interviews leitfadengestützt durchgeführt. Der Leitfaden wurde in einer intensiven Vorbereitungsphase entwickelt, in mehreren Arbeitsgängen optimiert und mit der Klinikleitung abgestimmt. Um uns größtmögliche Flexibilität zu bewahren und den Verlauf des Gesprächs auch durch die Aussagen der Gesprächspartner

<sup>1</sup> Im Laufe der Überarbeitung des Materials haben wir noch einmal den Namen „Benno Beinab“ in „Arne Amputius“ umgewandelt, um den von einer Amputation betroffenen Lesern nicht zu nahe zu treten. Weiterhin haben wir dann die Lebensläufe etwas detaillierter beschrieben und aus Copyright-Gründen auch andere Grafiken verwendet (vgl. Kapitel 7.2 und 7.3).

mitbestimmen lassen zu können, haben wir lediglich eine Kurzform des Leitfadens dann tatsächlich verwendet. Auch diese haben wir im Vorfeld möglichst ansprechend gestaltet und Seite für Seite in den Gesprächen ebenfalls sichtbar aufgehängt, beziehungsweise auf den Tisch gelegt, so dass sie allen als Strukturierungshilfe dienen konnte.

 <p><b>1. Vorstellung der Figuren; ihre Fragen und Vorstellungen</b></p> <p>a. Welche Fragen richten sie an Sie?  <b>Weitere typische Informationsdefizite bestehen in bestimmten Gruppen (Diagnosegruppen, Geschlecht, Alter)?</b></p> <p>b. Mit welchen Vorstellungen kommen sie typischerweise?</p> <p>c. Woher haben sie diese Vorstellungen?</p> <p>d. Welche Vorstellungen sind besonders hilfreich, welche besonders hinderlich?</p> <p>e. Kann man die Vorstellungen verändern? Wie?</p>	 <p><b>2. Info-Bedarf</b></p> <p>a. Stellen Sie sich vor, sie würden selbst eine Reha antreten. Was würden Sie wissen wollen?</p> <p>b. Über welche Medien?</p> <p>c. Vom wem?</p> <p>d. Und unsere Patienten?</p>
 <p><b>3. Der perfekt vorbereitete Patient</b></p> <p>a. Welche Unterlagen haben die 5 parat?</p> <p>b. Was sollten sie unbedingt wissen?  <b>Was wäre darüber hinaus hilfreich?</b></p>	 <p><b>4. Info-Material KML</b></p> <p>a. Welches Material kennen Sie?</p> <p>b. Was an dem Material über Reha / Haus / Ort gefällt Ihnen?  <b>(Inhalt / Äußeres / Medium?)</b></p> <p>c. Was an dem Material über Reha / Haus / Ort gefällt Ihnen nicht?  <b>(Inhalt / Äußeres / Medium?)</b></p>

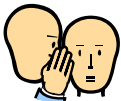



 <p><b>5. Vorstellungen und Realität (Reha / Haus / Ort) – das Gespräch auf dem Flur</b></p> <p>a. An welchen Stellen entspricht die Vorstellung der Patienten der Realität?          Wo sind sie positiv überrascht?          Wo sind sie enttäuscht?          Folgen für Motivation?          Woher wissen Sie das?</p> <p>b. Worüber hätte man die Patienten im Vorfeld besser informieren müssen?          Wie?</p>	 <p><b>6. Informationsstand:</b></p> <p>Welche Schulnoten würden Sie den Patienten für ihren Informationsstand geben?          (Fragebogen)</p>
 <p><b>7. Für die Überarbeitung des Materials:</b></p> <p>a. Was an dem Informationsmaterial ist gut und sollte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auf keinen Fall verändert werden?</li> <li>• ausgebaut oder verstärkt werden?</li> </ul> <p>b. Was könnte noch verbessert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist zu viel?</li> <li>• Was fehlt?</li> <li>• Was ist unverständlich?</li> </ul> <p>c. Haben Sie noch weitere konkrete Ideen, wie wir die Patienten im Vorfeld der Reha noch besser informieren könnten?</p>	 <p><b>8. Für wie wichtig halten Sie eine gute Information der Patienten im Vorfeld der Reha?</b></p> <p>(Thermometer)</p>

Abbildung 4: Gesprächsleitfaden für die Bedarfsanalyse mit Klinikmitarbeitern

Die Gespräche wurden im Zeitraum zwischen dem 26.10.2010 und dem 19.01.2011 durchgeführt.

## 6.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen mit den Patienten

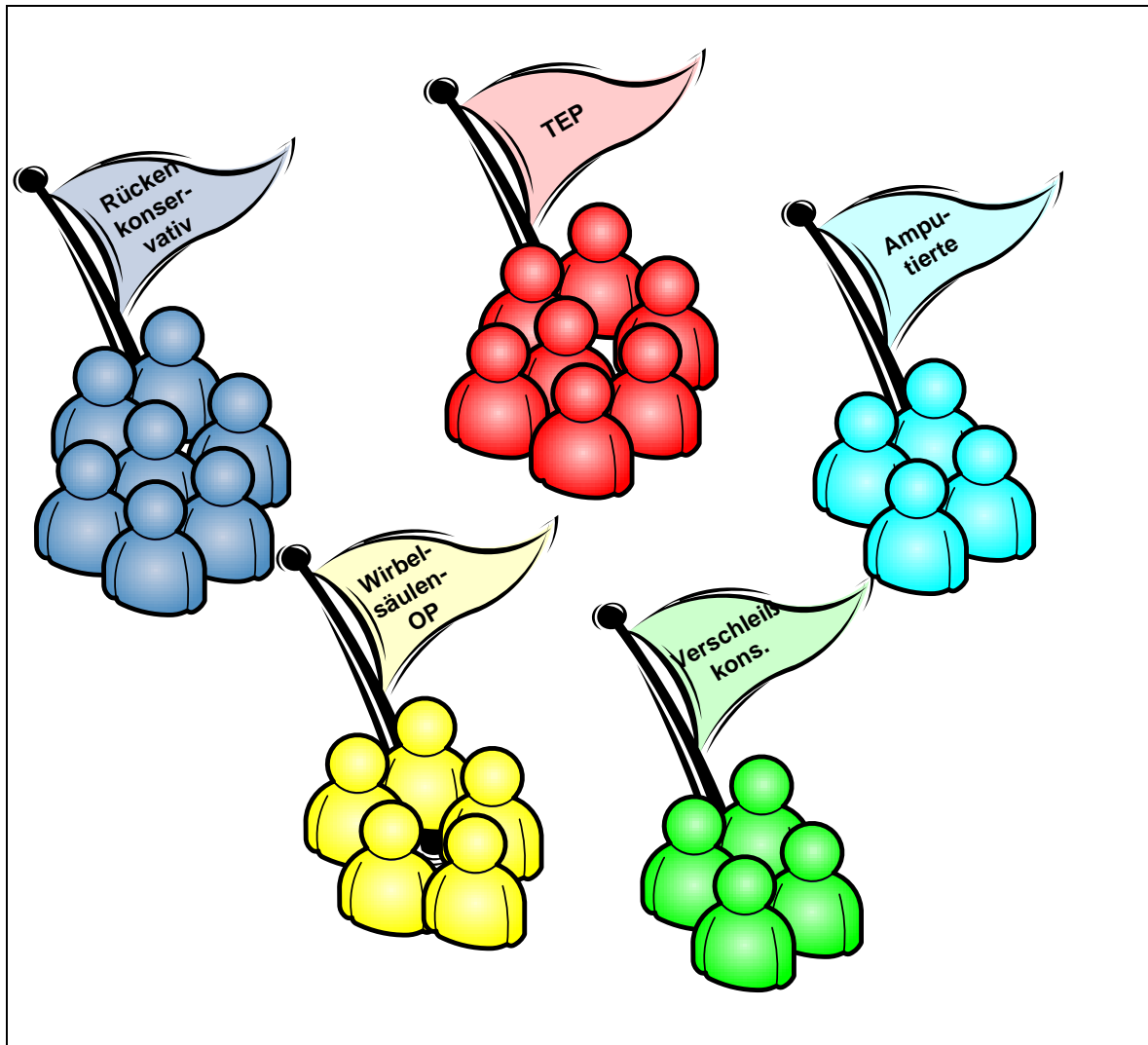
Die Fokusgruppen mit den Patienten waren grundsätzlich analog zu den Gesprächen mit den Mitarbeitern angelegt. Unterschiede lagen darin, dass

- sämtliche Gespräche mit den Patienten in Fokusgruppen bestanden haben
- der Gesprächsleitfaden andere Fragen beinhaltete
- in diesen Gesprächen die Musterpatienten nicht verwendet wurden, weil die Patienten sich auf ihr eigenes Erleben, nicht auf die Meinung eines angenommenen durchschnittlichen Patienten konzentrieren sollten, so dass eine größere Varianz und eine größere persönliche Relevanz der Aussagen erzielt werden konnte.

Die Fokusgruppen umfassten jeweils Patienten der gleichen Diagnosegruppe, die Auswahl der Patienten erfolgte in Zusammenarbeit mit der Pflege. In einem ersten Schritt wurden für jede Fokusgruppe alle Patienten der entsprechenden Diagnosegruppe aufgelistet, die zum fraglichen Zeitpunkt im Haus waren. Ausschlusskriterien waren eine vorangegangene Reha in der Klinik Münsterland<sup>2</sup>, ein zu schlechter körperlicher oder psychischer Zustand, ungenügende Deutschkenntnisse und eine Motivationslage, die eine konstruktive Beteiligung an einem solchen Gespräch unwahrscheinlich erscheinen ließ. Die auf diese Weise vorausgewählten Patienten wurden dann per Losverfahren in eine Rangreihe gebracht und in dieser Reihenfolge von der Pflegedienstleiterin auf das Projekt angesprochen und um eine Teilnahme gebeten. Bei Interesse bekamen sie eine schriftliche Information über das Projekt und die bevorstehenden Fokusgruppen sowie eine Einverständniserklärung für die Teilnahme ausgehändigt; letztere sollten sie zeitnah wieder bei der Pflegedienstleiterin abgeben, die sie an uns weiterleitete. Wenn eine ausreichende Zahl Patienten eingewilligt hatte, wurde die Rekrutierung für die entsprechende Fokusgruppe abgebrochen. Die Patienten, die sich zu einer Teilnahme bereiterklärt hatten, wurden schriftlich von uns eingeladen. Ziel war es, eine Gruppengröße von fünf bis sieben Patienten pro Gespräch zu erreichen. Die folgende Abbildung zeigt, dass wir dieses für die Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Patienten nach Operationen an der Wirbelsäulen und Patienten nach Gelenkersatz realisieren konnten. Die Fokusgruppen mit Verschleißpatienten und mit Patienten nach Amputationen waren mit jeweils vier Teilnehmern geringfügig kleiner, da diese Diagnosen in der Klinik Münsterland etwas seltener vorkommen.

---

<sup>2</sup> Vorangegangene Rehas in einer anderen Einrichtung führten nicht zum Ausschluss, da der Vergleich zu anderen Häusern durchaus aufschlussreich sein kann.



**Abbildung 5: Besetzung der Fokusgruppen für die Bedarfsanalyse unter den Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik Münsterland**

Der Leitfaden für die Fokusgruppen mit den Patienten wurde wie auch der Leitfaden für die Gespräche mit den Mitarbeitern schrittweise entwickelt und mit der Klinikleitung abgestimmt. Auch dieser wurde auf Din A3-Plakate gedruckt und während der Gruppen offen als Strukturierungshilfe verwendet.


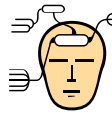


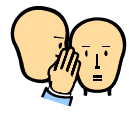
 <p><b>1. Gruppen-Check-up</b></p> <p>1.1 Aufgrund welcher Erkrankung sind Sie hier?          1.2 Sind Sie zum ersten Mal in der Klinik Münsterland?          1.3 Die wievielte Reha ist das für Sie?</p>	 <p><b>2. Ihre Vorstellungen im Vorfeld</b></p> <p>2.1 Welche Vorstellungen hatten Sie vor Ihrer Anreise?          Woher kamen diese Vorstellungen?          2.2 Welche konkreten Informationen hatten Sie?          Woher hatten Sie diese Informationen?          Welche weiteren Informationen hätten Sie gern gehabt?</p>
 <p><b>3. Das Info-Material der Klinik Münsterland</b></p> <p>3.1 Was für Info-Material haben Sie bekommen?          Was davon haben Sie gelesen?          3.2 Zu Hause auf dem Sofa: Wie fanden Sie die Darstellung der Reha-Maßnahme, der Klinik und des Orts?          3.3 In Schulnoten: Wie gut fühlten Sie sich informiert?</p>	 <p><b>4. Vorstellungen und Realität</b></p> <p>4.1 Entspricht die Reha-Maßnahme Ihren Vorstellungen?          4.2 Entspricht die Klinik Ihren Vorstellungen?          4.3 Entspricht der Ort Ihren Vorstellungen?</p>
 <p><b>5. Noch mal zusammengefasst:</b></p> <p>5.1 Welche Informationen sind besonders wichtig?          5.2 Was am Info-Material der Klinik Münsterland finden Sie gut?          Was sollte verändert werden?          5.3 Für wie wichtig halten Sie eine gute Information im Vorfeld für den Erfolg des Reha-Aufenthaltes?</p>	

Abbildung 6: Gesprächsleitfaden für die Bedarfsanalyse mit Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen

Die Fokusgruppen wurden im Zeitraum zwischen dem 15.02.2011 und dem 22.03.2011 durchgeführt.

### **6.2.3 Auswertung der Fokusgruppen und Interviews**

In allen Fokusgruppen wurden die relevanten Äußerungen offen an einem Flipchart, in den Einzelgesprächen auf einem Schreibbrett protokolliert, so dass sofortige Ergänzungen oder Korrekturen durch die Gesprächspartner möglich waren; auf Bild- und Tonaufzeichnungen haben wir verzichtet. Da die Bedarfsanalyse vor allem der Generierung eines Ideenpools dienen sollte, haben wir uns aufgrund des hohen Aufwandes gegen eine Inhaltsanalyse mit strenger Methodik entschieden. Stattdessen haben wir für die Auswertung die Aussagen aus den handschriftlichen Protokollen für jedes Gespräch getrennt inhaltsgetreu aber nicht unbedingt wörtlich digital erfasst. Anschließend wurden die Einzelaussagen soweit verallgemeinert und in eine Tabelle überführt, dass sie bei Mehrfachnennungen in verschiedenen Gesprächen auch verschiedenen Gruppen zugeordnet werden konnten. Dieser Schritt zeigte die Breite der Relevanz der einzelnen Aussagen – einige Punkte kamen nur ein einziges Mal vor (Beispiele: Hinweise auf bestimmte Unterlagen oder Gegenstände, die mitgebracht werden müssen; Hinweis, dass sich die Orthopädietechnik nicht direkt im Haus sondern in einem benachbarten Gebäude befindet), einige wurden in mehreren Gesprächen genannt (Beispiel: Hinweis, dass das Aufführen von Therapieangeboten, die nicht realisiert werden können, zu Frustrationen führen und möglichst vermieden werden sollten, wurde von mehreren Mitarbeiter- und mehreren Patientengruppen gegeben). Die Aussagen dieser Ebene wiederum haben wir verschiedenen Kategorien, also Themenschwerpunkten, zugeordnet. Weiterhin haben wir in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Leiter der Klinik entschieden, ob das jeweilige Item in der Überarbeitung beziehungsweise Neuentwicklung des Materials berücksichtigt werden sollte, und ob es für alle Patienten oder nur die Angehörigen bestimmter Diagnosegruppen relevant ist. Auf diese Weise ist eine Art Checkliste entstanden, die für die Optimierung des Materials direkt genutzt werden konnte.

## **6.3 Ergebnisse**

### **6.3.1 Bedarf bei den Mitarbeitern**

Insgesamt haben wir in den Gesprächen mit den Mitarbeitern über 1000 einzelne Aussagen gesammelt und jeweils sehr ähnliche zusammengefasst, so dass wir den weiteren Arbeitsschritten 465 unterschiedliche Aussagen zugrunde legen konnten. Sie beziehen sich sowohl auf allgemeine Abläufe und Schwierigkeiten als auch auf



das Informationsmaterial und gelten zum Teil für alle Patienten, zum Teil auch nur für bestimmte Diagnosegruppen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit berichten wir an dieser Stelle lediglich die von uns induktiv definierten Kategorien, die Anzahl der jeweils zugeordneten Aussagen und möglichst plakative Beispiele<sup>3</sup>, eine vollständige Liste kann bei Bedarf angefordert werden.

Kategorie	Beispiele
Bekannte Materialien (=> 7 Aussagen)	„Fragebogen (8 Seiten) – wird zugeschickt“; „Klinikprospekt – wird zugeschickt“
Häufige Fragen von Patienten (=> 92 Aussagen)	„Medizinische Fragen: Wie kriege ich meine Schmerzen weg?“; „Klinik/Räumlichkeiten/Ausstattung: Gibt es einen Internet-Anschluss?“
Wie gut sind die Patienten informiert? (=> 3 Unteritems)	[Abgefragt wurde in Schulnoten, wie gut die Patienten über die therapeutische Seite der Reha, das Haus und den Ort informiert sind; Beispiele sind hier nicht sinnvoll; CN]
Anforderungen an das Material (formal) (=> 13 Aussagen)	„Layout aller Fragebögen angleichen“; „Titelblatt anders gestalten: Verweis auf wichtigen Inhalt“
Anforderungen an das Material (Inhalt) (=> 23 Aussagen)	„Genesungsverlauf: Therapieprogramm kann kurzfristig zu Verschlechterung der Symptomatik führen“; „Reha allgemein: Reha ist kein (K)Urlaub, sondern eine medizinische Maßnahme“
Anforderungen an das Material (Inhalt) Angebot der Klinik / des Orts (=> 16 Aussagen)	„Klinik liegt in flachem Gelände, in der Nähe des Ortskerns“; „Freizeitangebote wie Bastelabende, Darts, Bibliothek“
Bei Ankunft griffbereit (=> 6 Aussagen)	„Versichertenkarte“; „Brille“
Charakteristik der Indikationsgruppe (=> 41 Aussagen)	Z.B. typischer TEP-Patient / typische TEP-Patientin: „benötigt oft verschiedene Medikamente“;

<sup>3</sup> Die hier genannten Beispielaussagen sind besonders plakativ; sie müssen jedoch nicht zwangsläufig auch bei der Überarbeitung und Entwicklung des Materials Berücksichtigung gefunden haben!

	„spricht nicht gern über Hilfebedarf“
Varianten der Indikationsgruppe (Diese Varianten muss man bei der Erstellung des Materials bedenken! (=> 48 Aussagen)	Z.B. konservativ behandelte Rückenschmerz-Patienten: Vorgegeben war als Musterpatient: Kurt Kreuzschmerz, Varianten unter anderem: „Karl Kreuzschmerz“: „Kurvorstellungen mit Anspruch auf Sternehotel“, „will innerhalb von 3 Wochen mit Pille und Fango schmerzfrei sein“, „erwartet, dass ihm geholfen wird“, „hat noch 20 Berufsjahre vor sich, von denen er vielleicht 12 schafft“ „Karsten Kreuzschmerz“: „ist übermotiviert“, „hält Entspannungstraining für eine „Strafe““
Info an Indikationsgruppe (=> 64 Aussagen)	Z.B. konservativ behandelte Rückenschmerz-Patienten: „Reha bedeutet: Muskeln auftrainieren, damit sie die durch eine längere Fehlhaltung degenerierte Wirbelsäule stützen können“; „Therapie findet zum Teil draußen statt (Kleidung!)“
Mitbringen (=> 24 Aussagen)	„Medikamente, die nicht mit dem Reha-Grund zusammenhängen“; „Kopfkissen / Nackenkissen, falls zu Hause ein Spezielles verwendet wird“
Nicht mitbringen (=> 2 Aussagen)	„Eigenes Fahrrad“; „Hilfsmittel“ falls vorhanden“
Die Patienten sollten vor Antritt der Reha schon mal überlegen/nachprüfen (=> 6 Aussagen)	Z.B. TEP-Patienten: „Wie sieht das heimische Umfeld aus? Wie viele Treppenstufen sind zu bewältigen?“; „Lebt der Patient / die Patientin allein oder in der Familie? Können Verwandte / Bekannte helfen?“
Die Patienten sollten die Klinik vor der Reha informieren über (=> 7 Aussagen)	„Benötigte Hilfsmittel“; „Besondere Erkrankungen“; „Mangelnde Deutschkenntnisse“; „Lese-/Rechtschreibschwäche“
Botschaften an den Patienten (=> 32 Aussagen)	„Rehaziele/Klinik: Rehaklinik setzt alles daran, die Patienten auf Vordermann zu bringen“; aber auch: „Reha gibt einen Anstoß zu Eigenverantwortung: die Patienten müssen sich

	nach der Reha selber um ihre Gesundheit kümmern (Eigeninitiative, „Nachsorge“)
Nicht im Vorfeld ansprechen (=> 2 Aussagen)	„Thema Rente“; „Erwartungen an die Reha, weil P in der Klinik häufig erneut danach gefragt wird und auf diese Weise vor allem erlebt, dass die Information nicht weitergegeben wird“
Was würden Sie wissen wollen, wenn Sie eine Reha antreten würden? (=> 37 Aussagen)	„Klinik/Therapie: Nach welchen Modellen wird gearbeitet?“; „Freizeit/Ort und Umgebung: Ist die Landschaft schön?“
Welches Info-Material würden Sie nutzen? (=> 4 Aussagen)	„Prospekt“; „Würde erst (Klinik-)Prospekt anschauen und dann, falls es einen Verweis aufs Internet gibt, den ggf. nutzen.“
Probleme allgemein (=> 12 Aussagen)	„Patienten lesen das Info-Material nicht, sondern rufen in der Klinik an – das kostet Zeit“; „Frustration durch Therapieangebote, die nicht eingehalten werden können“
Wünschenswert (=> 14 Aussagen)	„Kosten des Reha-Aufenthaltes transparent machen“; „Info über Reha an Arbeitgeber (Info-Zettel)“
Anmerkungen (=> 12 Aussagen)	„Manche Fragen (zur Bewältigung des Alltags) lassen sich erst im Verlauf der Reha beantworten. (Keine vorschnellen Versprechungen)“; „Besonders für Patienten, die laufen können, sind Infos über den Ort wichtig“

**Tabelle 2: Bedarfsanalyse: Kategorien der Mitarbeiteraussagen**

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, hat die Einführung der Musterpatienten dazu beigetragen, dass schnell detaillierte Bilder verschiedener Patientengruppen mit typischem Auftreten und typischen Problemen gezeichnet und klare Botschaften an diese Gruppen formuliert wurden. Das war natürlich gerade für die Entwicklung diagnosegruppenspezifischen Informationsmaterials ausgesprochen wünschenswert und hilfreich. Ebenso waren die geäußerten formalen und inhaltlichen Anforderungen an das Material ausgesprochen hilfreich als Wegweiser für den nächsten Arbeitsschritt.

### 6.3.2 Bedarf bei den Patienten

Auch in den Fokus-Gruppen mit den Patienten haben wir eine Menge wertvoller Ideen, Hinweise, Anregungen und Tipps bekommen, einige Patienten haben sich sogar extra auf den Termin vorbereitet, mit Mitpatienten gesprochen und eine ganze Liste mit Punkten mitgebracht, die sie ansprechen wollten. Noch stärker als bei den Mitarbeitern bezogen sich allerdings auch viele Punkte auf Abläufe und Zustände in der Klinik. Obwohl wir sie bei der Weiterentwicklung des Materials nicht in der ursprünglichen Form nutzen können, sind sie für das Projekt bedeutsam, da auf einiges sicherlich bereits im Vorfeld hingewiesen werden kann, so dass einige Kritikpunkte frühzeitig zu entschärfen sind. Außerdem haben vor allem diese Anmerkungen uns viel über die – sehr unterschiedlichen – Lebens- und Leidenswelten der Patientengruppen vermittelt, so dass wir durch die Fokusgruppen mit den Patienten ein wesentlich besseres Gefühl für unsere Zielgruppen bekommen haben. Weiterhin werden wir die Anmerkungen, die sich auf Abläufe und Zustände in der Klinik beziehen, im Sinne des Qualitätsmanagements an die Klinikleitung weitergeben.

Insgesamt haben wir 284 inhaltlich unterschiedliche Aussagen gesammelt und den in der folgenden Tabelle aufgelisteten Kategorien zugeordnet. Auch sie haben wir mit dem ärztlichen Leiter der Klinik Münsterland zusammen darauf überprüft, ob sie in das überarbeitete Material aufgenommen werden sollten und – wenn ja – für welche Patientengruppen sie relevant sind.

Kategorie	Beispiele
Vorstellungen vor der Reha (=> 7 Aussagen)	„Hier bekomme ich Prothesen (doppelseitige Oberschenkel-Amputation) und lerne wieder laufen“; „Es sind hauptsächlich Amputationspatienten in der Klinik“
Fragen vorab (=> 10 Aussagen)	„Zeitplanung: Wann komme ich in die Klinik? (nur Zeitraum angegeben, Termin dann sehr kurzfristig)“; „Service: Wer besorgt mir etwas?“
Woher Info über Klinik/Reha/Ort? (=> 9 Aussagen)	„Bekannte oder Verwandte kannten die Klinik oder waren selber schon da zur Reha“; „Broschüre“
Warum Reha in KML? (=> 9 Aussagen)	„Vermittlung durch Sozialdienst der Akutklinik“;

	„Klinikvergleich im Internet: positive Bewertung von Patienten“
Wann Broschüre bei P? (=> 1 Aussage)	„Broschüre nach Hause geschickt bekommen, nachdem geklärt war, dass sie die Reha in der KML machen“
Probleme/Kritik/Unklarheiten/Fragen (=> 78 Aussagen)	„Anreisetag: Patienten werden mit Fülle von Informationen überhäuft, die sie in ihrem Zustand und zu diesem Zeitpunkt nicht aufnehmen können“; „Mitbringen: warum Handyverbot? Es wird doch WLAN angeboten.“
Sorgen und Nöte (=> 6 Aussagen)	„Man wird unleidig, aggressiv etc. gegenüber anderen Patienten“ (Amputierter; durch Schmerzen, langen Aufenthalt, Probleme, mit der Amputation fertigzuwerden); „Schwierigkeiten mit Angehörigen zu sprechen („wir haben uns nur angeschwiegen“)“
Welches Infomaterial wird genutzt? (=> 1 Aussage)	„Broschüre“; „Website der Klinik“
Bewertung des Infomaterials (=> 20 Aussagen)	„Broschüre: insgesamt ansprechend, schöne Bilder, nicht überladen“; „Rehamaßnahme: kaum Info über Therapien und dergleichen im Infomaterial“
Benotung des Informationsgehalts (=> 9 Aussagen)	[Benotung nach Schulnoten; Beispiele nicht sinnvoll; insgesamt wurde Infogehalt über das Haus besser bewertet als über den Inhalt der Maßnahme und den Ort; CN]
Vorstellung und Realität (=> 2 Aussagen)	„Allgemein: Erwartungen im Großen und Ganzen erfüllt, aber noch Optimierung möglich“; „Ich habe mir die Reha nicht so gut vorgestellt“ (nach mehreren Aufenthalten in anderen Rehakliniken)
Realität erfreulich (=> 32 Aussagen)	„Klinik/Personal: beim Essen flotte Bedienung und sehr aufmerksames Personal, auch gegenüber Patienten

	<p>mit Gehstützen“;                  „Klinik/Personal: Therapeuten sind fachlich kompetent“</p>
<p>Realität schlechter als Vorstellung                  (=&gt; 8 Aussagen)</p>	<p>„Rehaprozess: „ausgebremst“, da bei zementfreier Hüfte nur geringe Belastung erlaubt ist und die Therapieangebote nur eingeschränkt wahrgenommen werden können“;                  „Therapieangebot: keine Kältekammer“</p>
<p>Bevorzugtes Infomaterial                  (=&gt; 2 Aussagen)</p>	<p>„Broschüre“                  „Internet“</p>
<p>Anforderungen an Broschüre                  (=&gt; 6 Aussagen)</p>	<p>„Es ist nicht nötig, alles schon zu Hause zu wissen (z.B. Essenszeiten), aber z.B. Wäsche, Versorgung mit Bargeld, keine Wertgegenstände mitbringen etc. ist schon wichtig“;                  „Nicht zu dick! Sonst wird sie nicht gelesen!“</p>
<p>Wichtige/Wünschenswerte Inhalte des Infomaterials                  (=&gt; 34 Aussagen)</p>	<p>„Reha/Therapie: Angebote erklären (Was ist z.B. eine Haslauer Packung?)“;                  „Anreise: möglichst Begleitperson mitbringen (zum Kofferauspacken etc.)“;                  „Ort: Sonntagnachmittag sind die Geschäfte offen“</p>
<p>Botschaft an künftige Reha-Patienten                  (=&gt; 10 Aussagen)</p>	<p>Reha: "KML ist ein Ort, um wieder fit zu werden und wieder in die Arbeit zu kommen";                  „Orthopädietechnik befindet sich nicht IM Haus“;                  „Mitbringen: Küchentuch oder Küchenrolle, um z.B. Obst abzutrocknen“</p>
<p>Wünschenswert                  (=&gt; 35 Aussagen)</p>	<p>„Liste mit notwendigen Medikamenten schon zu Hause aufstellen (behandelnder Arzt kann helfen)“;                  „Klinik/Essen: klinikeigene Ernährungsberatung ernst nehmen: z.B. Fisch zum Abendessen“;</p>

	„Mitbringen: Handy zulassen und Regeln für Gebrauch festlegen“
Anregung (langfristig) (=> 1 Aussage)	„Bei evtl. Baumaßnahmen in der Klinik gleich höhere Toilettensitze installieren“
Hilfreich beim Eingewöhnen (=> 4 Aussagen)	„Von allen ernst genommen werden“; „Nette Mitpatienten“

**Tabelle 3: Bedarfsanalyse: Kategorien der Patientenaussagen**

Bei den Patienten lag ein klarer Schwerpunkt der Äußerungen – auftragsgemäß – in der Formulierung von Problemen, Kritik, Unklarheiten und Fragen, die uns eine gute Vorstellung von verbreiteten Informationslücken gegeben hat. Der zweite fokussiert auf konkrete Wünsche an das zu erstellende Material. Häufiger als bei den Mitarbeitern kamen Aussagen vor, die sich auf Abläufe und Zustände innerhalb der Klinik bezogen. An dieser Stelle zeigte sich eine hohe Aufmerksamkeit der Patienten auf vielen Ebenen und eine große Motivation, zu einer allgemeinen Verbesserung der Reha in der Klinik Münsterland beizutragen, aber auch eine hohe Bereitschaft zu loben und auf diese Weise etwas von dem in der Regel positiven Erleben zurückzugeben. Ein für uns überraschendes Ergebnis war, dass die Patienten Print-Material deutlich gegenüber Informationsangeboten und auch audiovisuellem Material bevorzugt haben. Als Grund dafür haben sie angegeben, Broschüren und Faltblätter ohne Aufwand zu jeder beliebigen Zeit an jedem beliebigen Ort lesen zu können. Für einen Internet-Zugang müssten immer noch erstaunlich viele zu ihren Kindern fahren oder diese um Hilfe bitten. Weshalb ein Informationsfilm auf DVD auf wenig Interesse gestoßen ist, konnten wir nicht exakt herausfinden, bekamen diesen Hinweis aber immer wieder mit recht großer Deutlichkeit.

## 6.4 Diskussion

Die qualitativ geführte Bedarfsanalyse war für uns ausgesprochen aufschlussreich. Sowohl von Seiten der Mitarbeiter als auch von Seiten der Patienten wurden das Projekt im Allgemeinen und die vorbereitenden Gespräche mit den wichtigsten Zielgruppen im Besonderen sehr positiv aufgenommen. Das Engagement in den Gesprächen war ungeheuer groß, so dass wir zum einen unerwartet viele Anregungen sammeln und zum anderen ein gutes Gefühl für die spezifischen Belange der Beteiligten entwickeln konnten. Beides trug nach unserer Einschätzung erheblich dazu bei, dass wir die Überarbeitung des Materials dem tatsächlichen

Bedarf entsprechend durchführen konnten und so bereits wichtige Weichen für ein sehr gut akzeptiertes Endprodukt gestellt waren.

Als schwierig erwies sich der Umgang mit einzelnen einander widersprechenden Aussagen und Ansprüchen aus den Reihen der Mitarbeiter, die wir im Zweifelsfall nach Abschluss der Gespräche noch einmal mit den Beteiligten diskutieren mussten. Ebenfalls mühsam war für uns die Entscheidung, welche genannten Punkte wir tatsächlich in der Überarbeitung und Ergänzung des Materials berücksichtigen sollten und in welchem Umfang dieses jeweils sinnvoll ist. An dieser Stelle waren wir sehr dankbar über die ausführliche Hilfestellung des ärztlichen Leiters.

Insgesamt schätzen wir die Bedarfsanalyse im Nachhinein als wertvollen Pfeiler des Projektes ein, der zwar viel Zeit gekostet, aber auch zu vielen relevanten Erkenntnissen geführt hat. Auch die gewählte Form hat sich als sinnvoll erwiesen. Die Organisation vorwiegend in kleinen, relativ homogenen Gruppen führte dazu, dass sich die Teilnehmer gegenseitig inspirierten, die eher grobe Strukturierung ließ allen Diskutanten ausreichenden Freiraum, ihre persönliche Meinung zu vertreten. Selbstverständlich ist es immer noch möglich, dass wir bei einer anderen Auswahl von Teilnehmern andere Ergebnisse erzielt hätten, die wichtigsten Punkte sollten jedoch durch das Einbeziehen von sehr unterschiedlichen Gruppen bei insgesamt 25 Mitarbeitern und 27 Patienten zur Sprache gekommen sein. Dafür spricht auch eine relativ hohe Face Validity der meisten genannten Punkte.



## **7. Schritt 3: Die Optimierung des Materials**

### **7.1 Hintergrund**

In der Bedarfsanalyse haben wir uns ausführlich der Frage gewidmet, welche Inhalte durch das Informationsmaterial transportiert werden sollen. Damit die angestrebten Botschaften die Empfänger auch erreichen, muss darüber hinaus ein geeigneter Weg der Wissensvermittlung gefunden werden. Da jedes Medium nur Informationen vermitteln kann, wenn es auch genutzt wird, war für uns die neben der inhaltlichen Relevanz und Korrektheit das wichtigste Ziel, das Material möglichst attraktiv und einladend zu gestalten. Spezielle Strategien, die uns dazu nützlich erschienen, haben wir in verschiedenen mediendidaktischen Ansätzen gefunden. Diese stellen wir im Folgenden kurz dar und zeigen ihre Bedeutung für unser Projekt auf.

#### **7.1.1 Bildung mit Spaß – Edutainment**

Bildung muss Spaß machen, damit sie funktioniert – dieses ist die Grundannahme des Edutainment, unter dem man alle Formate versteht, die darauf ausgelegt sind, sowohl Wissen zu vermitteln (education) als auch Unterhaltung zu bieten (entertainment). Lange Zeit wurden Bildung und Unterhaltung als inkompatibel angesehen; Bildung galt nur dann als nützlich, wenn sie ernsthaft war und als „Bildungsarbeit“ bezeichnet werden konnte. Und so bringen auch heute noch viele Menschen den Erwerb von Wissen, vor allem, wenn er durch andere vorgegeben wird, eher mit Anstrengung, Mühe auf der einen und Langeweile auf der anderen Seite in Verbindung als mit Freude und persönlicher Weiterentwicklung. Reinhardt (2007) hingegen zeigt anhand verschiedener historischer Beispiele und pädagogischer Ansätze auf, dass diese Abgrenzung nicht nur unnötig, sondern vielleicht sogar kontraproduktiv ist. Zum einen wird lebenslanges Lernen und damit auch freiwillige und selbstbestimmte Weiterbildung in der Freizeit in der modernen Wissensgesellschaft immer wichtiger – und in diesem Rahmen findet anstrengendes Lernen nur geringe Akzeptanz, unterhaltsame Formate hingegen verzeichnen deutlichen Zuspruch. Zum anderen hat Unterhaltung nach seinen Ausführungen stimulierende und aktivierende Wirkung. Damit intensiviert sie die Reaktion auf nachfolgende oder gleichzeitige Reize und verbessert die Aufnahme von Wissen, so dass sie als „didaktisches Bindeglied zwischen Mensch und Wissen“ (Reinhardt, 2007, S. 13) angesehen werden kann.

Diesen Annahmen folgend hat im Zeitalter neuerer, vor allem digitaler Medien, zunehmend ein Umdenken stattgefunden, und es kamen nach und nach immer mehr Produkte auf den Markt, die eine Kombination von Wissensvermittlung und Unterhaltung realisieren. Sie richteten sich zunächst vor allem an Kinder, zielen inzwischen aber auch zunehmend auf Erwachsene ab. Prominente Beispiele aus dem Fernsehen sind die *Sesamstraße* oder die *Sendung mit der Maus*; aber auch Wissenschafts- oder Quiz-Sendungen wie *Quarks und Co.*, *Wer wird Millionär?* oder *Das Quiz des Menschen*. Weiterhin gehören Klappenbücher, Hörbücher und Spielsysteme wie *LÜK®* oder *TipToi®* zum täglichen Leben vieler Kleinerer, während sich Größere entsprechenden Computerspielen und interaktiver Internet-Seiten widmen oder im Urlaub gern einen Tag in einem Themenpark oder einem Science-Center verbringen.

Je nach Schwerpunktsetzung werden Edutainment-Angebote in verschiedene Untergruppen unterteilt. Liegt der Schwerpunkt deutlich stärker auf der Vermittlung von Informationen als auf der Unterhaltung, spricht man von Infotainment. Typische Stilmittel des Infotainment sind Personalisierung, Emotionalisierung und dynamische Inszenierung (Hermann, 2009). Bei der Personalisierung werden Themen so ausgewählt und präsentiert, dass sie sich „im Handeln, im Habitus oder in Statements von Personen konkretisieren lassen“ (Hermann, 2009, S. 357). Sie macht abstrakte Informationen konkreter, persönlicher und lebendiger. Unter Emotionalisierung versteht man ein gezieltes Setzen von Reizen, die beim Leser bestimmte Stimmungen oder Gefühle hervorrufen, ihn aber zumindest emotional ansprechen und einbinden. Dynamische Inszenierungen zeichnen sich durch eine gezielte Dramatisierung aus, die in der Regel durch den Aufbau von Spannungsbögen, aber auch durch verschiedene andere Techniken erreicht wird. Alle drei Stilmittel haben wir auch in den von uns neu entwickelten diagnosegruppenspezifischen Broschüren angewendet, in den überarbeiteten Materialien jedoch nicht, da diese nicht in erster Linie dem Erwerb komplexeren Wissens dienen, sondern einen Transfer spezifischer kurzer Informationen von der Klinik zum Patienten und zurück gewährleisten sollen.

### **7.1.2 Menschen lieben Geschichten – Storytelling**

Eine besondere Form des Edutainment, ist das so genannte Storytelling. Menschen lieben Geschichten. Sie haben sie schon immer dazu genutzt, sich und anderen die Welt zu erklären und Wissen weiterzugeben. Gut erzählte Geschichten sind interessant (auch wenn sie Fachinformationen transportieren!), sprechen alle Sinne an und laden dazu ein, sich mit den Protagonisten zu identifizieren und

gegebenenfalls Verbindungen zwischen deren Erlebnissen und dem eigenen Leben herzustellen. So werden die Zuhörer dazu angeregt, Informationen aufzunehmen, sich mit ihnen aktiv auseinanderzusetzen und daraus Erkenntnisse für sich selbst abzuleiten. Masemann und Messer (2009) führen aus:

„Es gibt viele gute Gründe für das Storytelling in Training und Unterricht:

- Mit der Methode Storytelling können Sie eine Gruppe für ein neues Thema begeistern, bei den Teilnehmern Neugierde wecken, sie einstimmen und nachdenklich machen. Dabei kann es eine von Ihnen erfundene Geschichte sein oder auch eine Geschichte, die bereits geschrieben steht.
- Storytelling kann als Prozess des gemeinsamen Erzählens das Nachdenken über die Realität bewirken, es können Parallelen und Unterschiede zwischen erzählter Geschichte und Realität hergestellt werden.
- Ein im Training oder Unterricht erarbeiteter Inhalt kann über das Storytelling erinnert, vertieft, reflektiert und mit neuen Aspekten versehen werden.
- Mit Storytelling können „nackte Fakten und Zahlen“ in Form einer Geschichte so präsentiert werden, dass sie bei den Zuhörern emotional verankert werden und somit besser im Gedächtnis bleiben.
- Mit Storytelling können wir Sinn, Orientierung und Visionen schaffen. Das gegenseitige Zuhören, Hinhören, Hineinversetzen und Mitfühlen im Storytelling schaffen einen intensiven Kontakt zwischen den Beteiligten.
- Geschichten sind stets konkret, sie bilden als Geschichte eine Wahrheit.
- Es macht Spaß, Geschichten zu hören und Geschichten zu erzählen. Es ist eine entspannte und stärkende Form des Miteinanders.
- Geschichten lassen sich einsetzen als Metaphern für wertschätzendes Feedback an Teilnehmer und Teams.
- Und es gibt Geschichten zur Dekodierung.“

(Masemann & Messner, 2009, S. 218)

Streng genommen bezieht sich das Storytelling in erster Linie auf echte Erzählsituationen mit Erzähler und Zuhörern, Geschichten können aber auch gewinnbringend in statisches Material wie geschriebene Texte aufgenommen werden.

Für die Vermittlung abstrakter Informationen erschien uns das im vorangegangenen Abschnitt erwähnte Stilmittel der Personalisierung als geeignet, um sie interessant und besser greifbar darzubieten. Tritt die ausgewählte oder erfundene Person mit ihrer ganzen Lebensgeschichte oder zumindest einem relevanten Teil daraus in Erscheinung, sind die Grenzen zum Storytelling fließend, so dass wir aus beiden

Ansätzen Anregungen für unser Vorhaben, Musterpatienten zu entwickeln und einzusetzen, entnehmen konnten.

### 7.1.3 Verständlich schreiben – Das Hamburger Verständlichkeitskonzept

„Sprache ist gut, wenn sie einfach, bildhaft und verständlich ist.“ So beschreibt Thilo Baum (2005; S. 6) die aus seiner Sicht basalen Anforderungen an einen attraktiven Text. Dieses wird in der Literatur kaum bezweifelt; viele Autoren versuchen, Wege dorthin aufzuzeigen und weniger erfahrenen oder weniger erfolgreichen Autoren zu helfen, in ihren Texten eine gute Sprache zu realisieren. Auch wir haben uns über Tipps entsprechender Experten informiert (Baum, 2006; Franck, 2011; Clark, 2012), und uns dann letztlich für das Hamburger Verständlichkeitskonzept von Langer, Schulz von Thun und Tausch (2011) als Orientierungshilfe für das Verfassen unserer Texte entschieden. Im Gegensatz zu den anderen Anleitungen basiert es nicht auf der Erfahrung und dem persönlichen Sprachgefühl eines einzelnen Autors, sondern ist durch verschiedene Studien von insgesamt 14 Wissenschaftlern unter Einbeziehung von 4500 Lesern empirisch entwickelt und überprüft worden.

Im Hamburger Verständlichkeitskonzept werden vier „Verständlichmacher“ vorgestellt und erläutert; ihre Ausprägung hat sich in Studien immer wieder als maßgeblich dafür erwiesen, dass verschiedenste Texte von Lesern mit unterschiedlichsten Bildungshintergründen gut verstanden werden und ihnen Freude am Lesen bereitet haben.

Diese „Verständlichmacher“ mit ihren optimalen Ausprägungen waren

- Einfachheit ( ++ / + / 0 / - / --)

Einfachheit bedeutet nach dem Hamburger Verständlichkeitskonzept nicht, dass Sätze und Wörter zwangsläufig kurz sein müssen. Stattdessen können durchaus auch weniger gebräuchliche Wörter verwendet werden, wenn sie erklärt werden, und längere Sätze sind erlaubt, so lange der Satzbau übersichtlich ist.

- Gliederung, Ordnung ( ++ / + / 0 / - / --)

Die Forderung nach Ordnung bezieht sich sowohl auf die innere als auch die äußere Ordnung der Texte. Innere Ordnung liegt vor allem dann vor, wenn Sätze folgerichtig aufeinander bezogen sind, statt zusammenhanglos nebeneinanderzustehen, und wenn die Informationen in einer sinnvollen Reihenfolge dargeboten werden. Äußere Ordnung kann durch eine erkennbare Gruppierung zusammengehöriger Textteile, durch Zwischenüberschriften, Zusammenfassungen und Hervorhebungen besonders wichtiger Passagen erreicht werden.

- Kürze, Prägnanz ( ++ / + / 0 / - / --)

In der Praxis haben sich eher Texte mittlerer Länge bewährt. Wenn sie zu kurz sind, ist häufig die Lesbarkeit beeinträchtigt; sind sie hingegen zu lang, wirken sie umständlich und machen es dem Leser schwer, das wirklich Wichtige herauszufiltern.

- Zusätzliche Stimulanz ( ++ / + / 0 / - / --)

Als zusätzliche Stimulanzien bezeichnet man anregende Elemente, mit denen das Interesse des Lesers geweckt werden soll. Auch diese sollten wohldosiert eingesetzt werden, denn ganz ohne solche Anregungen wirkt ein Text leicht trocken und nüchtern, so dass der Leser schnell die Freude am Lesen verliert. Setzt man hingegen zu viele zusätzliche Stimulanzien ein, können sie gerade bei Texten mit mangelhafter Gliederung die Verwirrung des Lesers erhöhen und kontraproduktiv wirken. Darüber hinaus stehen sie dann dem Qualitätsmerkmal der Kürze und Prägnanz zu stark entgegen.

Die im Hamburger Verständlichkeitskonzept dargestellten und empirisch belegten Hinweise für das Verfassen verständlicher und attraktiver Texte hat uns sehr überzeugt. Da sie gleichzeitig unserem eigenen Sprachgefühl entsprachen, fiel es uns relativ leicht, sie umzusetzen – und das wie uns die vielen positiven Rückmeldungen von verschiedenen Seiten gezeigt haben, offenbar mit Erfolg.

#### 7.1.4 Das kenne ich! – Homogenität in Sprache und Layout

In Zeiten hohen Konkurrenzdrucks sind Firmen zunehmend stärker darauf angewiesen, bisherige Kunden zu binden und neue zu werben. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor dafür ist eine einheitliche, stimmige Präsentation des Unternehmens und seiner Produkte, die zunächst die Aufmerksamkeit potenzieller Neukunden weckt und anschließend das Wiedererkennen erleichtert. Eine solche Homogenität im Erscheinungsbild wird als Corporate Design bezeichnet und als Bestandteil der Corporate Identity verstanden. Nach dem Eintrag im Gabler Wirtschaftslexikon sollte dabei jedoch nicht nur auf ein einheitliches Äußeres geachtet werden, sondern es ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass dieses Äußere auch Inhalte transportiert:

„Corporate Design: visuelles Erscheinungsbild eines Unternehmens im Rahmen und zur Unterstützung der von der [Corporate Identity](#) vorgegebenen Ziele. Das Corporate Design soll das Unternehmen nach innen und außen als Einheit erscheinen lassen, bes. durch formale Gestaltungskonstanten, z.B. Firmenzeichen ([Logo](#)), Typografie, Hausfarbe etc. In Gestaltungsrichtlinien („Design-Bibeln“) wird festgelegt, wie diese Gestaltungskonstanten in unterschiedlichen Anwendungsbereichen einzusetzen

sind, z.B. Briefbögen, Innenarchitektur, Produkt- und Verpackungsgestaltung und Anzeigen.“ (Gabler Wirtschaftslexikon, Online unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81823/corporate-design-v6.html>).

Auch Beinert (2013) betont in seinem Artikel die Notwendigkeit der Passung von Selbstbild des Unternehmens und kommuniziertem Image. Danach kann Werbung nur erfolgreich sein, wenn sie sich wie auch alle anderen Entscheidungen, die das Unternehmen betreffen, in einem durch Strategie und Identität festgesetzten Rahmen bewegt. In diesem Zusammenhang definiert er das Corporate Design als visuelle Darstellung eines Unternehmens mit dem Ziel der optischen Positionierung und Profilierung nach innen und außen. Dazu kann nach seinen Ausführungen ein Erscheinungsbild vielfältige Beiträge leisten:

- „1. Innere Haltungen und Wertvorstellungen (z.B. Verantwortungsbewußtsein, Umweltbewußtsein, Qualitätsanspruch) können nach außen hin erkennbar gemacht werden;
2. das visuelle Erscheinungsbild ist der Bereich, in dem ein Unternehmen oder eine Institution sich in der Öffentlichkeit am deutlichsten wahrnehmbar von anderen unterscheiden kann (Profilierung im Umfeld);
3. Durchgestaltung führt zu Verwandtschaft aller kommunikativen Maßnahmen und somit zu Kontinuität im Auftreten nach innen und außen (vertrauensfördernd, glaubwürdig);
4. die Variation konstanter Gestaltungselemente erhöht den Bekanntheitsgrad und den Wiedererkennungswert. Die Effizienz von Einzel- und Werbemaßnahmen wird erhöht. Solche Aktionen können eindeutig einem Initiator zugeordnet werden (Synergieeffekte);
5. Mitarbeiter werden motiviert. Gutes Design steigert Wohlbefinden und Sympathie (Identifikation).“ (Beinert, 2013)

Diese Argumente sind auch für die Klinik und ihre Patienten bedeutsam, konkret gilt für das von uns zu überarbeitende und zu entwickelnde Material: Zum einen bekommen Rehabilitanden vor Beginn der Reha recht viele Unterlagen von verschiedenen Stellen, vor allem von ihrem Kostenträger und der einladenden Klinik zugeschickt. Ein einheitliches Äußeres erleichtert es ihnen, die einzelnen Print-Materialien der Klinik dieser auch zuordnen und mit der bevorstehenden Reha in Zusammenhang bringen zu können. Zweitens lassen sich durch ein entsprechendes Layout und eine möglichst homogene, passende Sprache frühzeitig die basalen Werte der Klinik vermitteln, die durch die Schlüsselbegriffe des Leitbildes „Kompetent – Engagiert – Miteinander“ expliziert werden. Drittens ist durchaus möglich, dass Nutzer des Materials von der optischen Erscheinung auf die interne Qualität schließen (vgl. Widera et al., 2008). Und viertens sollte gut gestaltetes, in sich

stimmiges und zur Klinik passendes Material auch unter den Mitarbeitern breite Zustimmung finden und von ihnen gern im Kontakt mit den Patienten eingesetzt werden.

## 7.2 Methodik

Bei der Überarbeitung und Ergänzung des Materials haben wir inhaltlich gezielt auf der vorangegangenen Ist-Analyse und der Bedarfsanalyse aufgebaut. In der Gestaltung von Stil und Form haben wir versucht, die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten mediendidaktischen Ansätze in möglichst hohem Ausmaß zu berücksichtigen.

Bei den zu überarbeitenden Materialien haben wir die vorhandenen Texte als Grundlage genutzt, in verschiedenen Gesprächen Unklarheiten ausgeräumt, die Texte nach den Grundsätzen des Hamburger Verständlichkeitskonzeptes überarbeitet und Vorschläge für ein optimiertes Äußeres entwickelt.

Die Erstellung der diagnosegruppenspezifischen Broschüren war methodisch anspruchsvoller. Der erste Schritt war die Festlegung eines grundsätzlichen Aufbaus, der für alle Broschüren dieser Reihe gleich sein sollte. Anschließend haben wir Basisinformationen über die jeweilige Erkrankungsgruppe und ihre Behandlung aus dem rehabilitationsmedizinischen Lehrbuch von Stein und Greitemann (2005) entnommen und durch Informationen aus Broschüren, Filmen, Internetseiten und Gesprächen mit Klinikmitarbeitern der für die jeweilige Diagnosegruppe relevanten Abteilungen ergänzt. Sowohl an diesem Schritt als auch an der dann folgenden Erstellung der Texte waren zunächst nur die Projektmitarbeiterinnen beteiligt, da sich diese zwar im Laufe der bisherigen Forschungsarbeiten bereits in einige Themen der Rehabilitationsmedizin eingearbeitet hatten, jedoch über kein Fachwissen im Sinne eines Medizinstudiums verfügen. Das machte es ihnen erheblich leichter als Ärzten, sich in die Rolle der Patienten zu versetzen und eine zielgruppengerechte Darstellung zu realisieren.

Auch bei der Entwicklung dieser Texte haben wir versucht, die dargestellten mediendidaktischen Ansätze umzusetzen, um ansprechende, professionelle Broschüren zu entwerfen, die im Sinne des Infotainment das Ziel der Vermittlung von Informationen mit unterhaltsamen Elementen verbinden. Vor allem haben wir uns...

- ...um einen aufgelockerten Gesamteindruck bemüht, der zum Blättern und Lesen einlädt.

In den Broschüren wechseln sich Texte und Abbildungen ab, die wichtigsten Botschaften werden in abgesetzten Kästen am Seitenrand noch einmal benannt und durch Fotos illustriert. Weiterhin stellt sich zu Beginn einer jeden Broschüre nach dem Vorbild des am Anfang dieses Berichts eingeführten „Willi Wissenschaft“ ein gezeichneter Musterpatient mit plakativem Namen kurz vor, der sich im Laufe der Broschüre immer wieder zu Wort meldet – so wie unser Willi an dieser Stelle.

- ...um Übersichtlichkeit bemüht.

Jede Broschüre beginnt mit einem vorangestellten Inhaltsverzeichnis, der Text ist durch Zwischenüberschriften klar gegliedert und setzt sich aus relativ kurzen Abschnitten zusammen. Der inhaltliche Aufbau führt vom Allgemeinen zum Spezifischen, die Informationen sind in chronologisch relevanter Reihenfolge angeordnet.

- ...um eine für den Leser angenehme Sprache bemüht.

Die von uns gewählte Sprache sollte sachlich, aber freundlich zugewandt klingen. Wir haben versucht, ein mittleres Niveau zu realisieren, das für möglichst viele Patienten akzeptabel ist – es sollte für die meisten verständlich sein, aber etwas geübtere Leser auch nicht durch extreme Einfachheit demotivieren.

*„Willi Wissenschaft? Hat mich jemand gerufen? Entschuldigung, ich war so in die Lektüre vertieft, dass ich gerade nur mit halbem Ohr hingehört habe. Also ehrlich gesagt, das Konzept für die diagnosegruppenspezifischen Broschüren gefällt mir, das ist wirklich mal was Neues. Ob es den Patienten genauso gegangen ist?!...“*

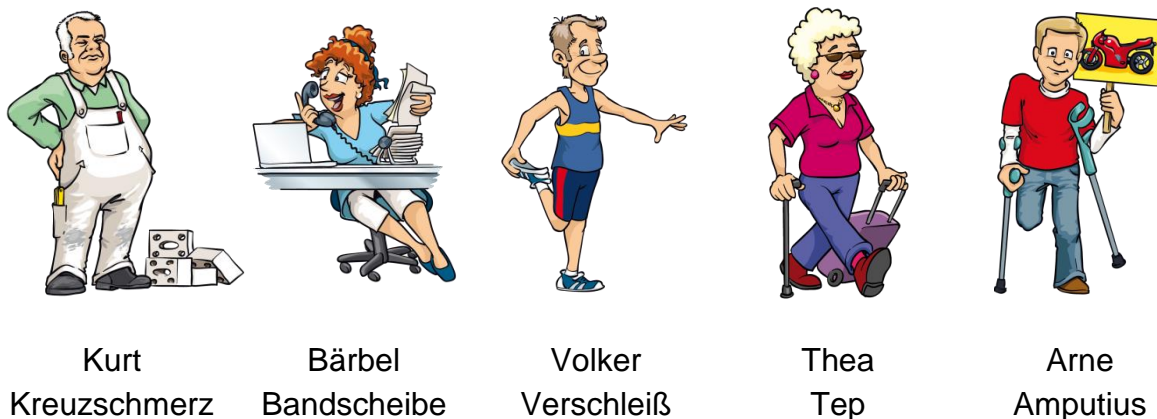


Die nach diesen Maßgaben entwickelten Texte wurden durch den ärztlichen Leiter der Klinik geprüft und gegebenenfalls mit Anmerkungen versehen in eine weitere Überarbeitungsschleife durch die Projektmitarbeiterinnen zurückgegeben, so dass die inhaltliche Korrektheit ebenso gewährleistet ist wie die Passung zum Behandlungskonzept und zum angestrebten Image der Klinik. Bei der Broschüre für Patienten nach Amputationen als der sensibelsten Gruppe haben wir zusätzlich Wert auf Rückkoppelung mit den Patienten gelegt. So wurden mehrere Amputierte um Vorschläge für einen passenden Namen für den Musterpatienten gebeten und daraus den in den Broschüren tatsächlich eingesetzten Namen „Arne Amputius“



ausgewählt. Weiterhin haben drei Beinamputierte mit besonderen Kompetenzen für diese Aufgabe<sup>4</sup> den ersten vollständigen Entwurf der Broschüre auf inhaltliche und sprachliche Angemessenheit überprüft, uns entsprechende – erfreulich positive – Rückmeldungen gegeben und einzelne Verbesserungsvorschläge unterbreitet.

Alle von uns überarbeiteten und entwickelten Materialien haben wir an die Pressestelle der DRV Westfalen gegeben. Dort wurden sie unter strikter Beibehaltung des Textes und der Abbildungen in enger Zusammenarbeit mit uns in eine einheitliche, professionelle Form gebracht, die dem generellen Design der DRV entspricht. Dabei wurden einige von uns vorgeschlagene Bilder durch DRV-eigene Bilder ersetzt und die von uns vorgeschlagenen Musterpatienten durch einen Grafiker neu gestaltet, so dass die gesetzlichen Copyright-Bestimmungen eingehalten wurden. Für alle anderen Bilder aus fremden Quellen haben wir entsprechende Genehmigungen zur Nutzung innerhalb des Projektes eingeholt.



**Abbildung 7: Unsere Musterpatienten**

Ursprünglich hatten wir geplant, die wichtigsten Inhalte des optimierten Print-Materials möglichst interaktiv aufzubereiten und in die Website der Klinik zu integrieren. Da jedoch die Bedarfsanalyse eine eher geringe Nutzung dieser Informationsquelle offenbarte, haben wir uns darauf beschränkt, die Broschüren im pdf-Format auf die Website stellen zu lassen, so dass sie allgemein zugänglich sind. Ebenso haben wir von dem ursprünglichen Vorhaben Abstand genommen, einen Info-Film zu drehen, der den Patienten vor Beginn der Reha zusammen mit dem Print-Material auf DVD zugeschickt wird – dieser Plan wurde zum einen durch den in den Fokusgruppen ermittelten geringen Bedarf und zum anderen dem Erscheinen des aktuellen Imagefilms der Klinik, der auch auf der Website zu finden ist, obsolet, so dass wir uns auf die Optimierung des umfangreichen Print-Materials konzentriert haben.

---

Es handelte sich um einen Chefarzt einer anderen orthopädischen Klinik, einen Journalisten und den Vizepräsident des Bundesverbandes für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. – ihnen sei an dieser Stelle für ihre Mühe noch einmal ausdrücklich gedankt!

## 7.3 Ergebnisse

Das Resultat dieses Arbeitsschritts waren ein fast vollständiger Satz überarbeiteter Materialbausteine und eine ganz neu entwickelte diagnosegruppenspezifische Broschürenreihe, die nach unserem Wissen deutschlandweit einmalig ist.

Aus der Überarbeitung ausgenommen wurden lediglich zwei Module:

- Das **Anschreiben** an die Patienten für die Einladung zur Reha, da dieses für jeden Patienten individuell durch das Patientenverwaltungssystem generiert wird und es sehr kostenintensiv ist, die vorhandenen Textbausteine zu verändern.
- Und die **Broschüre „Herzlich Willkommen im Reha-Klinikum Bad Rothenfelde“**, der so genannte Hausprospekt, da diese bereits vor Re.In professionell gestaltet war und keiner Überarbeitung bedurfte.

### 7.3.1 Überarbeitetes Material

In einer überarbeiteten Version liegen nun vor:

- **Der „Anreisebogen“ (8 Seiten)**

vormals „Beleg Rückantwort“ und „Beleg RK“. Der Anreisebogen liegt in verschiedenen Varianten vor, die auf den jeweiligen Kostenträger der Reha abgestimmt sind. Alle enthalten die wichtigsten persönlichen Daten des Patienten sowie Angaben zu seiner Anreise. Diese werden von der Patientenverwaltung für die interne Organisation benötigt, deshalb soll dieser Bogen bereits vor der Reha an die Klinik Münsterland zurückgeschickt werden. Weiterhin enthält der Anreisebogen zwei Seiten mit Fragen zum seelischen Befinden, die in die Patientenakte gelegt werden.

- **Das Falblatt „Wichtiges für Ihren Aufenthalt – Praktische Tipps und Informationen“ (8 Seiten)**

vormals „Information für Patienten“. Dieses Falblatt beinhaltet ausführliche Listen, die als Checklisten für die konkrete Vorbereitung der Reha genutzt werden können, sowie einige nützliche Kurzinformationen zum generellen Ansatz der modernen Reha, zu Infrastruktur und Dienstleistungen, die für den Alltag während des Aufenthaltes nützlich sind, sowie zu finanziellen Fragen.

- **Der „Arztbogen“ (16 Seiten)**

vormals „Ärztlicher Aufnahmebogen“. Dieser Bogen umfasst die wichtigsten Angaben des Patienten zu seinem Gesundheitszustand und seiner Krankengeschichte. Er ist an der Diktiervorlage für den Aufnahmebericht orientiert

und soll bei der pflegerischen Aufnahme abgegeben werden, so dass er zur ärztlichen Aufnahme vorliegt und dazu als Grundlage genutzt werden kann. Diesen Bogen haben wir inhaltlich verschlankt und viele Freitext-Angaben durch Multiple-Choice-Fragen ersetzt, so dass die Patienten weniger schreiben und die Ärzte weniger lesen müssen.

- **Der „Wegweiser von A-Z“ (32 Seiten)**

Vormals „Herzlich Willkommen bei uns in der Klinik Münsterland. A-Z“. Dieser Wegweiser wird den Patienten nicht vor Beginn der Reha zugeschickt, sondern liegt auf den Zimmern aus. Zu Projektbeginn war er als Ordner konzipiert, der durch den Austausch einzelner Seiten immer wieder aktualisiert werden konnte; er sollte auf dem Zimmer verbleiben. Nach der Überarbeitung liegt auch er als handliche, deutlich leichtere Broschüre vor, die auch mit nach Hause genommen werden darf. Diese Broschüre dient dazu, den Patienten nach dem Vorbild eines Lexikons über kurze Texte zu alphabetisch geordneten Stichworten schnell Antworten auf häufige Fragen zu geben. Ergänzt werden diese durch einen Anhang, in dem Informationen zu verschiedenen sicherheitsrelevanten Themen, zu Klinikseelsorge, ein kurzer Text zu Bad Rothenfelde, ebenfalls neu gestaltete Hauspläne und die Kanalbelegung des Fernsehers zu finden sind.

Die Materialien in der von uns erarbeiteten Endfassung werden dem VFR zeitgleich mit dem Bericht im pdf-Format übersandt.

Ursprünglich war geplant, in der Evaluation das gesamte „alte“ dem gesamten „neuen“ Material gegenüberzustellen. Da sich dieses jedoch aus unterschiedlichen Gründen als nicht praktikabel erwiesen hat, haben wir das gesamte nur überarbeitete Material aus der Evaluation herausgenommen und direkt nach der Entwicklung der Klinik übergeben, die von da an unabhängig vom Projekt über die Verwendung entscheiden oder auch weitere Veränderungen vornehmen konnte.

### **7.3.2 Die neu entwickelte Broschürenreihe „Informationen über Ihre Rehabilitation“**

Ganz neu entwickelt haben wir die diagnosegruppenspezifisch einzusetzende Broschürenreihe „Informationen über Ihre Rehabilitation“. Sie besteht aus fünf Broschüren, die sich jeweils an die Patienten einer Hauptdiagnosegruppe der Klinik Münsterland richten:

- **Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten mit Rückenschmerzen (28 Seiten)**
- **Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten nach Operationen an der Wirbelsäule (36 Seiten)**

- **Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten mit Verschleiß (32 Seiten)**
- **Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten nach Gelenkersatz (32 Seiten)**
- **Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten nach Amputationen (32 Seiten)**

Diese Broschüren dienen dazu, den Patienten gezielte Informationen über zu erwartende Inhalte ihrer Reha an die Hand zu geben und diese schlüssig zu begründen, so dass sie bereits frühzeitig realistische Erwartungen an die Maßnahme entwickeln können. Die spezielle Ausrichtung auf jeweils nur eine Diagnosegruppe ermöglicht dabei eine relativ differenzierte, passgenaue Aufbereitung der Inhalte bei vergleichsweise schlankem Äußerem.

Der grundsätzliche Aufbau der Broschüren ist immer gleich: Auf einen kurzen Einleitungstext folgt ein Inhaltsverzeichnis. Der inhaltliche Teil beginnt damit, dass sich der jeweilige Musterpatient in wörtlicher Rede und mit Bild vorstellt („Gestatten, mein Name ist...“). Anschließend folgt ein Abschnitt mit grundlegenden Informationen über die jeweilige Erkrankung sowie eine Darstellung und Begründung allgemeiner Behandlungsprinzipien einschließlich moderner Reha-Maßnahmen („Wissenswertes über...“). Der zweite große Abschnitt widmet sich der konkreten zu erwartenden Maßnahme in der Klinik Münsterland („Ihre Behandlung in der Klinik Münsterland“). Dieser beginnt noch eher allgemein mit der Darstellung des bio-psycho-sozialen Modells als Grundlage des multimodalen Behandlungsansatzes und informiert den Patienten über die Bedeutung und sinnvolle Formulierung von Reha-Zielen als handlungsleitende Motivationsfaktoren. Anschließend folgen die Informationen dem chronologischen Ablauf einer Reha. Dargestellt und erläutert werden die umfassende Diagnostik in der Klinik Münsterland und der Ablauf am Aufnahmetag sowie die Betreuung durch ein ganzes Team von Spezialisten während der Reha und ein beispielhafter Behandlungsplan für einen Patienten der entsprechenden Diagnosegruppe. Abschließend wird ein kurzer Ausblick auf die Zeit nach der Reha gegeben, die Eigenverantwortung des Patienten dafür betont und auf Möglichkeiten der Nachsorge hingewiesen. Mit einer freundlichen vorübergehenden Verabschiedung vom Leser und dem Leitbild der Klinik auf der letzten Seite enden die Broschüren.

Die folgenden Abbildungen zeigen beispielhaft Ausschnitte aus der Broschüre „Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen“, die gesamten Broschüren sind auf der Website der Klinik unter dem Menüpunkt „Broschüren“ einsehbar (<http://www.klinik->

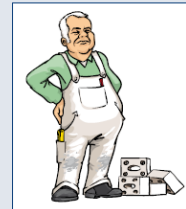
[muensterland.de/WFKL/de/Navigation/klinikbroschuere\\_node.html;jsessionid=4AB68F882D166918920571155FCA7B62.cae04](http://muensterland.de/WFKL/de/Navigation/klinikbroschuere_node.html;jsessionid=4AB68F882D166918920571155FCA7B62.cae04)).

„Gestatten, mein Name ist Kurt.“

*„Gestatten, mein Name ist Kurt. Kurt Kreuzschmerz. Ich bin 47 Jahre alt und verheiratet. Unsere Tochter ist inzwischen erwachsen und lebt im Nachbarort. Die ist aus dem Größten raus.“*

*Was meine Krankheit angeht: Ich hab' seit zehn Jahren Rückenschmerzen. Zum Glück musste ich noch nicht operiert werden, aber mein Beruf als Maurer fällt mir inzwischen schon schwer. Bei Wind und Wetter auf der Baustelle, da fängt man sich ja schon mal was ein. Und dann noch bei dem Stress heutzutage! Kein Wunder, dass ich mich da immer wieder mal krankschreiben lassen muss, weil ich mich nicht bewegen kann. Am besten hilft dann erst mal ab aufs Sofa mit einer Wärmflasche und einer Schmerztablette.*

*Nun bin ich mal gespannt, was die Reha bringt, und möchte mit Ihnen zusammen auf Entdeckungsreise durch diese Informationsbroschüre gehen.“*



Wissenswertes zum Thema Schmerz

### „Schmerz, lass nach!“

„Schmerz, lass nach!“ – ist das auch einer Ihrer größten Wünsche? Vermutlich leiden Sie – wie unser Kurt – schon längere Zeit unter Rückenschmerzen. Wahrscheinlich waren Sie bei verschiedenen Ärzten, haben Medikamente und Spritzen bekommen und Krankengymnastik gemacht. Und doch ist der Schmerz

*„Was ich nicht schon alles versucht habe...“*



immer noch da, mischt sich in Ihr Leben, stört und nervt, unsichtbar und doch so mächtig. Vielleicht haben Sie nur ab und zu mit ihm zu tun, vielleicht jeden Tag. Aber: Kennen Sie ihn eigentlich? Wissen Sie, wie er entsteht, was er will? Warum er Sie nicht endlich in Ruhe lässt? – Das ist wichtig, denn je besser man jemanden kennt, umso besser kann man mit ihm ins Geschäft kommen! Dabei möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre und bald in Ihrer Reha helfen. Wir möchten mit Ihnen zusammen einen guten Weg für Sie suchen und Sie ein Stück begleiten. Dennoch: Gehen müssen Sie letztlich selbst!

„Schmerz, lass nach!“



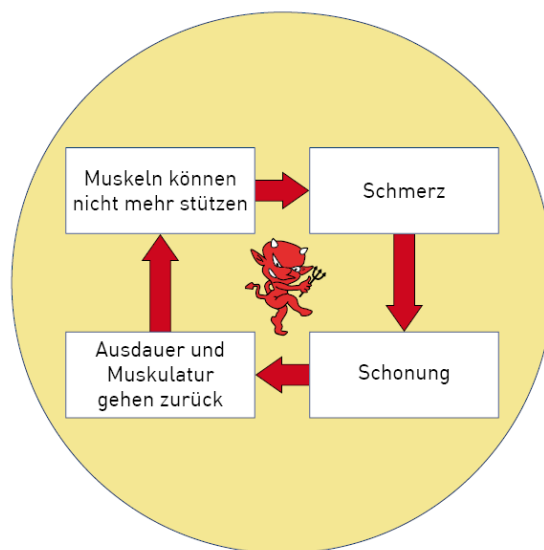


Abbildung: Die Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen – der Teufelskreis der Dekonditionierung

**Multiprofessionelle Therapie – multimodale Behandlung**

Das bio-psycho-soziale Modell bildet in vielen modernen Schmerzzentren, auch in der Klinik Münsterland, die Grundlage für die Diagnostik und die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Das bedeutet, dass wir versuchen, Sie als ganzen Menschen in Ihrem individuellen Lebensumfeld wahrzunehmen – und nicht nur als „den Rücken von Zimmer 304“.

Praktisch sieht das so aus, dass Sie von einem ganzen Team von Mitarbeitern verschiedener Berufe begleitet und betreut werden. Dazu gehören vor allem Ärzte, Pflegekräfte sowie Sport-

und Physiotherapeuten. Bei Bedarf kommen noch Ergotherapeuten, Psychologen, Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes und Diätassistentinnen dazu. Alle Mitarbeiter sind Spezialisten auf ihrem Gebiet. Gemeinsam versuchen wir, mit Ihnen zusammen Ihren Schmerzen auf die Spur zu kommen und Abhilfe zu schaffen. Oder zumindest einen Weg zu finden, wie Sie mit Ihren Schmerzen besser leben können. Diese Herangehensweise nennt man multiprofessionelle Therapie. Eine Behandlung, die aus vielen unterschiedlichen Bausteinen besteht, heißt multimodale Behandlung. Beides wird seit Jahren in der Klinik Münsterland erfolgreich umgesetzt.

Multiprofessionell,  
multimodal



„So viele kümmern sich um mich?!“



Egal, wie gut Ihre Ziele zu den Zielen der anderen Beteiligten passen – Sie werden auf jeden Fall zu Beginn der Reha danach gefragt werden. Allein deshalb lohnt es sich sicherlich, sich schon einmal frühzeitig Gedanken zu machen.

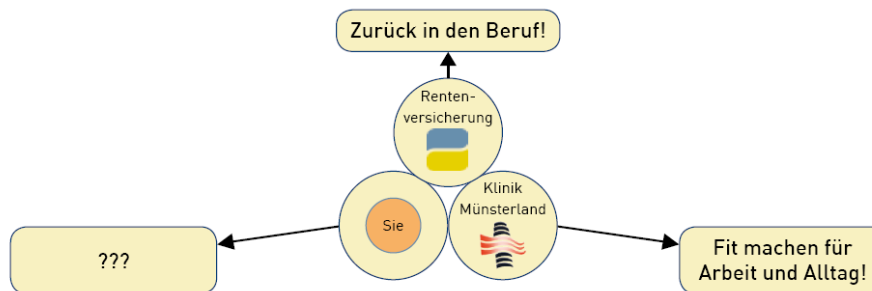


Abbildung: 3 Beteiligte – 3 Ziele?!

Ihre Behandlung in der Klinik Münsterland

**Ganz konkret: Der erste Tag**

**Anreise**

Grundsätzlich können Sie mit der Bahn oder dem eigenen PKW anreisen. Da auf dem Klinikgelände nur begrenzter Parkraum zur Verfügung steht, bitten wir Sie, das Auto möglichst zu Hause zu lassen und die Bahn zu nutzen. Wir holen Sie gern vom Bahnhof Dissen/Bad Rothenfelde ab. Sollten Sie Probleme beim Tragen Ihres Gepäcks haben, empfehlen wir Ihnen den Gepäckservice der Deutschen Bahn AG.



**Ankunft/Rezeption**

Bitte organisieren Sie Ihre Anreise so, dass Sie relativ früh hier sind, damit für alles, was am ersten Tag anliegt, genügend Zeit bleibt. Reisen Sie aus einem Umkreis von 40 Kilometern an, sollten Sie spätestens um 9:00 Uhr bei uns angekommen sein. Haben Sie einen weiteren Weg, erwarten wir Sie spätestens um 10:00 Uhr. Bitte melden Sie sich als erstes an der Rezeption!

**Mit dem Patientenservice unterwegs: Die wichtigsten Stationen im Haus und der Weg aufs Zimmer**

An der Rezeption werden Sie anschließend von einem Mitarbeiter des Patientenservices abgeholt. Er zeigt Ihnen die wichtigsten Einrichtungen: Ihr Postfach, in dem Sie später Ihre Therapiepläne finden werden, den Speisesaal und einen Trinkbrunnen, an dem Sie kostenlos frisches Sprudelwasser zapfen können. Anschließend bringt der Patientenservice Sie mitsamt



**Das Programm Rückenfit (RF)**

Auch das Programm „Rückenfit“ (RF) setzt auf Training als maßgeblichen Kern der Reha. Dieses zweiwöchige Programm richtet sich jedoch an Patienten, die neben den körperlichen Problemen auch psychisch oder sozial spürbar belastet sind. Deshalb werden die aktiven Einheiten ergänzt durch Einheiten, die von Mitarbeitern des Psychologischen Dienstes und des Sozialdienstes und von den Oberärzten geleitet werden.



„Rückenfit“: der ganzheitliche Ansatz

*„Ich glaub, das wär was für mich. Wenn ich da lernen könnte, mit dem Stress besser klarzukommen, wär' das schon gut.“*



- Insgesamt warten folgende Einheiten vielleicht auch auf Sie:
- Eine Einführungssitzung mit dem sportlichen und dem psychologischen Leiter der Gruppe
  - 5 sportliche Einheiten, die jeweils unter einem Motto stehen (zum Beispiel „Mit eigenen Kräften umgehen“, „Im Gleichgewicht sein“)
  - 5 psychologische Einheiten zu verschiedenen Themen wie „Schmerzbewältigung“ oder „Stressbewältigung“. In diesen Einheiten ist immer ein Entspannungstraining integriert.
  - 2 Einheiten zum Thema Berufliche Orientierung
  - 4 Einheiten Aquafitness
  - 4 Einheiten Übungen mit dem Theraband
  - Eine Bilanzsitzung, die wieder von den beiden Gruppenleitern gemeinsam moderiert wird.

Ihre Behandlung in der Klinik Münsterland

Klinik Münsterland		Behandlungsplan	
Aufnahme:	Mittwoch, 30. Mai	Zimmer:	E349
Entlassung:	Dienstag, 19. Juni	Station:	6
Termine für die	23. KW		
<b>Beginn</b>	<b>Leistung</b>		
<b><u>Termine für Montag, 4. Juni</u></b>			
07:30 Uhr	Interferenzstrom	_____	_____
08:15 Uhr	Visite	_____	_____
10:15 Uhr	RF-Aqua	_____	_____
12:00 Uhr	Mittagessen	_____	_____
12:45 Uhr	Med. Trainingstherapie	_____	_____
14:00 Uhr	RF-Schulung Genuss	_____	_____
15:30 Uhr	Berufliche Orientierung	_____	_____
<b><u>Termine für Dienstag, 5. Juni</u></b>			
08:30 Uhr	Fangopackung	_____	_____
10:15 Uhr	RF	_____	_____
12:00 Uhr	Mittagessen	_____	_____
12:45 Uhr	Vortrag Ernährung	_____	_____
14:30 Uhr	Rückenschule	_____	_____
15:45 Uhr	RF-Thera	_____	_____
<b><u>Termine für Mittwoch, 6. Juni</u></b>			
08:30 Uhr	RF-Aqua	_____	_____
09:40 Uhr	Interferenzstrom	_____	_____



**Nach der Reha: Und wie geht's weiter?**

Ihre Reha geht dem Ende entgegen. Hoffentlich hatten Sie eine gute Zeit bei uns. Hoffentlich haben Sie nette Menschen kennengelernt, Interessantes über Ihre Krankheit und sich selbst erfahren, viel trainiert und sich trotzdem ein bisschen entspannt. Nun geht es ab nach Hause und alles ist wieder wie vorher, nur besser? Na, hoffentlich nicht! Denn wenn Sie alles wieder so machen wie vor der Reha, wird es Ihnen möglicherweise auch bald wieder so schlecht gehen wie vor der Reha. Und das wäre doch schade, oder?

*„Jetzt weiß ich, der Verschleiß wird nicht mehr besser. Aber ich weiß auch, was ich tun muss, damit's nicht wieder schlimmer wird: Mehr Mucki-Bude, weniger Chips. Hoffentlich kriege ich das hin!“*



Nach unserem Verständnis ist die stationäre Reha vor allem dazu da, herauszufinden, mit welchen Mitteln man im Einzelfall wirklich weiterhelfen kann. Denn in diesem Bereich haben wir sehr viel mehr Möglichkeiten als Ihr Hausarzt oder Ihr niedergelassener Orthopäde. Wir konnten mit Ihnen zusammen Verschiedenes ausprobieren und schauen, was Ihnen gut getan hat. Nun ist es Ihre Aufgabe, das, was sich bewährt hat, auch weiterzuführen, die eine oder andere Lebensgewohnheit zu verändern. Nun, mit der Entlassung,

geben wir die Verantwortung für Ihre Gesundheit wieder an Sie zurück. Somit ist die Entlassung aus der Reha nicht das Ende der Reha, sondern der Startschuss für Ihre Eigeninitiative!

Es ist noch nicht vorbei!



Wir haben zusammen ausprobiert – weitermachen müssen Sie selbst!

Nachsorge – auch die Begleitung kann weitergehen.



**Abbildung 8: Ausschnitte aus der Broschüre "Informationen über Ihre Rehabilitation für Patienten mit Rückenschmerzen"**

Die diagnosegruppenspezifischen Broschüren wurden im Verlauf des Projektes erstmalig den Patienten zugeschickt, deren Reha-relevante Diagnose in die entsprechende Gruppe fiel. Auch nach dem Abschluss der Datenerhebung für das Projekt sind sie nach der Erweiterung des Copyrights für Abbildungen aus fremden Quellen im Einsatz geblieben und sollen aufgrund der ausgesprochen positiven Resonanz auf Seiten der Patienten (vgl. Kap. 8.3.2.1 und 8.3.2.2) auch weiterhin als klinikinterner Standard verschickt werden.

## 7.4 Diskussion

Insgesamt gestaltete sich die Überarbeitung des vorhandenen Materials recht mühsam. Wir hatten uns vorgenommen, die einzelnen Teile des Materials besser aufeinander abzustimmen, sprachlich, inhaltlich und in der Form zu vereinheitlichen,

zu vereinfachen und möglichst zu verschlanken. Zu Beginn des Projektes waren wir uns allerdings nicht bewusst, welchen Umfang das in der Klinik eingesetzte Material für die Patienten aufweist. Weiterhin standen unserem Vorhaben an einigen Stellen die Erfordernisse des Klinikalltags und seiner Abläufe entgegen. So war es uns beispielsweise nicht möglich, Redundanzen in den patientenseitigen Angaben zu verhindern, da zum Teil aufgrund der Abläufe die gleiche Information gleichzeitig an verschiedenen Stellen und damit auf verschiedenen Formularen benötigt wird. Auch ist es uns aus diesem Grund nicht gelungen, die Anzahl der Unterlagen deutlich zu reduzieren und das Gesamtpaket auf diese Weise übersichtlicher zu gestalten.

Eine weitere Hürde, der wir uns im Vorfeld nicht bewusst waren, bestand in der Tatsache, dass manche Materialien in kurzen Abständen immer wieder aktualisiert werden müssen. Dieses erfordert eine ständige Aktualisierung des Vorhandenen, so dass die Unterlagen nie als fertig gelten können. Dazu kam, dass Veränderungen, die eine Anpassung der Materialien nötig machen, in der Regel zwar Mitarbeitern der Klinikverwaltung bekannt waren, aber nicht zwangsläufig zeitnah an uns kommuniziert worden sind.

Auch die Entwicklung der diagnosegruppenspezifischen Broschüren war erheblich aufwändiger und damit zeitintensiver als ursprünglich geplant. Wie beschrieben haben wir uns dafür entschieden, die Arbeit der Informationssuche, des Verfassens und Gestaltens der Broschüren weitgehend auf der Seite der Projektmitarbeiterinnen zu belassen, da sich diese aufgrund ihrer akademischen, aber nicht medizinischen Ausbildung und eigenen Erfahrung mit einer orthopädischen Reha-Maßnahme näher am Standpunkt der Patienten befinden und eher deren Perspektive einnehmen können. So hat Prof. Greitemann lediglich zu Beginn kurze inhaltliche Anstöße gegeben. Im Verlauf der Textentwicklung hat er einzelne konkrete Fragen beantwortet sowie die Entwürfe nach Fertigstellung geprüft und mit Anmerkungen versehen zur Korrektur an die Projektmitarbeiterinnen zurückgegeben und somit eher die Rolle eines Supervisors innegehabt. Der durch diese Vorgehensweise bedingte hohe Aufwand der Entwicklung scheint sich jedoch gelohnt zu haben: Schon sehr schnell nach der Fertigstellung der Broschüren haben wir vielfältige positive Rückmeldungen sowohl von Seiten der Patienten als auch von Seiten der Klinikmitarbeiter und sogar externen Lesern wie einigen anderen Klinikleitern, die die Broschüren aufgrund ihrer Mitgliedschaft im VFR ebenfalls gesehen und deutliches Interesse daran bekundet haben, bekommen. Diese bezogen sich einerseits auf die Auswahl der Inhalte und andererseits auf deren verständliche und interessante, insgesamt kurzweilige Darstellung und wurden ebenfalls in den guten Bewertungen durch die Patienten in der Evaluation bestätigt (vgl. Kap. 8.3.2.1 und 8.3.2.2).

Erwartungsgemäß sehr hilfreich bei der Entwicklung des Materials waren die Anregungen aus der Mediendidaktik. Insbesondere die auf der Personalisierung und dem Storytelling basierende Einführung der Musterpatienten hat uns geholfen, immer

wieder den zum erfolgreichen zielgruppengerechten Schreiben nötigen Perspektivwechsel zu vollziehen. Darüber hinaus sind Kurt Kreuzschmerz, Bärbel Bandscheibe, Volker Verschleiß, Thea Tep und Arne Amputius schnell zu „guten Bekannten“ und in der internen Kommunikation zum plakativen Synonym je nach Kontext für die gesamte Diagnosegruppe oder die jeweilige Broschüre geworden. Auch die drei Amputierten, die den Entwurf der Broschüre für Patienten nach Amputationen gegengelesen hatten, reagieren positiv auf dieses Stilmittel, da es sowohl der Auflockerung dient, als auch die Broschüre persönlicher und konkreter wirken lässt.

Nach unserer Einschätzung haben wir auch diesen Arbeitsschritt trotz der geschilderten Hürden und Schwierigkeiten erfolgreich abschließen können. Da jedoch der Aufwand von Ist-Analyse, Bedarfsanalyse und Erstellung der Broschüren sehr groß war, wäre es ausgesprochen wünschenswert, die daraus resultierenden Erkenntnisse für weitere ähnlich gelagerte Vorhaben, beispielsweise die Entwicklung analogen Materials für anderen Kliniken, nutzen zu können. Bei einer ähnlichen Thematik wäre beispielsweise nur noch eine deutlich reduzierte Bedarfsanalyse nötig – vermutlich würden ein Gespräch mit relevanten Mitarbeitern einer Klinik und gegebenenfalls ein Gespräch mit einer Patientengruppe ausreichen. Ebenso könnten die erarbeiteten Strategien für den grundsätzlichen Aufbau und das Layout solcher Broschüren weiterhin verwendet und die eingesetzte Sprache als Sprachmodell herangezogen werden. Damit wäre es auch möglich, den Aufwand für die Recherche von Informationen zu reduzieren, indem mehr Input beispielsweise von der ärztlichen Klinikleitung gegeben wird. Festhalten würden wir hingegen unbedingt an der Entscheidung, die konkreten Texte durch informierte, aber fachfremde Mitarbeiter entwickeln zu lassen, während Fachleute eher die Rolle von Supervisoren einnehmen sollten.

## **8. Schritt 4: Die Evaluation**

### **8.1 Hintergrund**

Der inhaltliche Hintergrund der Evaluation wurde in den bisherigen Kapiteln bereits ausführlich dargestellt, die Evaluation ist die logische Fortführung der ihr vorangegangenen Arbeiten: Wie vor allem in den Kapiteln 5, 6 und 7 dargestellt, haben wir unser Ziel, möglichst passgenaue Klinikunterlagen für die Patienten der Klinik Münsterland zu entwickeln, sehr ernst genommen und einiges in die Umsetzung investiert. Ob uns das Vorhaben gelungen war, blieb jedoch unklar, so lange wir nicht auf strukturierte Rückmeldungen zurückgreifen konnten. Weiterhin brachte nicht nur die (Weiter-)Entwicklung der Unterlagen einen erheblichen Aufwand mit sich. Der Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren beansprucht langfristig zusätzliche Ressourcen, da sie zu dem bisherigen Material noch dazugekommen sind. Druck- und gegebenenfalls Portokosten steigen, Klinikmitarbeiter müssen für jeden Patienten die Diagnosegruppe festlegen, die entsprechende Broschüre dazulegen und immer wieder für Nachschub sorgen, der wiederum Lagerfläche in Anspruch nimmt. Doch nicht nur auf Seiten des Kostenträgers und der Klinik bedeuten sie Mehraufwand, auch für die Patienten steigt die Belastung vor Beginn der Reha an: Das Materialpaket, das sie vor Beginn der Reha zugeschickt bekommen, wächst um eine weitere Broschüre und die Patienten sind gefordert, noch mehr Zeit in die Vorbereitung der Maßnahme zu investieren, was gerade im Fall sehr kurzfristig eingeladenen Patienten schwierig sein könnte. Es stellt sich also die Frage, ob die von uns vermuteten positiven Effekte des Materials tatsächlich nachweisbar sind und sich der erhöhte Aufwand lohnt. Weiterhin kann eine differenzierte Evaluation häufig Stellen aufzeigen, an denen noch Optimierungspotenzial besteht.

Diesen beiden Fragenkomplexen wollten wir in dem vierten Arbeitsschritt, der Evaluation, unter Einhaltung hoher wissenschaftlicher Standards nachgehen und haben deshalb eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt.

### **8.2 Gesamtes realisiertes Design**

In Kapitel 3.2 haben wir Hypothesen formuliert, die unsere Annahme abbilden, dass eine optimierte Patienteninformation positive Effekte auf Seiten der Patienten, aber

auch auf Seiten der Klinikmitarbeiter hat. Aus diesem Grund sollten auch beide Personengruppen in die Evaluation einbezogen werden, wobei der Schwerpunkt eindeutig auf der Seite der Patienten lag. Im Verlauf des Projektes wurden verschiedene Anpassungen nötig, die in den entsprechenden Abschnitten erläutert werden. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über das gesamte realisierte Design:

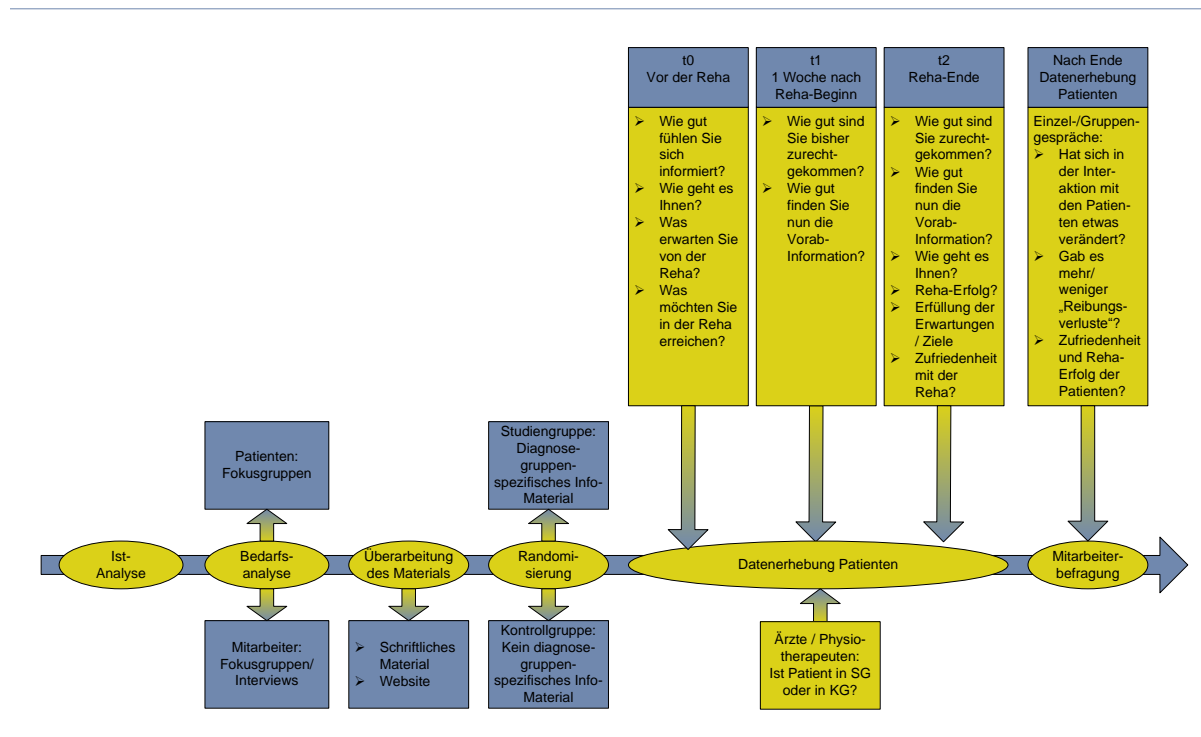


Abbildung 9: Studiendesign Re.In

## 8.3 Patientenseitige Evaluation

### 8.3.1 Methodik

#### 8.3.1.1 Design und Instrumente

Die Evaluation auf Seiten der Patienten war, dem aktuell höchsten wissenschaftlichen Standard entsprechend, als prospektive randomisierte Kontrollgruppenstudie angelegt. Wie bereits in Kapitel 4.4. kurz angerissen, wollten wir ursprünglich die Auswirkungen der gesamten Materialüberarbeitung überprüfen und die Patienten der Studiengruppe mit dem neuen Material ausstatten, während die Patienten der Kontrollgruppe weiterhin das bisher verwendete zur Verfügung

gestellt bekommen sollten. Dieses war jedoch aufgrund verschiedener Gegebenheiten in der Klinik nicht umsetzbar. Zum einen hatte kurz vor Beginn der Datenerhebung eine Umstellung der Software in der Patientenverwaltung stattgefunden. Nun wird das Anschreiben, das zusammen mit der Einladung zur Reha verschickt wird, für jeden Patienten automatisch generiert, so dass es nicht für Studien- und Kontrollgruppe unterschiedlich gestaltet werden kann. Zum zweiten hat sich gezeigt, dass gerade die verwaltungsseitigen Materialien immer wieder zeitnah an sich verändernde Rahmenbedingungen angepasst werden müssen und eine Konstanz der Unterlagen über den Zeitraum der Datenerhebung nicht gewährleistet werden konnte. Aus diesen Gründen haben wir uns dafür entschieden, lediglich die Auswirkungen des Einsatzes der diagnosegruppenspezifischen Broschüren als der stärksten Veränderung zu überprüfen. So bekamen alle Patienten zusammen mit der Einladung zur Reha das überarbeitete Material zugeschickt; die Patienten der Studiengruppe erhielten zusätzlich sowohl die jeweilige diagnosegruppenspezifische Broschüre als auch ein Password, mit dem sie auf äquivalente pdf-Dokumente auf der Klinikwebsite zugreifen konnten, während die Patienten der Kontrollgruppe diese spezifischen Informationen nicht bekamen. Da der Kern des Projektes darin lag, den Patienten frühzeitig relevantes Wissen über ihre Krankheit und deren Behandlung zu vermitteln, um auf diese Weise gegebenenfalls falsche Erwartungen zu korrigieren und die Zufriedenheit mit der Reha wie auch den Reha-Erfolg zu steigern, sind wir davon ausgegangen, dass diese Veränderung im Design die Aussagekraft der Ergebnisse nicht beeinträchtigt. Im Gegenteil: Wird die Komplexität der Intervention reduziert, können Effekte erheblich präziser einer durchgeführten Maßnahme zugeschrieben werden.

Die Untersuchung war längsschnittlich angelegt, ursprünglich hatten wir vier Messzeitpunkte geplant. Aufgrund eines deutlichen Zeitverzugs, dessen Gründe wir in den Zwischenberichten und Verlängerungsanträgen eingehend dargelegt haben, haben wir jedoch auf die Katamnese drei Monate nach Reha-Ende verzichtet. Da die Zufriedenheit der Patienten am Reha-Ende als Hauptzielkriterium definiert war, konnten wir auf diese Weise den zeitlichen und finanziellen Aufwand für die Evaluation erheblich reduzieren, ohne dass die Erhebung eines als zentral definierten Outcome-Parameters angetastet worden wäre. Die verbleibenden Messzeitpunkte waren:

- t0: Vor Beginn der Reha

Die Patienten der Studiengruppe bekamen möglichst zusammen mit der Einladung zur Reha die für sie passende diagnosegruppenspezifische Broschüre zugeschickt. Weiterhin wurde allen eingeladenen Patienten den Klinikunterlagen ein Forschungspaket beigelegt. Dieses bestand aus einer Information über das Projekt mit der Bitte um Teilnahme, einer Einverständniserklärung in zweifacher

Ausfertigung (eine für den Patienten, die andere für uns), dem ersten Fragebogen und einem Rückumschlag, in dem die Patienten den Fragebogen und die Einverständniserklärung von den Klinikunterlagen getrennt kostenfrei an uns zurückschicken konnten. In diesem ersten Fragebogen wurden die Patienten danach gefragt, welche Unterlagen sie von der Klinik erhalten haben, wie sie diese genutzt haben und wie sie sie bewerten würden. In einem zweiten Abschnitt wurden die Erwartungen der Patienten an die Reha erhoben, dieser Teil war inhaltlich eng an den QS-Bogen der Deutschen Rentenversicherung angelehnt und wurde durch eine Frage nach den persönlichen Reha-Zielen ergänzt. Der dritte Abschnitt behandelte den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten. Kerninstrument hierfür war der IRES-min (Gerdes & Jäckel, 1995), der durch Fragen nach der Reha-relevanten Erkrankung und nach vorangegangenen Rehabilitationen ergänzt wurde. Im vierten Abschnitt wurden zentrale Angaben über die aktuelle berufliche Situation und die Schnittstelle zur Gesundheit des Patienten erhoben. Zum Einsatz kamen der SPE (Mittag & Raspe, 2003) sowie einzelne Items aus anderen IRES-Versionen und selbst entwickelte Fragen. Der Fragebogen endete mit den üblichen soziodemographischen Angaben.

- t1: In der Woche nach Reha-Beginn

Alle in der vorangegangenen Woche angereisten Patienten, von denen ein t0-Bogen vorlag, wurden zu einer Informationsveranstaltung zum Projekt eingeladen, die auch im Therapieplan als solche ausgewiesen wurde. An diesem Termin wurde noch einmal das Projekt erläutert; die Patienten konnten sich dazu äußern oder Fragen stellen, und sie bekamen den zweiten Fragebogen ausgehändigt. Diesen konnten sie direkt vor Ort ausfüllen und sofort wieder abgeben oder zusammen mit einem Umschlag mit auf ihr Zimmer nehmen. Haben sie ihn mitgenommen, wurden sie gebeten, ihn innerhalb der nächsten drei Tage auszufüllen und in dem Umschlag in eine an der Rezeption aufgestellte Sammelurne zu werfen.

Dieser zweite Fragebogen war kürzer als der erste. In ihm wurden die Patienten gebeten, im Lichte ihrer ersten Erfahrungen noch einmal kurz die Informationsmaterialien sowie ihren eigenen Informationsstand zu Beginn der Reha zu beurteilen. Es folgten Fragen nach dem Start in die Maßnahme und die Bitte um eine erste Einschätzung verschiedener Merkmale der Zufriedenheit. Da bei manchen Patienten eine recht lange Zeit zwischen der Einladung zur Reha und dem Beginn der Maßnahme liegen kann, wurden noch einmal die Angaben zum Gesundheitszustand und zur beruflichen Situation abgefragt.

Dieser Messzeitpunkt wurde von den Patienten immer wieder in Frage gestellt, weil sie meinten, zu so einem frühen Zeitpunkt noch keine validen Aussagen über die Reha treffen zu können. Wir haben uns jedoch bewusst dafür entschieden, weil kurz nach Beginn der Maßnahme die Erwartungen der Patienten auf die

Realität getroffen sind. Genau dann ist es am besten möglich, die Deckungsgleichheit von beiden zu beurteilen, ohne dass Gewöhnungs- und Lerneffekte oder innerpsychische Prozesse wie die Reduktion kognitiver Dissonanz durch die Veränderung von Einstellungen und Bewertungen die Ergebnisse in erheblichem Ausmaß verfälschen.

- t3: Reha-Ende

Am Donnerstag vor der geplanten Abreiseweche wurde den Patienten der dritte Fragebogen zusammen mit einem Anschreiben und einem Rückumschlag an uns in ihr Klinikpostfach gelegt. Diesen sollten sie am Wochenende vor ihrer Entlassung ausfüllen und noch vor der Abreise in dem Umschlag in die Sammelurne an der Rezeption werfen.

In diesem Fragebogen wurde noch einmal die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Informationsstand zu Beginn der Reha abgefragt. In einem zweiten Abschnitt wurden die Patienten gebeten, ein weiteres Mal ihre Reha-Ziele und deren Erfüllungsgrad anzugeben sowie ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Reha nach Maßgabe des QS-Bogens der Deutschen Rentenversicherung zu beurteilen. Wieder wurden der aktuelle Gesundheitszustand erhoben und die Schnittstelle zwischen Arbeit und Gesundheit thematisiert.

Geplant war weiterhin, aus den Patientenakten Informationen darüber zu entnehmen, bei welchem Prozentsatz der verordneten Anwendungen die Patienten jeweils unentschuldig gefehlt haben. Da es uns jedoch aufgrund einer während der Projektlaufzeit erlassenen Verschärfung der Datenschutzrichtlinien für die Patienten nicht mehr gestattet war, auf die entsprechenden Unterlagen zuzugreifen, konnten wir diesen objektiven Indikator für Behandlungsmotivation leider nicht nutzen.

### **8.3.1.2 Zuordnung zu den Gruppen und Versendung des Materials**

Für die Realisierung des Designs lag der erste wichtige Schritt in der Zuordnung der Patienten zu den Diagnosegruppen. Diese leisteten die Oberärzte, die den Akten einzuladender Patienten die Reha-relevante Diagnose entnahmen und diese Information anhand eines kurzen Formulars an uns weitergaben. Wir nahmen dann innerhalb der Diagnosegruppe mit Hilfe vorbereiteter Randomisierungslisten die Zuordnung der einzelnen Patienten zu Studien- und Kontrollgruppe vor (stratifizierte Randomisierung). Die Randomisierungslisten wurden bereits im Vorfeld extern durch eine Mitarbeiterin des Methodenzentrums in Bielefeld erstellt.



Wurden die Patienten dann zur Reha eingeladen, legten wir dem Materialpaket der Klinik möglichst das oben beschriebene Forschungspaket mit den jeweils passenden Unterlagen bei. Dabei wurden Patienten, deren Reha-relevante Diagnose nicht in eine der fünf Hauptdiagnosegruppen fiel und die folglich nicht randomisiert werden konnten, wie Kontrollgruppenpatienten behandelt. Bei sehr kurzfristig eingeladenen Patienten kam es vor, dass die Unterlagen der Klinik verschickt werden mussten, bevor uns die Information über die passende Diagnosegruppe und damit auch die Grundlage für die Randomisierung vorlag. In diesen Fällen haben wir das entsprechende Forschungspaket möglichst zeitnah in einer weiteren Sendung an die Patienten geschickt. War auch das nicht mehr möglich, haben wir von einer Zusendung des Forschungspaketes abgesehen.

### **8.3.1.3 Stichprobe**

In die Datenerhebung sollten konsekutiv alle Patienten der Klinik Münsterland, die im ersten Halbjahr 2014 eine Einladung zur Reha von der Klinik Münsterland bekommen und bis Mitte Juli 2014 anreisen, einbezogen werden. Ausgenommen wurden lediglich Versicherte der DRV Bund. Da alle Patienten gedrucktes Informationsmaterial zugeschickt bekommen und deshalb auch potenzielle Empfänger des überarbeiteten Materials und der diagnosegruppenspezifischen Broschüren sind, haben wir keine weiteren Ausschlusskriterien definiert.

Ursprünglich war die Datenerhebung auf einen Zeitraum von 11 Monaten angelegt, die einen optimalen Stichprobenumfang von jeweils 310 vollständigen Datensätzen in Studien- und Kontrollgruppe sicherstellen sollte. Dieser wäre bei festgelegten Fehlerwahrscheinlichkeiten von  $\alpha=0,05$  und  $\beta=0,10$  für den Nachweis kleiner Effekte von  $d=0,2$  nötig (Bortz & Döring, 2006, S. 628). Da wir jedoch den Erhebungszeitraum auf 6 Monate reduzieren mussten, haben wir versucht, durch erhöhte Investitionen in die Rücklaufquote diesem Ziel möglichst nahe zu kommen.

Tatsächlich wurden alle Patienten, von denen die Klinik Münsterland in dem Zeitraum zwischen der 2. und der 28. Kalenderwoche 2014 Unterlagen zur Vorbereitung einer Reha vom Kostenträger oder einer überweisenden Stelle erhalten hat, und deren Reha nicht von der DRV Bund finanziert wurde, in die Evaluation eingeschlossen. In diesem Zeitraum haben die Oberärzte 1557 Patienten einer Diagnosegruppe zugewiesen, diese Patienten haben wir dann randomisiert. Die folgende Abbildung zeigt den Verbleib dieser Patienten im Lauf der Erhebung auf.

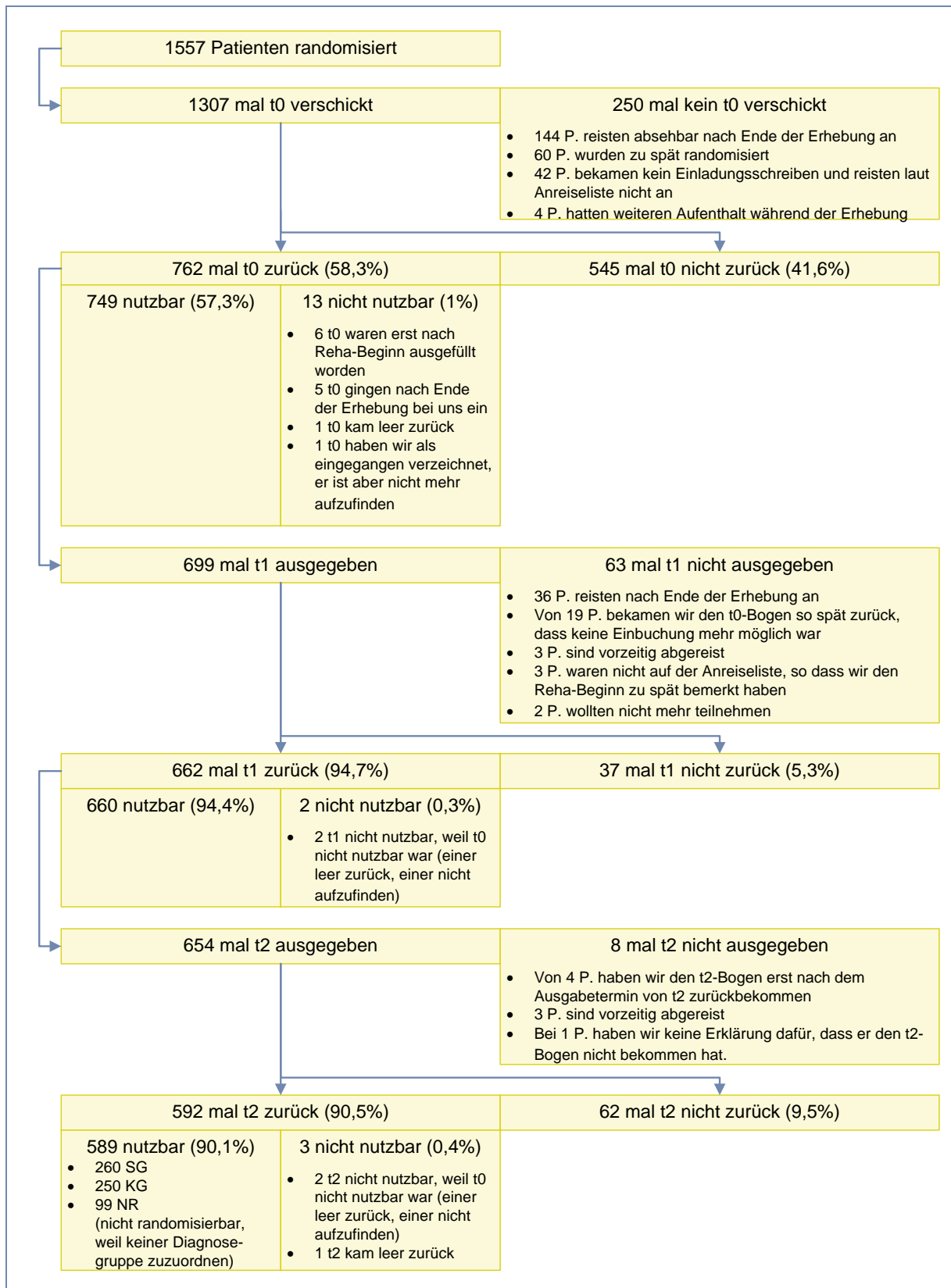


Abbildung 10: Verbleib der randomisierten Patienten

Die folgenden Ausführungen zur Stichprobe beziehen sich auf die Gruppe der 510 nutzbaren randomisierten Probanden, von denen vollständige Datensätze vorliegen.

Abbildungen zur weiterführenden Auswertungen können auf Anfrage gern zur Verfügung gestellt werden.

Von diesen Probanden waren 339 (66%) männlich und 171 weiblich (34%), der Altersdurchschnitt lag bei 53,3 Jahren (SD=10,4; Min=22; Max=83). Die mit Abstand meisten Probanden waren verheiratet oder lebten in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (n=361; 71%), 31 (6%) lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft. 6 Probanden (1%) lebte getrennt, 52 (10%) waren geschieden und 17 (4% verwitwet); von 6 Probanden (1%) fehlt diese Angabe.

Der höchste Schulabschluss war in den meisten Fällen ein Hauptschulabschluss (n=274; 54%), gefolgt von der mittleren Reife (n=116; 23%). Einen höheren Abschluss hatten 93 Probanden (18%), 9 Probanden (2%) hatten eine Sonder- oder Förderschule abgeschlossen und 6 (1%) hatte zur Zeit der Befragung noch keine Schulausbildung abgeschlossen.

Auf diesem Hintergrund gestalten sich die Angaben zur höchsten abgeschlossenen Berufsausbildung erwartungsgemäß: 227 Probanden (45%) hatten eine Lehre abgeschlossen, 90 (18%) eine beruflich-schulische Ausbildung und 70 (14%) einen Abschluss an einer Fach-, Meister- oder Technikerschule absolviert. 39 Probanden (7%) konnten einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss vorweisen, 22 (4%) hatten einen anderen Abschluss gemacht, 48 (9%) fehlte eine Berufsausbildung und von 14 Probanden (3%) haben wir keine Angabe erhalten.

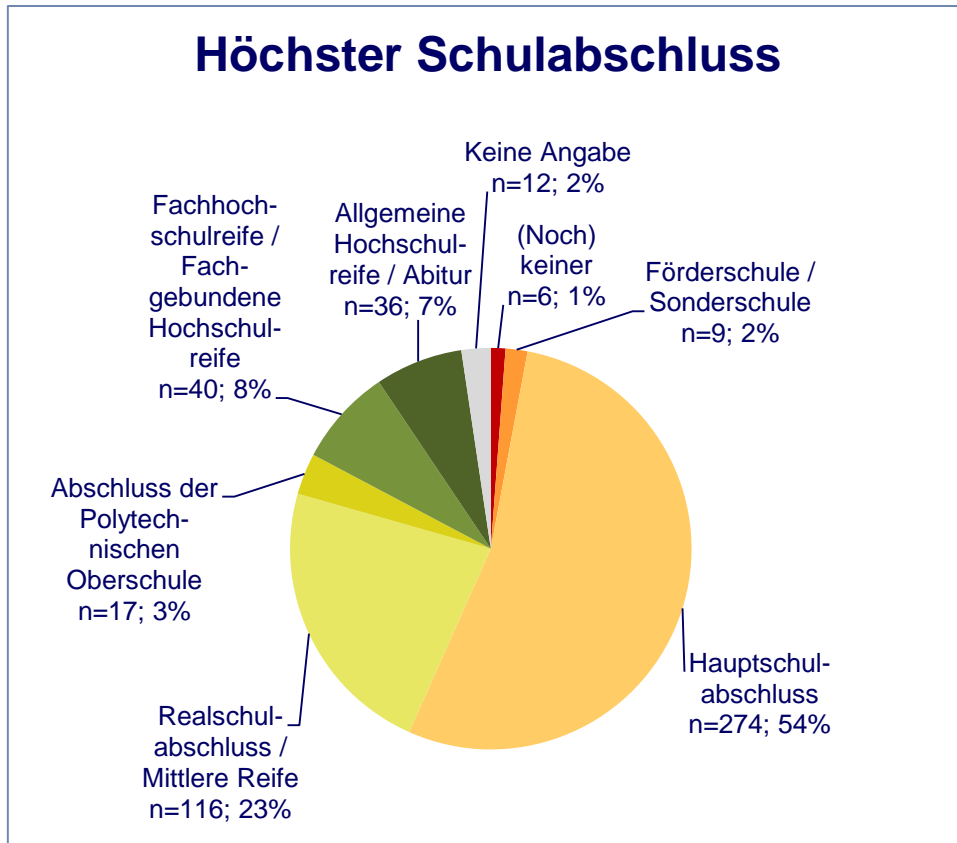


Abbildung 11: Stichprobenbeschreibung (n=510): Höchster Schulabschluss

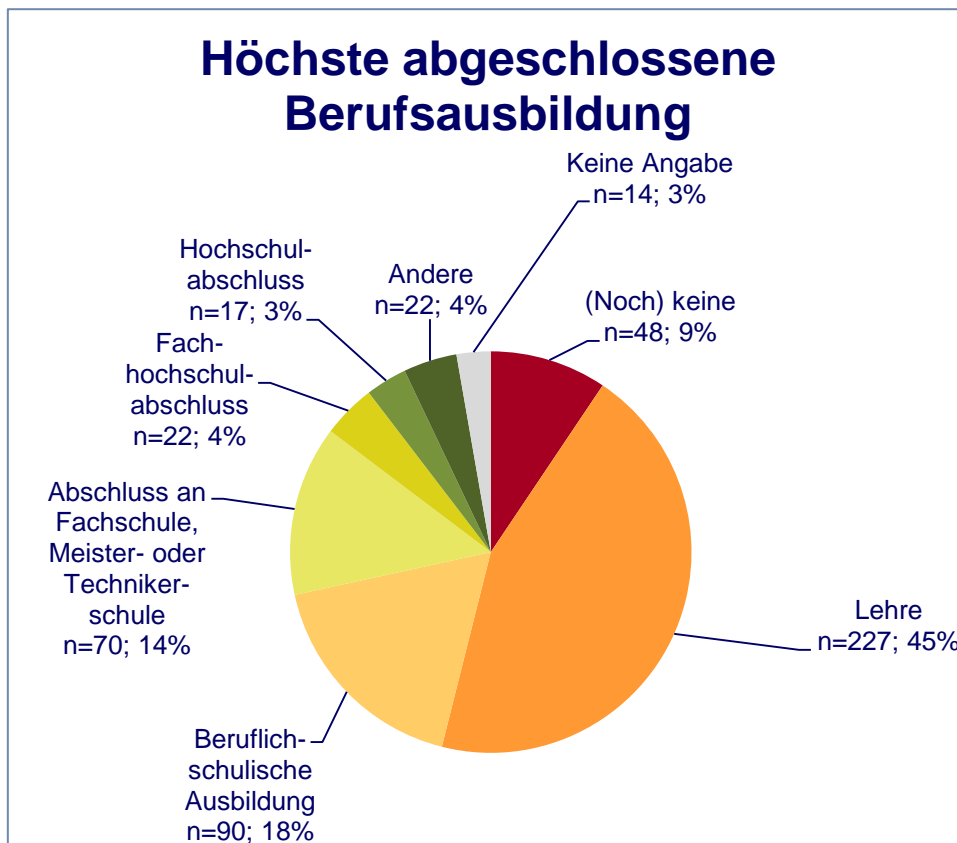


Abbildung 12: Stichprobenbeschreibung (n=510): Höchste abgeschlossene Berufsausbildung

Erwartungsgemäß fiel die häufigste Reha-relevante Diagnose in die Hauptdiagnosegruppe chronischer Rückenschmerz (n=293; 39%), gefolgt von Gelenkersatz (n=157; 21%), und Operationen an der Wirbelsäule (n=115; 15%). Verschleiß und Zustand nach Amputationen hingegen waren mit 64 und 21 Patienten (9% respektive 3%) erheblich seltener.

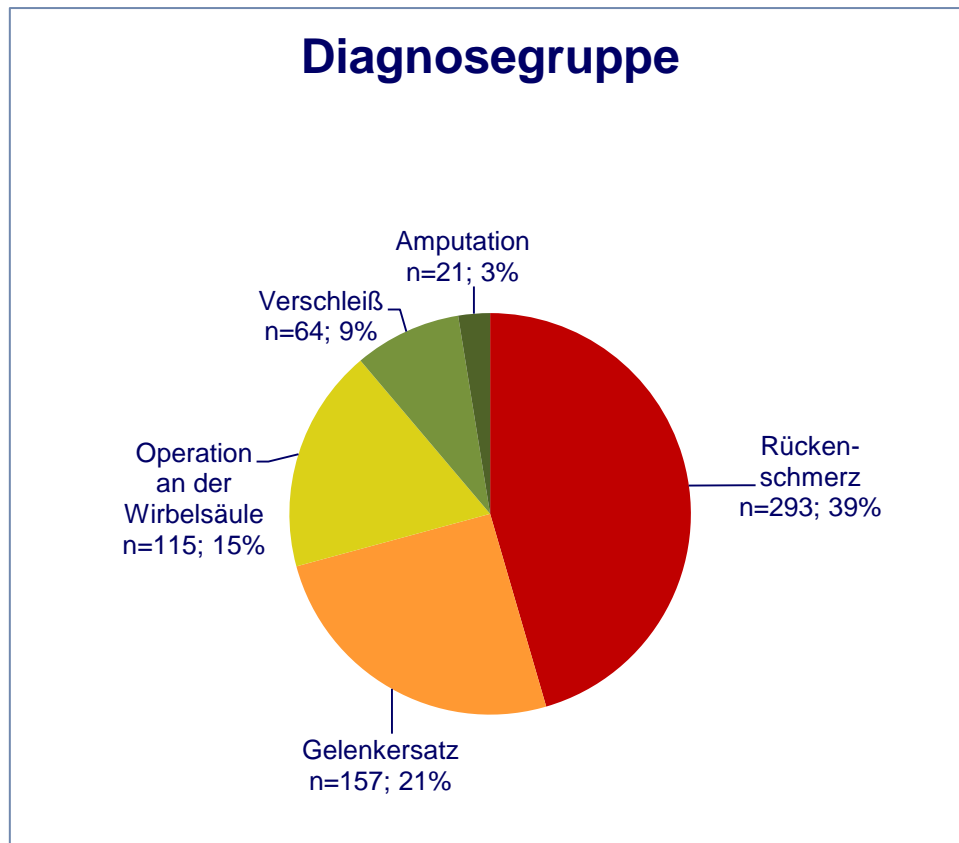
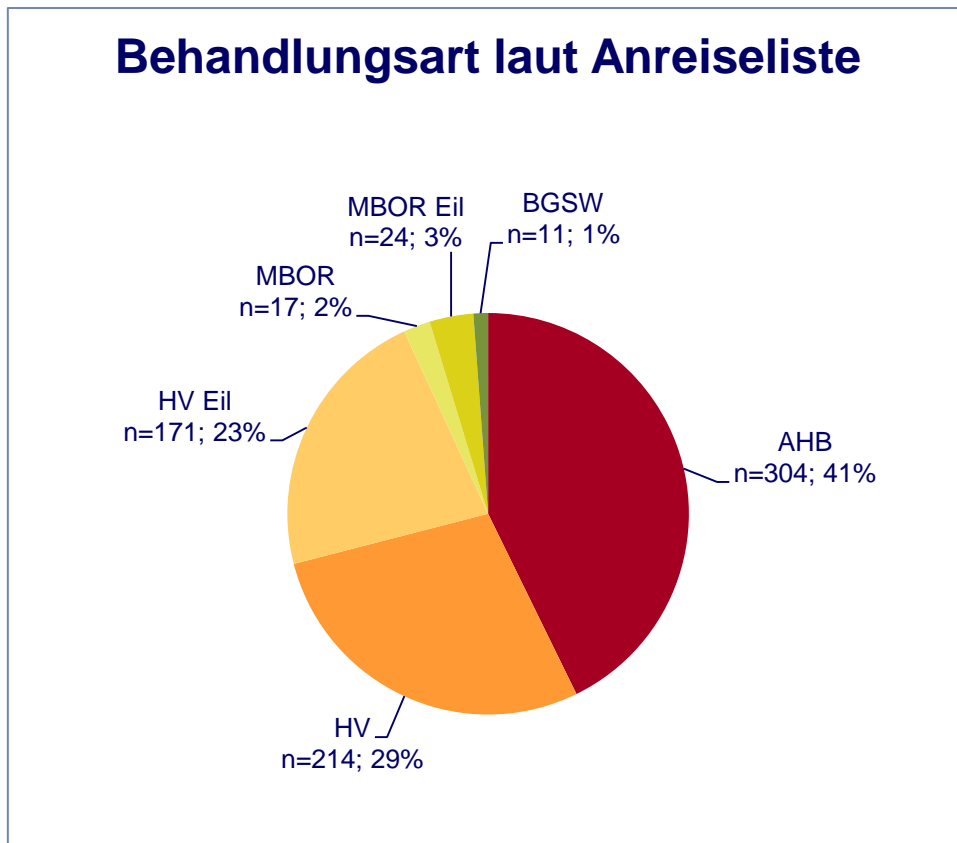


Abbildung 13: Stichprobenbeschreibung(n=510): Diagnosegruppe

Laut Anreiseliste kamen 304 Probanden (41%) als AHB-Patienten und 385 (52%) als HV- oder HV-Eil-Patienten in die Klinik Münsterland. 43 Probanden (5%) waren MBOR- oder MBOR-Eil-Fälle und bei 11 Probanden (1%) diente der Aufenthalt der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung. Insgesamt waren 494 Probanden (97%) stationäre und 16 (3%) teilstationäre Patienten.



**Abbildung 14: Stichprobenbeschreibung (n=510): Behandlungsart laut Anreiseliste**

Die Kosten der Reha gingen in 420 Fällen (82%) zu Lasten der Rentenversicherung, davon in 377 Fällen zu Lasten der DRV Westfalen (90% der RV-finanzierten Rehabilitationen). In 56 Fällen (11%) hatte die Krankenversicherung die Kosten übernommen und in 34 Fällen (7%) eine weiterer Kostenträger.

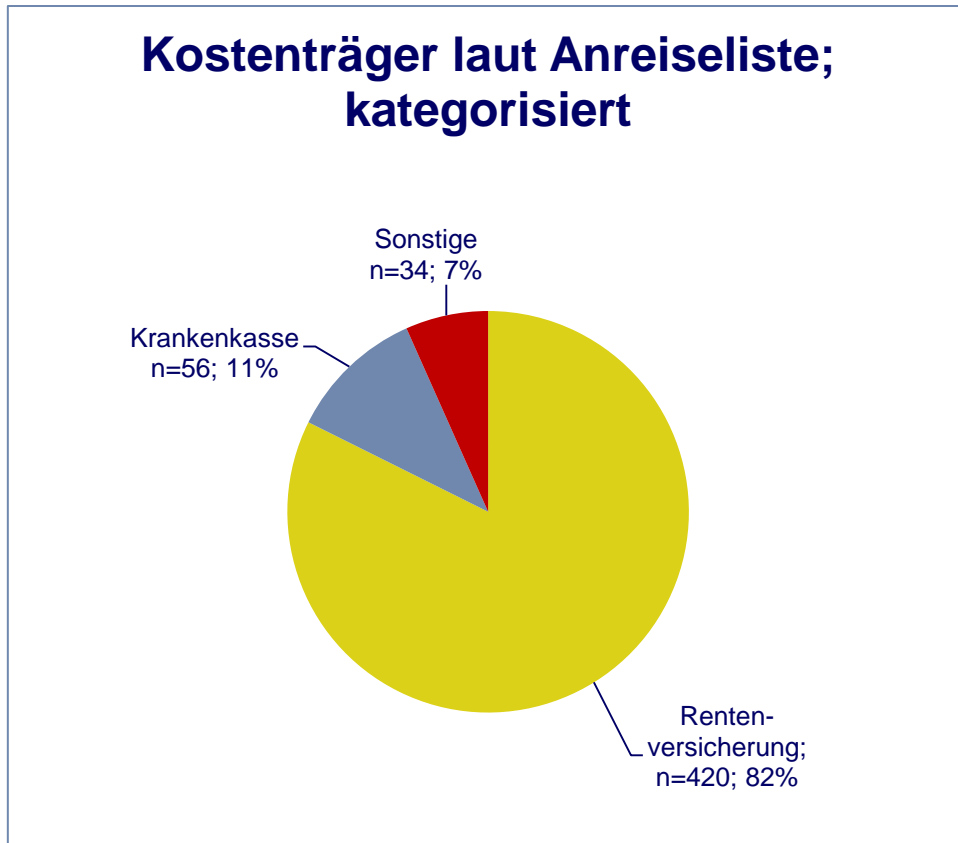


Abbildung 15: Stichprobenbeschreibung (n=510): Kostenträger laut Anreiseliste; kategorisiert

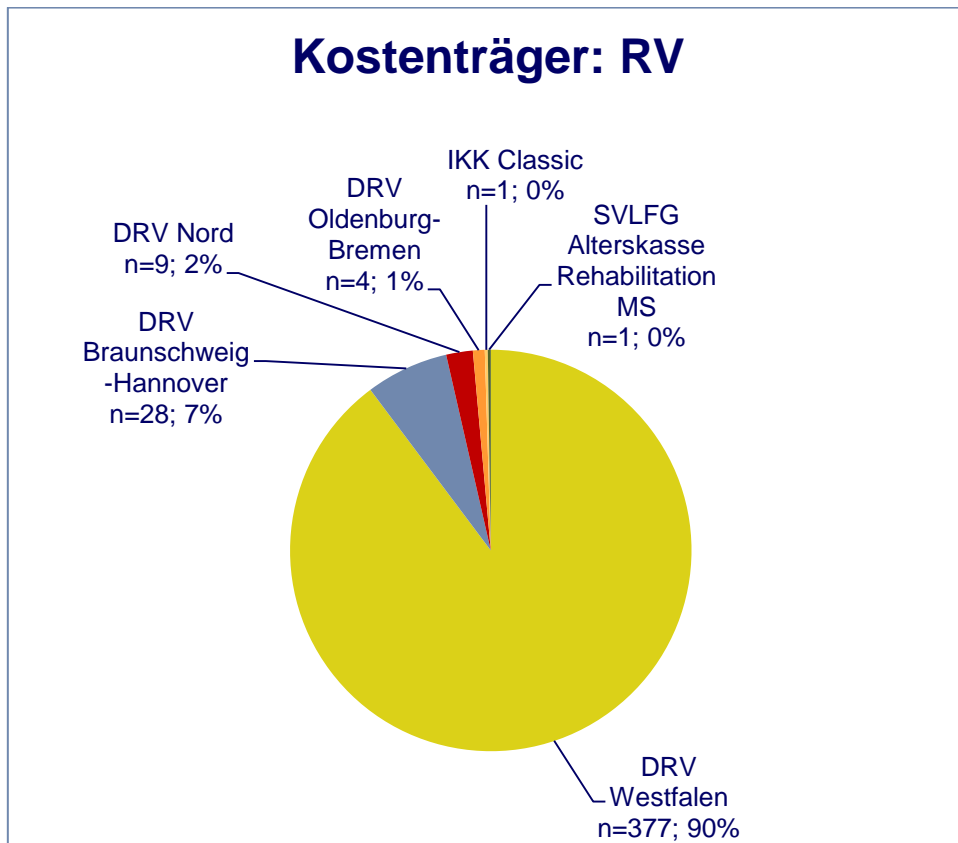


Abbildung 16: Stichprobenbeschreibung (n=510): Kostenträger Rentenversicherung

Mit 92% (n=471) hat der weitaus größte Teil der Probanden angegeben, den ersten Fragebogen selbstständig ausgefüllt zu haben, nur 7% (n=35) haben angegeben, Hilfe benötigt zu haben.

Die hier beschriebenen Probanden verteilten sich zu 51% auf die Studien- und 49% auf die Kontrollgruppe (n=260 respektive 250), damit war eine Gleichverteilung gegeben ( $\chi^2$ : p=.196). Beide Gruppen unterschieden sich in keiner der in diesem Abschnitt dargestellten Parameter signifikant.

### 8.3.2 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse folgt der im Kapitel 2.1 beschriebenen Argumentationslinie und der Reihenfolge der Themen in den Patientenfragebögen.

Erstes Ziel der Evaluation war es, die generellen Auswirkungen der Einführung des diagnosegruppenspezifischen Informationsmaterials für alle Patienten der Klinik Münsterland, die den fünf Hauptdiagnosegruppen angehören, zu erfassen. Deshalb haben wir der Evaluation grundsätzlich die gesamte – sehr heterogene – Gruppe der randomisierten Patienten, von denen alle drei Fragebögen vorliegen (n=510), zugrunde gelegt. Um möglicheren spezifischen Effekten auf die Spur zu kommen, haben wir auf die gleiche Weise ergänzend...

- (a) nur die Patienten betrachtet, die nach eigener Angabe zum ersten Mal in der Reha waren (n=287). Diese sollten aufgrund der geringen eigenen Erfahrungen durch die Broschüren den größten Informationszuwachs verzeichnen können, so dass wir bei ihnen die stärksten Effekte vermutet haben. Die wichtigsten Ergebnisse für diese Teilstichprobe stellen wir denen der Gesamtgruppe im Folgenden zusammengefasst gegenüber.
- (b) Die Patienten jeder Hauptdiagnosegruppe isoliert betrachtet. Dabei haben wir jedoch nicht mehr zwischen unter erfahrenen und unerfahrenen Rehabilitanden unterschieden, da ansonsten einige Gruppengrößen für zuverlässige statistische Auswertungen nicht mehr ausreicht hätten.

Grafiken zu diesen Subgruppenanalysen können bei Bedarf gern zur Verfügung gestellt werden; an dieser Stelle gehen wir darauf nicht weiter ein.



### 8.3.2.1 Nutzung und Bewertung des Materials

Grundlage einer jeden Bewertung und natürlich auch einer jeden möglichen Wirkung des Materials ist, dass die Probanden es auch tatsächlich erhalten, wahrgenommen und in irgendeiner Form genutzt haben.

Fast alle Probanden haben angegeben, das jeweils für sie passende Print-Material erhalten zu haben. Dieses Ergebnis zeigt, dass die anfängliche Befürchtung, dass die einzelnen Unterlagen aufgrund des neuen einheitlichen Designs für die Patienten kaum noch zu unterscheiden wären, offenbar unberechtigt gewesen ist.

Die Website der Klinik Münsterland wurde nur von knapp der Hälfte der Befragten besucht. Damit bestätigen sich die Aussagen der Patienten aus den Fokusgruppen in der Bedarfsanalyse: Auch sie hatten gedrucktes Material gegenüber der Website eindeutig bevorzugt (vgl. Kap. 6.3.2).

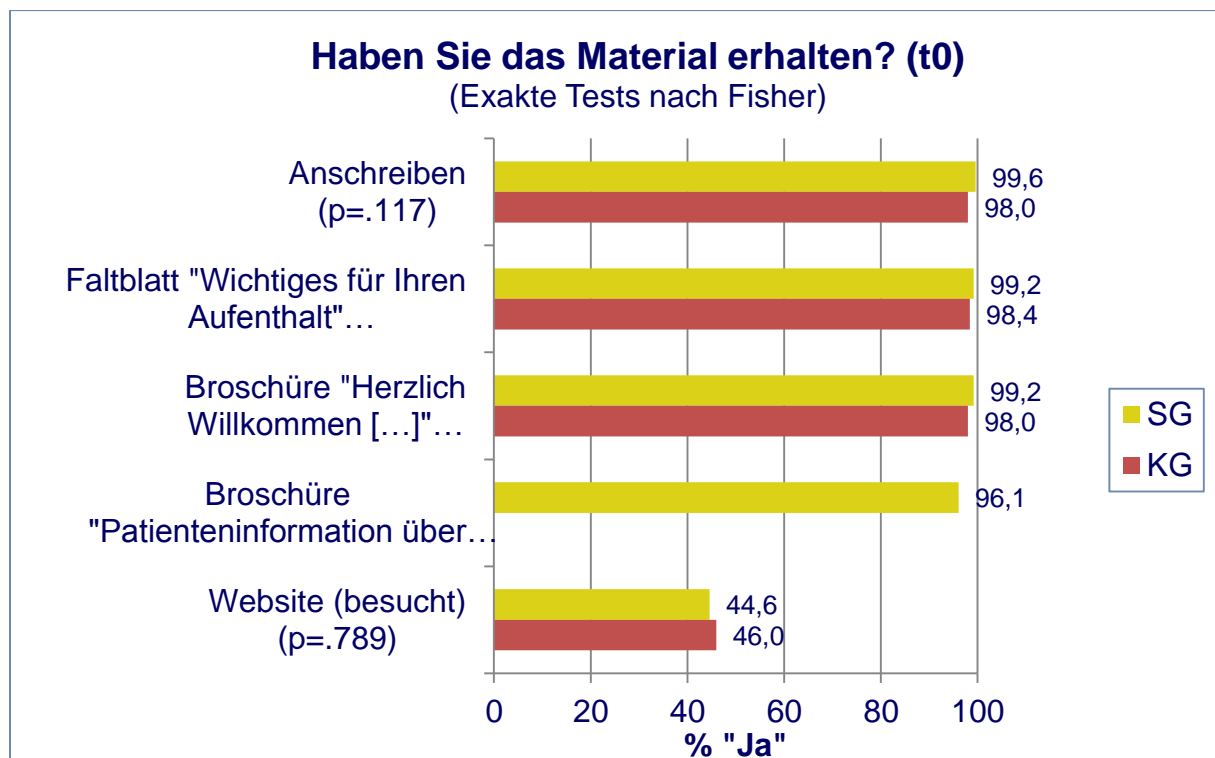


Abbildung 17: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Haben Sie das Material erhalten?

Insgesamt ist der Nutzungsgrad des Print-Materials überraschend hoch. Sowohl in der Studien- als auch in der Kontrollgruppe wurden die einzelnen Unterlagen von mindestens 3/4 bis zu fast 97% der Probanden intensiv genutzt, ein vollständiges Ignorieren kam so gut wie gar nicht vor. Dabei gaben die Probanden aus Studien- und Kontrollgruppe in der Regel eine vergleichbare Nutzung an, einen signifikanten Gruppenunterschied gab es lediglich der Weise des Umgangs mit dem Falblatt „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“: Die Probanden aus der Studiengruppe haben die

Items aus den Listen etwas seltener zum Abhaken verwendet, sie aber dafür häufiger gründlich gelesen ( $\chi^2$ :  $p=.010^{**}$ ), so dass die Nutzungsintensität unter dem Strich wiederum in beiden Gruppen in etwa gleich sein dürfte. Die „Patienteninformation über Ihre Reha“, also die diagnosegruppenspezifischen Broschüren, haben nur die Probanden der Studiengruppe erhalten, so dass kein Gruppenvergleich durchgeführt werden konnte. Auch diese Broschüre wurde von 76,0% der Probanden gründlich gelesen und von weiteren 23,6% flüchtig durchgeblättert. Damit wurde auch sie sehr gut akzeptiert, obwohl das Lesen dieser zusätzlichen Broschüre einen spürbaren Mehraufwand mit sich bringt und gerade eher Patienten mit geringerem Bildungsniveau, die vielleicht noch kurzfristig zur Reha eingeladen werden, sicherlich nicht immer leicht fällt.

Korrespondierend mit der geringeren Nutzungshäufigkeit der Klinik-Website ist auch die Nutzungsintensität bei diesem Medium deutlich geringer: Nur etwa 1/3 der Patienten, die die Website besucht hatten, gaben an, sie gründlich gelesen zu haben. Über die Hälfte der Probanden hat sie teilweise gelesen und etwa 1/10 hat sie lediglich kurz durchgeklickt.

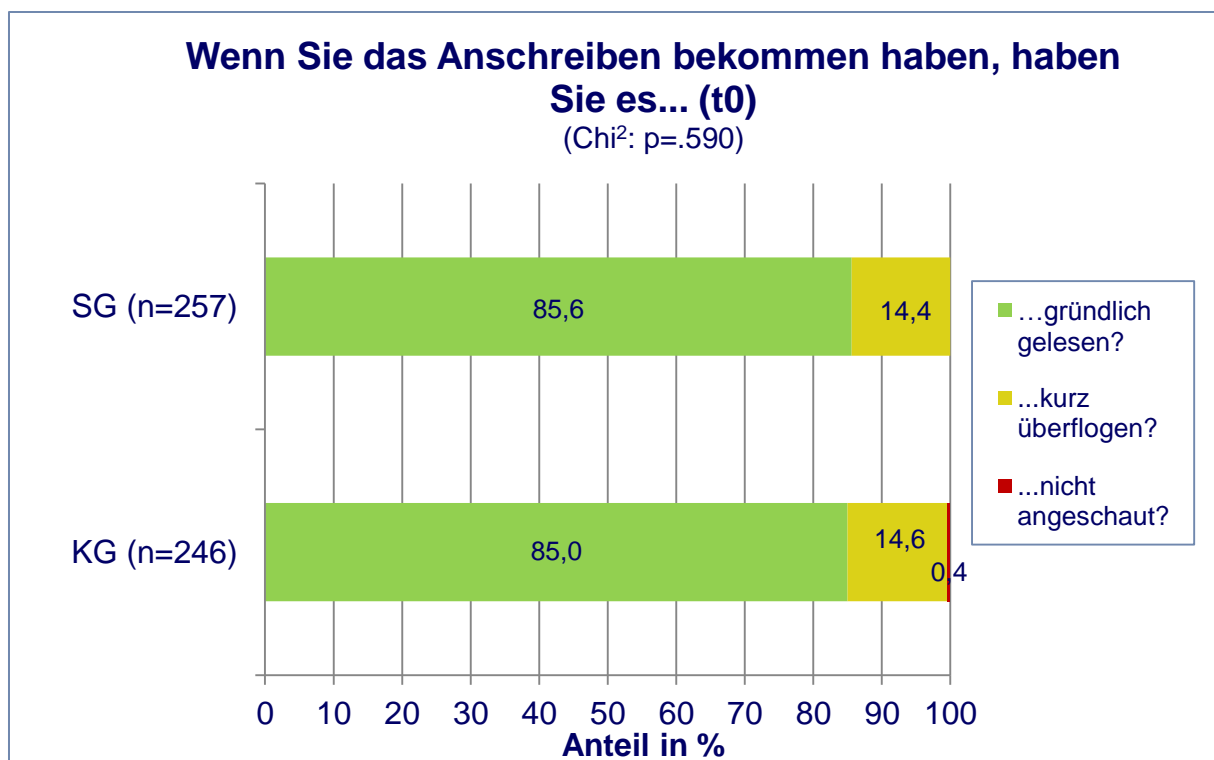


Abbildung 18: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung des Anschreibens

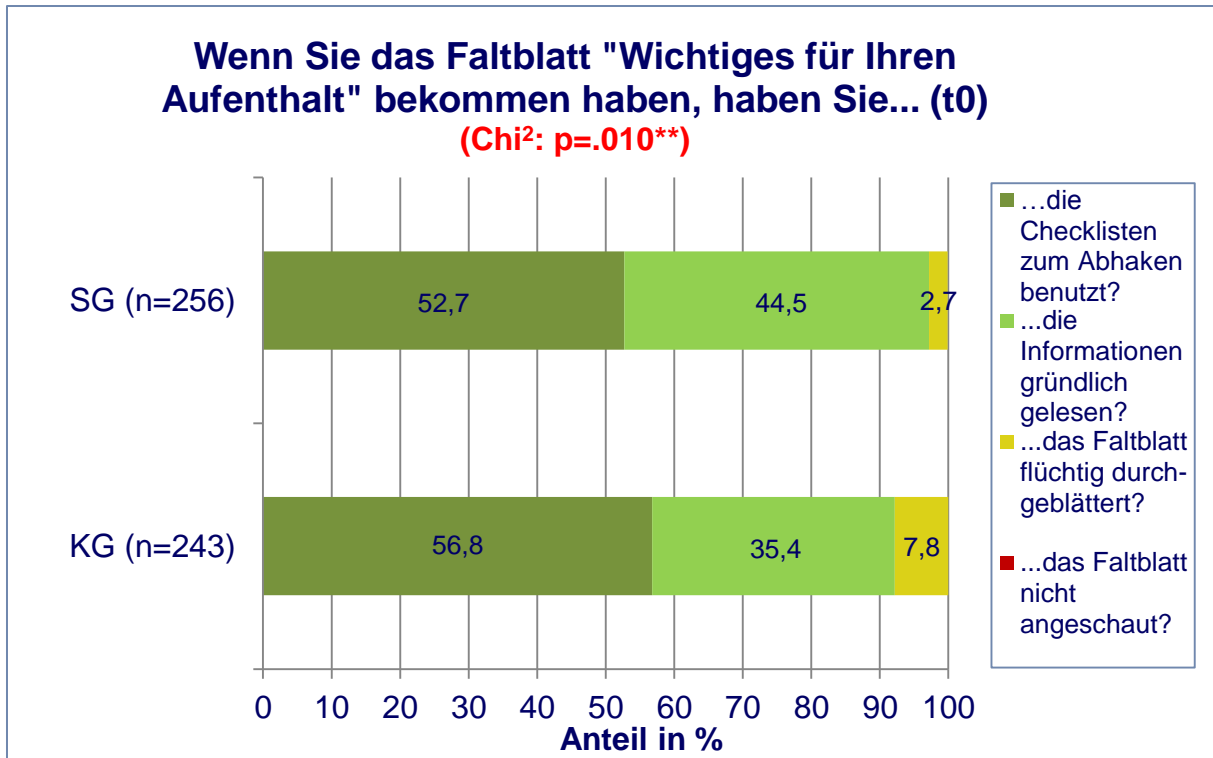


Abbildung 19: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung des Faltpapieres „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“

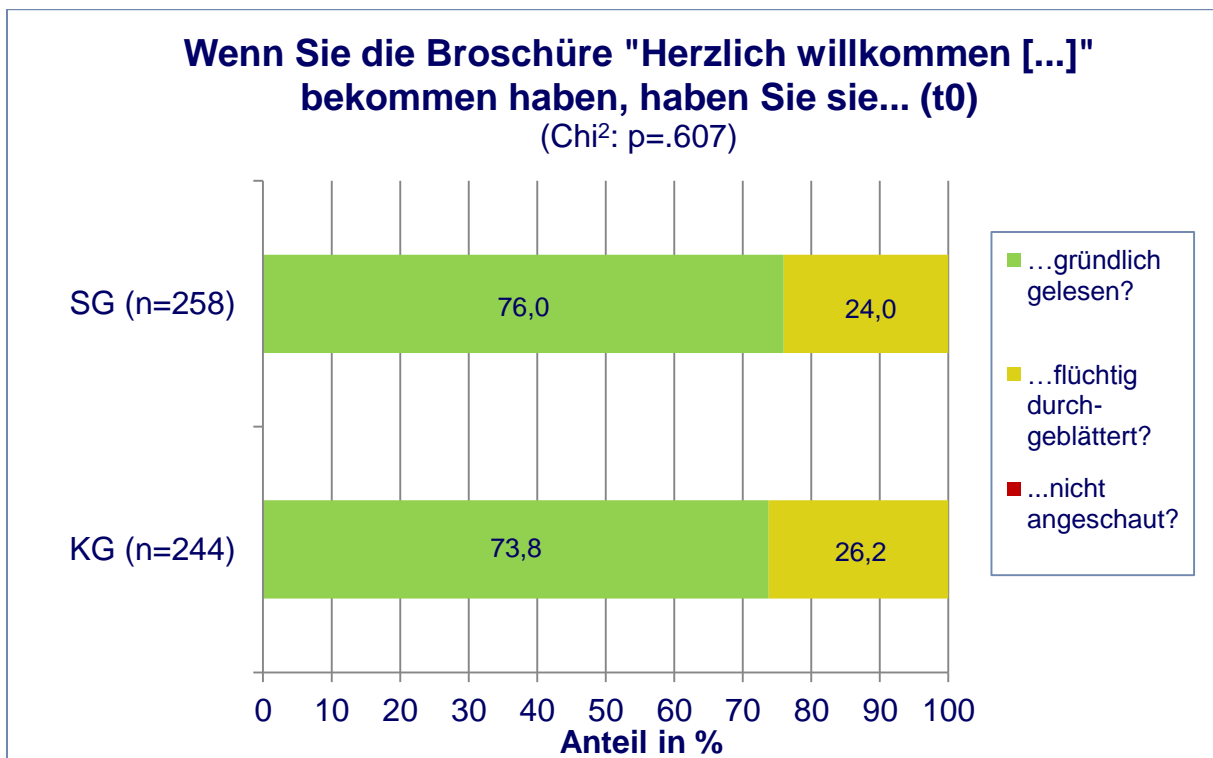


Abbildung 20: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Broschüre „Herzlich willkommen bei uns im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“

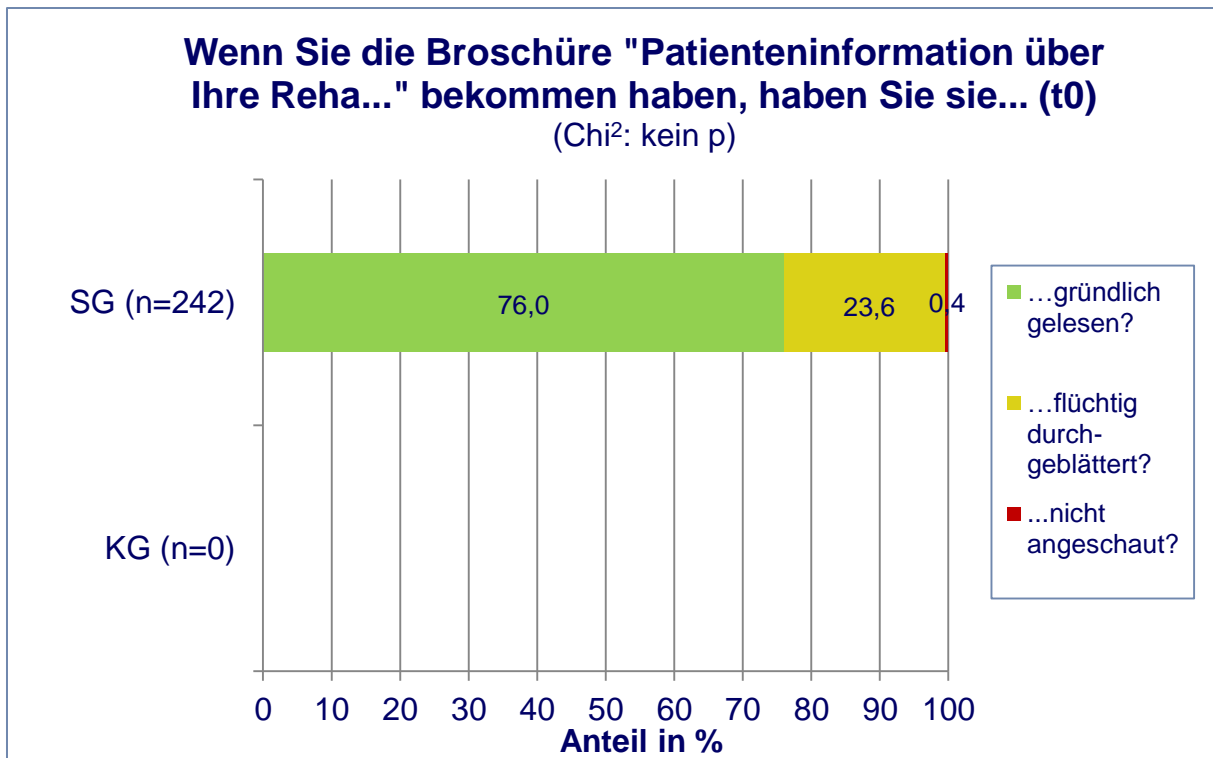


Abbildung 21: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha...“

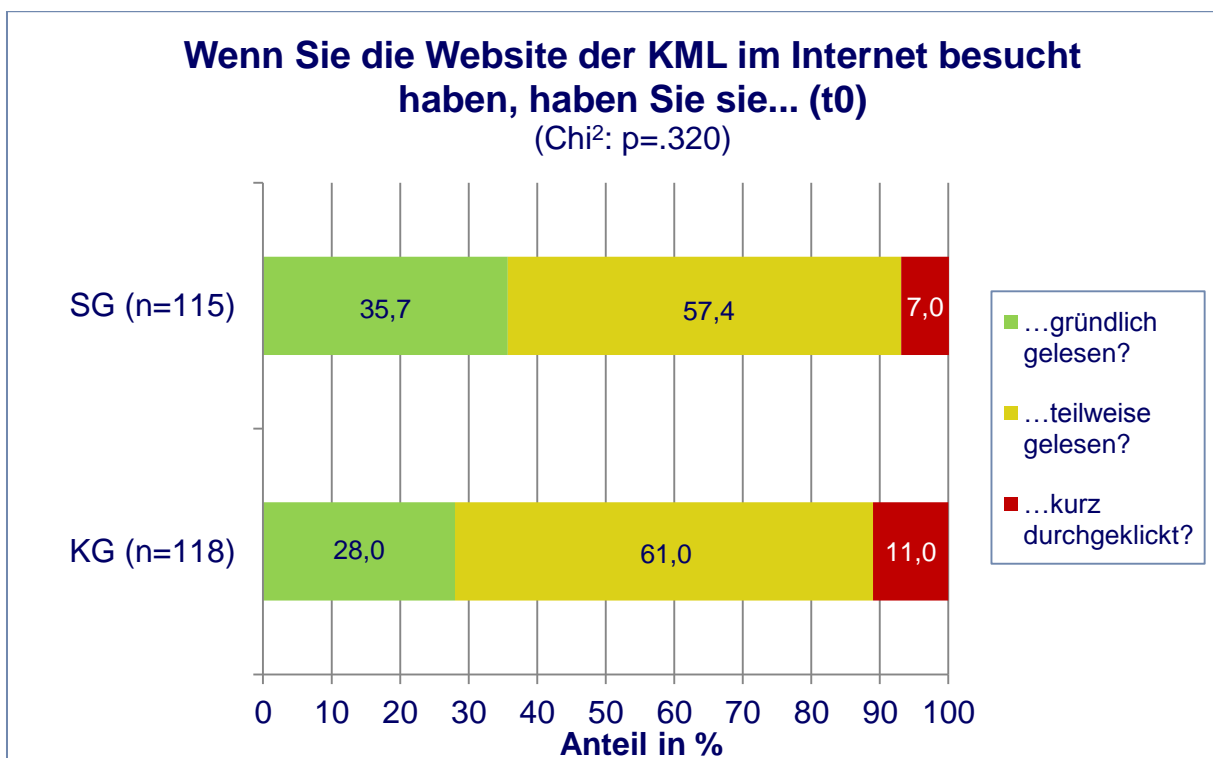


Abbildung 22: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Nutzung der Website der Klinik Münsterland

Die intensive Nutzung der Materialien begründet sich sicherlich zum einen auf dem großen Informationsbedürfnis der Patienten im Vorfeld der Reha. Erstaunlicherweise scheint dieses bei erfahrenen und unerfahrenen Rehabilitanden vergleichbar zu sein, wie sich aus den nahezu gleichen Angaben zur Nutzung der Materialien schließen lässt. Zum anderen ist stark zu vermuten, dass ein für die Patienten attraktives Äußeres und ein interessanter Inhalt des Materials erheblich zu der hohen Akzeptanz beitragen, denn die Bewertungen der einzelnen Unterlagen sind ausgesprochen positiv. Die Gesamtgruppe hat dem Äußeren der Unterlagen Schulnoten zwischen 1,77 und 1,88, dem Inhalt zwischen 1,72 und 1,97 gegeben, ohne dass sich Studien- und Kontrollgruppe an irgendeiner Stelle signifikant unterscheiden. Auch die Verteilungen der Antworten zeigen keine signifikanten Gruppeneffekte. Dabei sind die von uns entwickelten diagnosegruppenspezifischen Patienteninformationen durchaus konkurrenzfähig: In Bezug auf das Äußere liegen sie mit 1,80 direkt hinter der Broschüre „Herzlich willkommen im RehaKlinikum Bad Rothenfelde“ auf Platz 2, in Bezug auf den Inhalt sind sie mit 1,72 sogar Spitzenreiter. Schaut man die differenzierten Bewertungen an, die für diese Broschüren abgefragt worden sind, zeigt sich ein noch etwas besseres Bild als die Sammelitems „Äußeres“ und „Inhalt“ nahelegen.

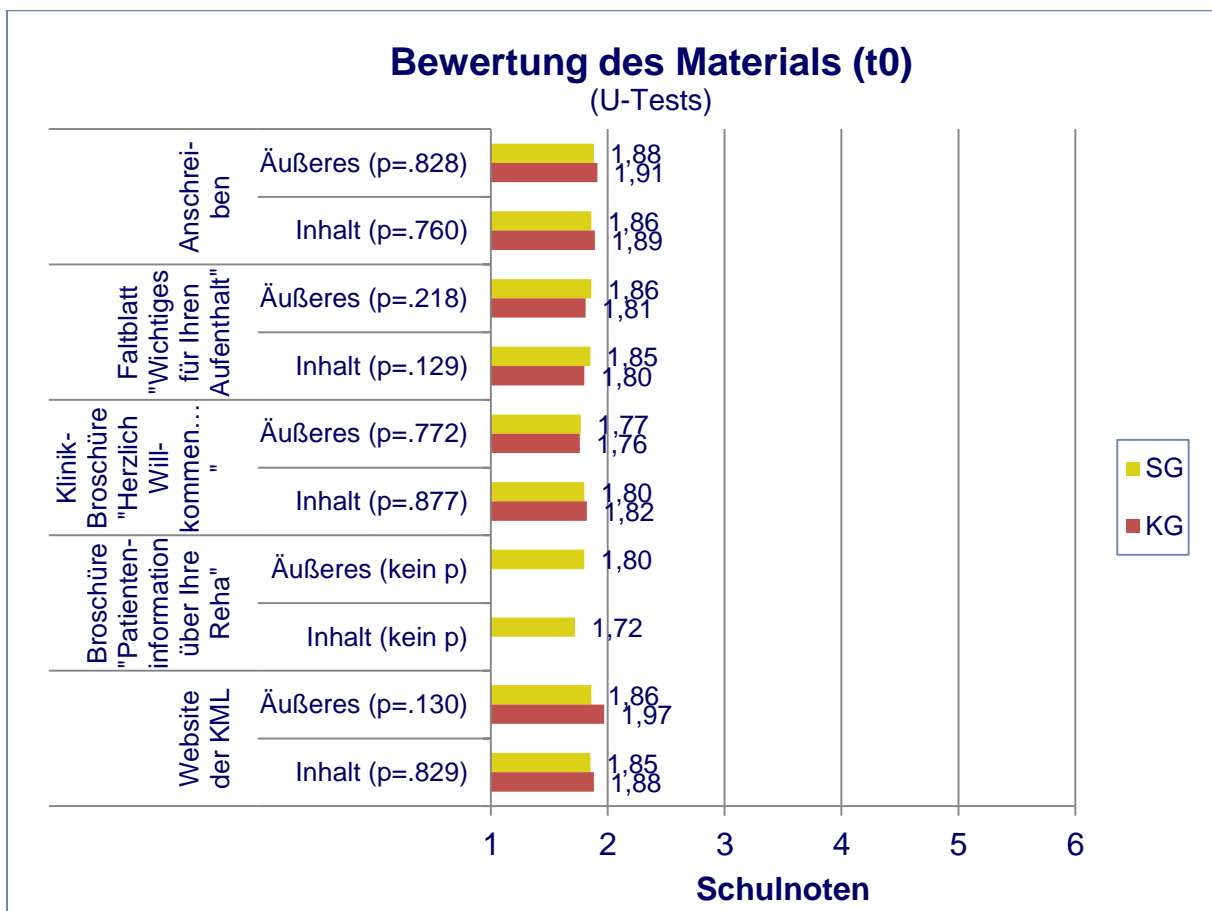


Abbildung 23: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Materials zu t0; Mittelwerte

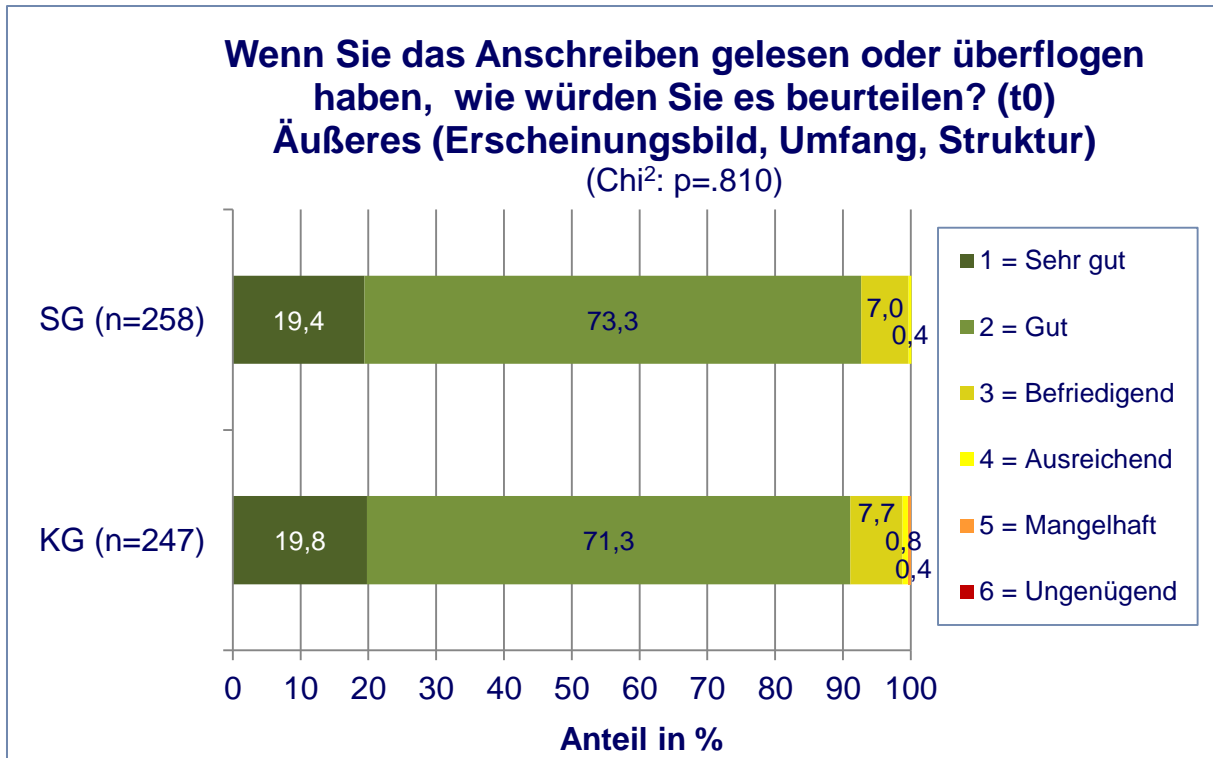


Abbildung 24: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Anschreibens zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten

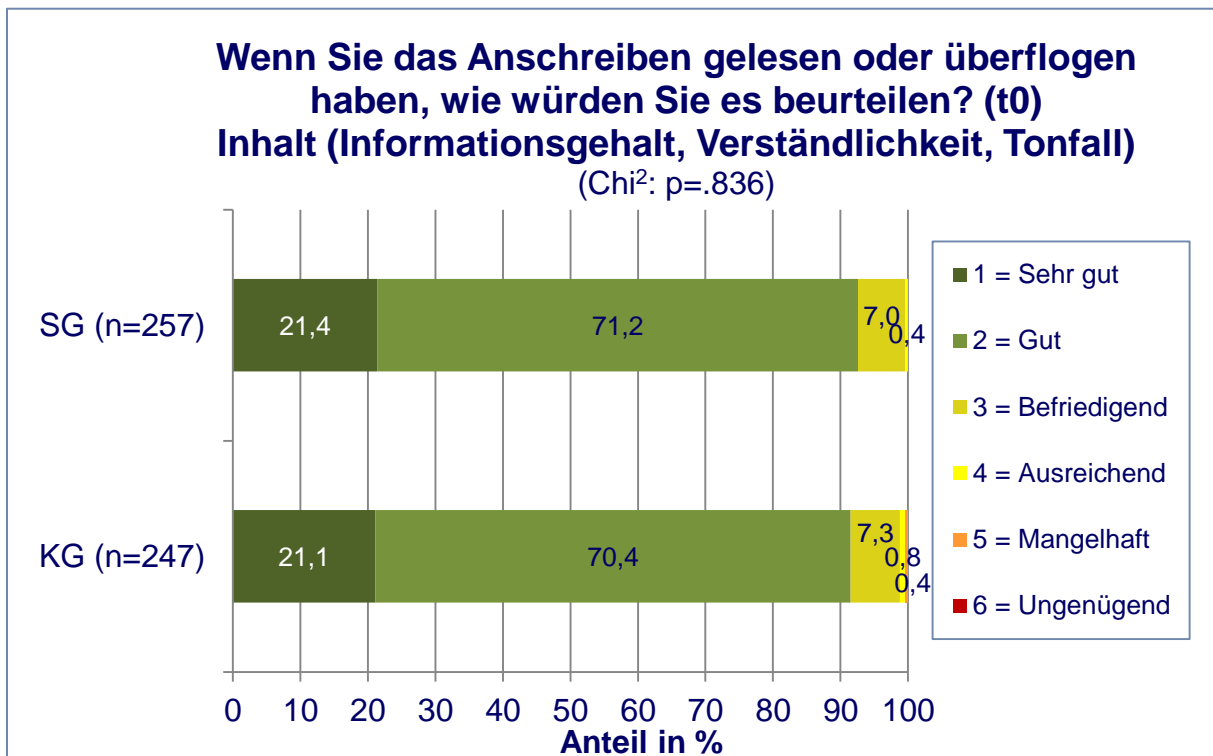


Abbildung 25: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Anschreibens zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten

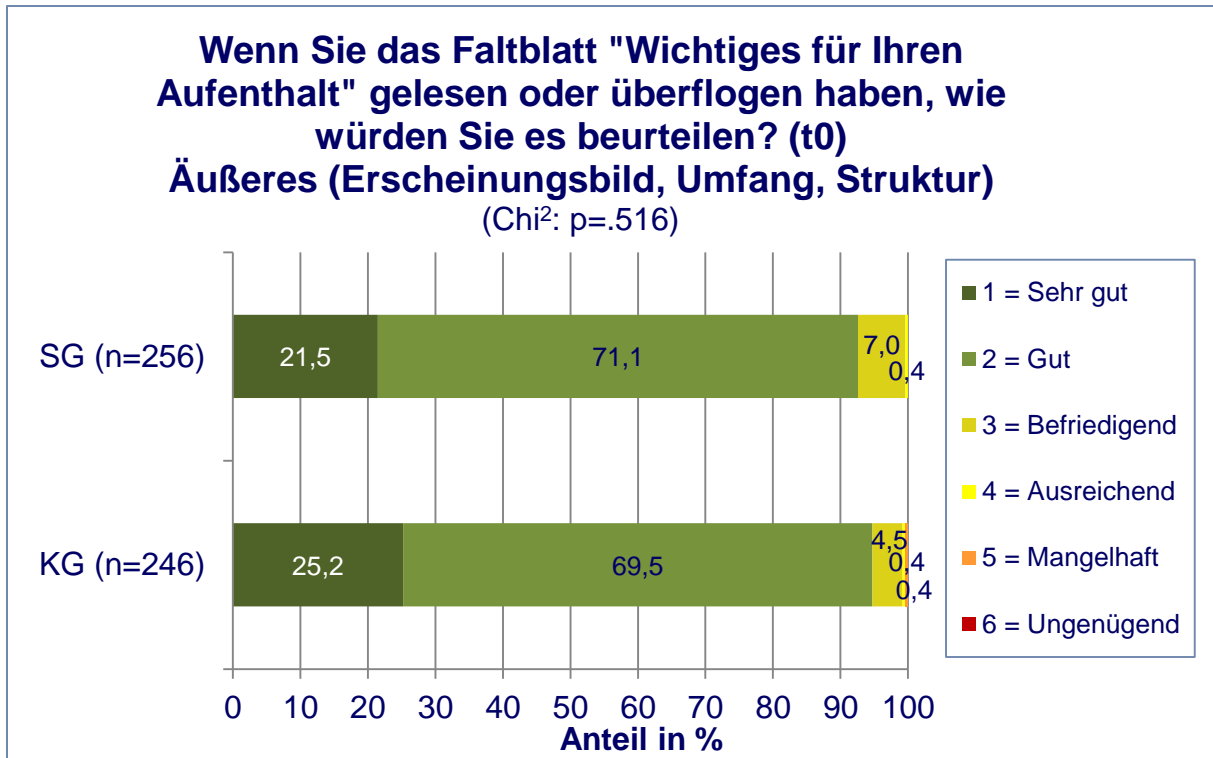


Abbildung 26: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Falblattes „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“ zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten

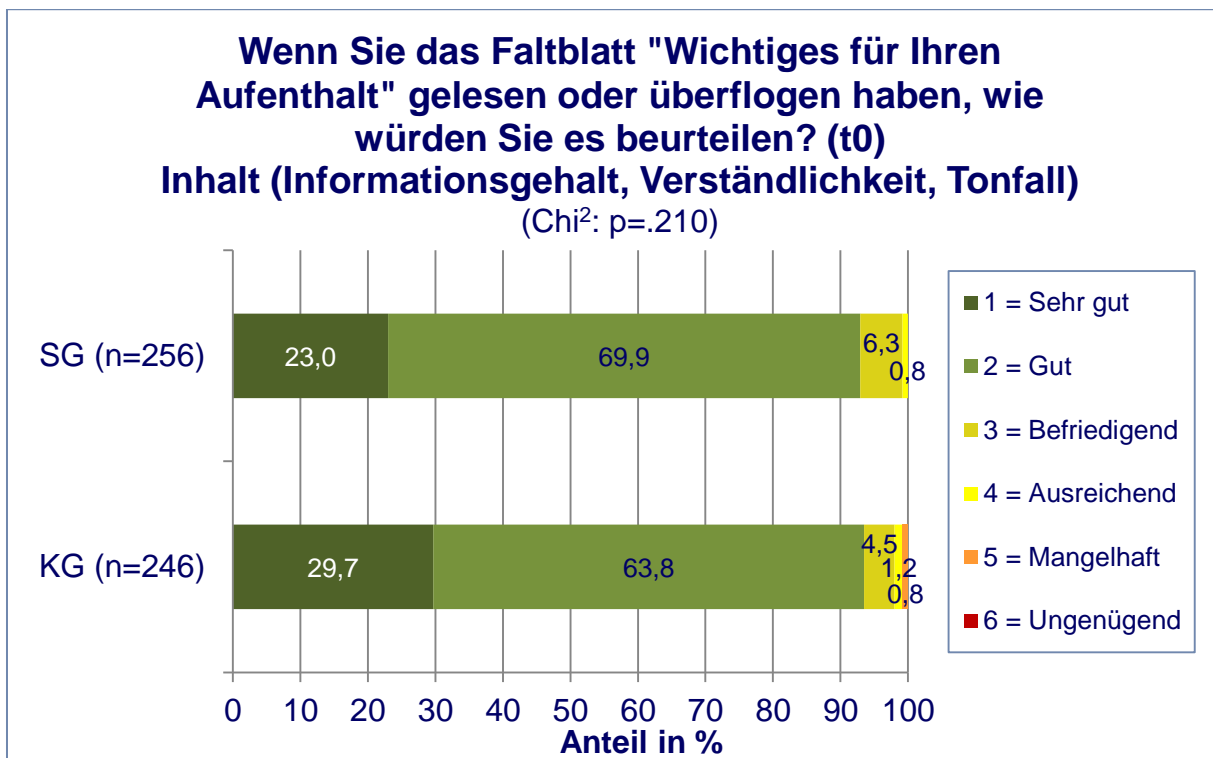


Abbildung 27: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung des Falblattes „Wichtiges für Ihren Aufenthalt“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten

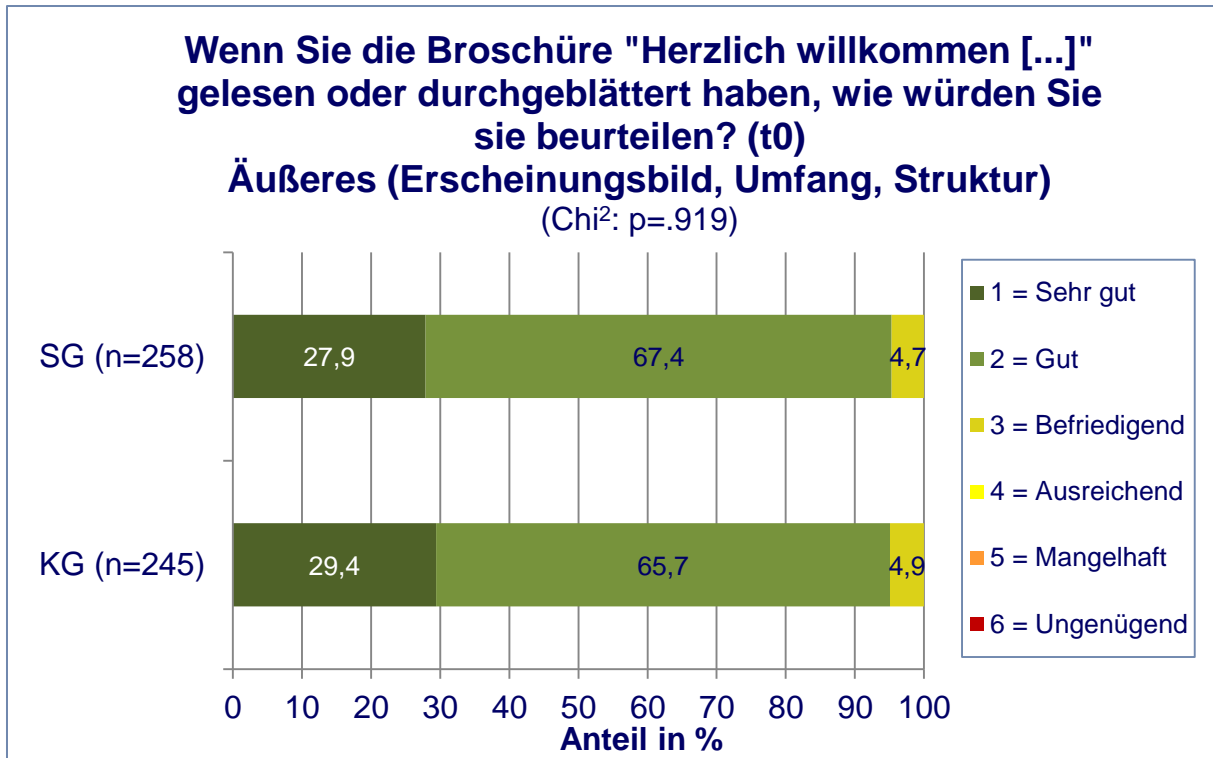


Abbildung 28: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Herzlich willkommen...“ zu t0 - Äußeres; Verteilung der Antworten

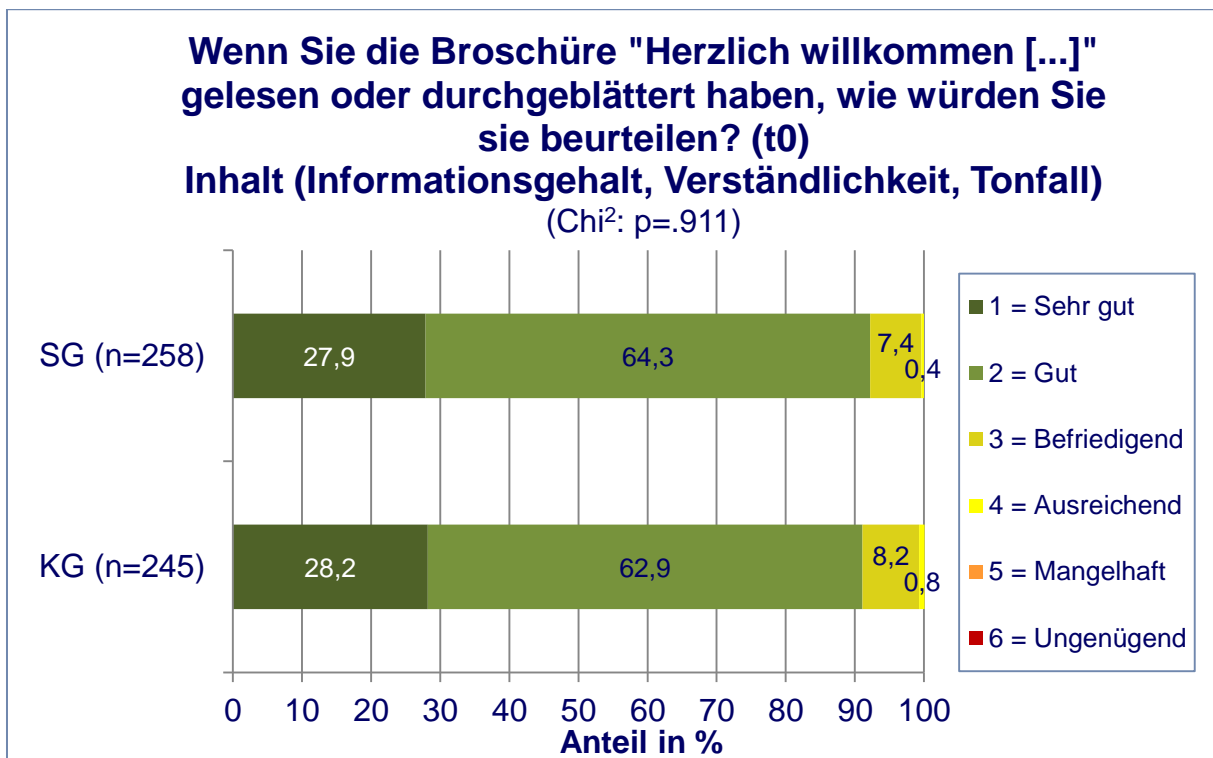


Abbildung 29: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Herzlich willkommen...“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten



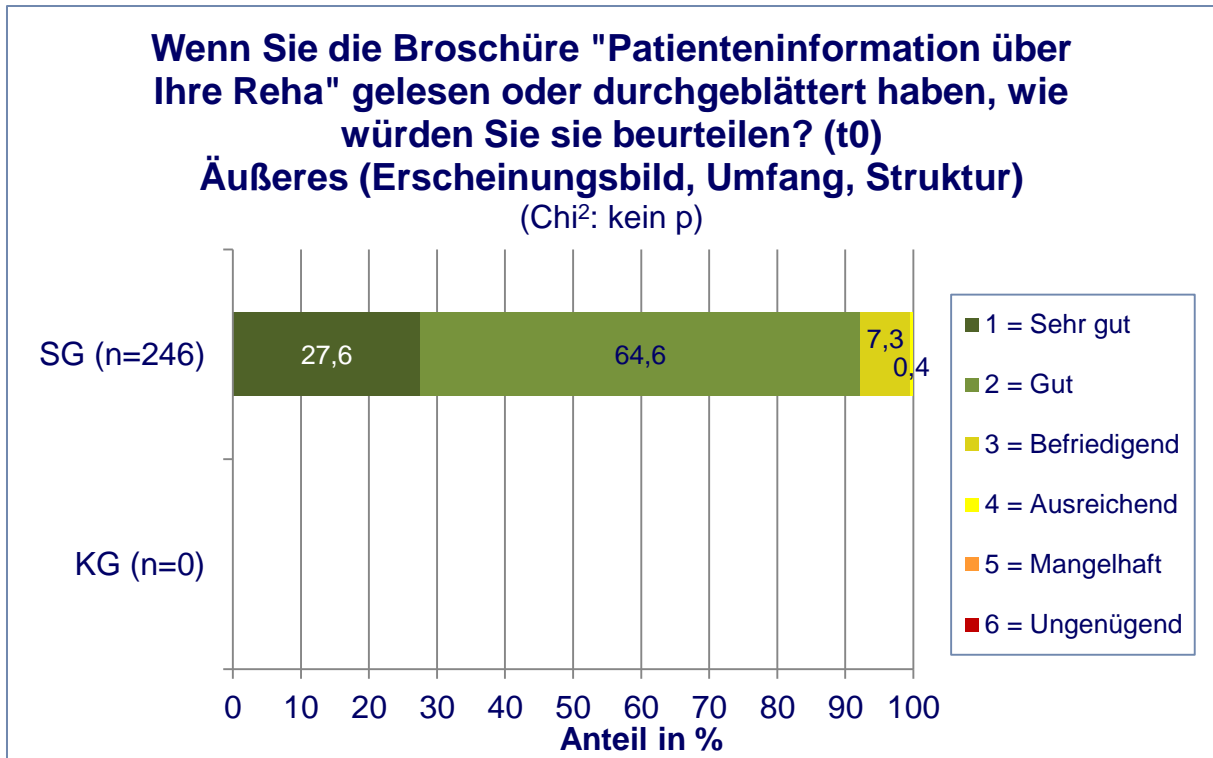


Abbildung 30: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha“ zu t0 – Äußeres; Verteilung der Antworten

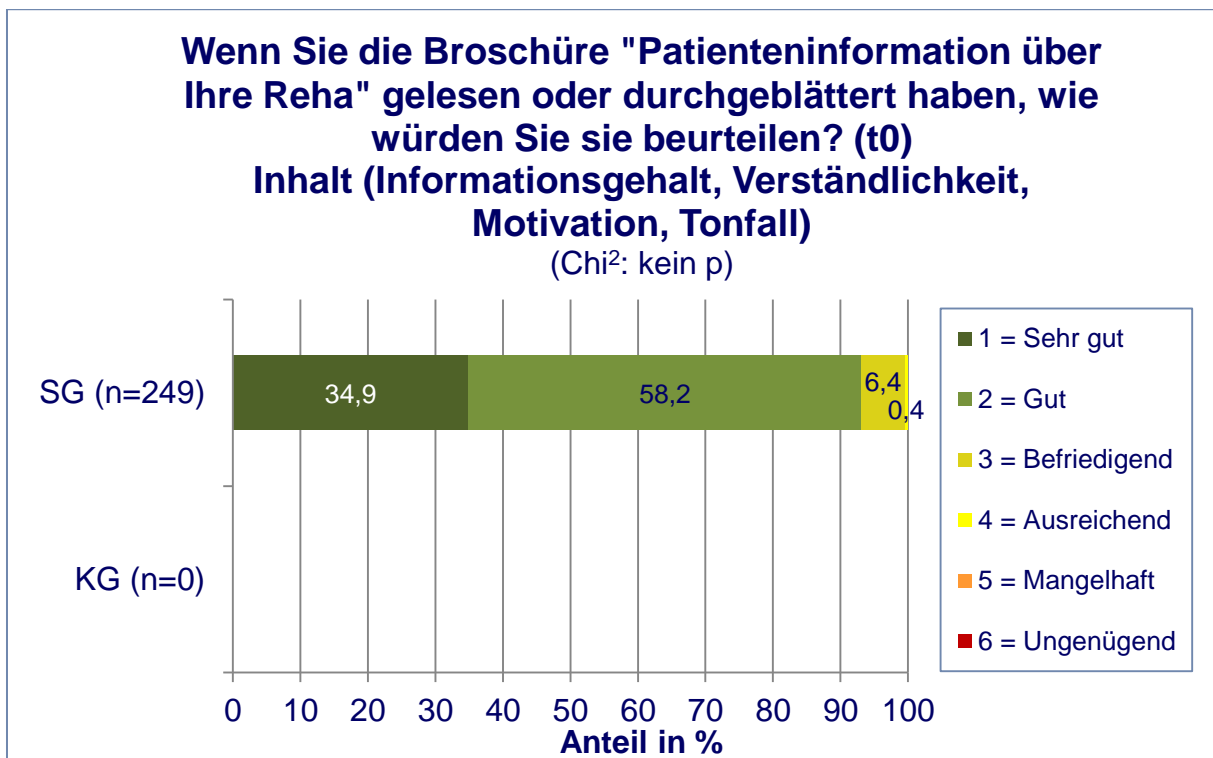
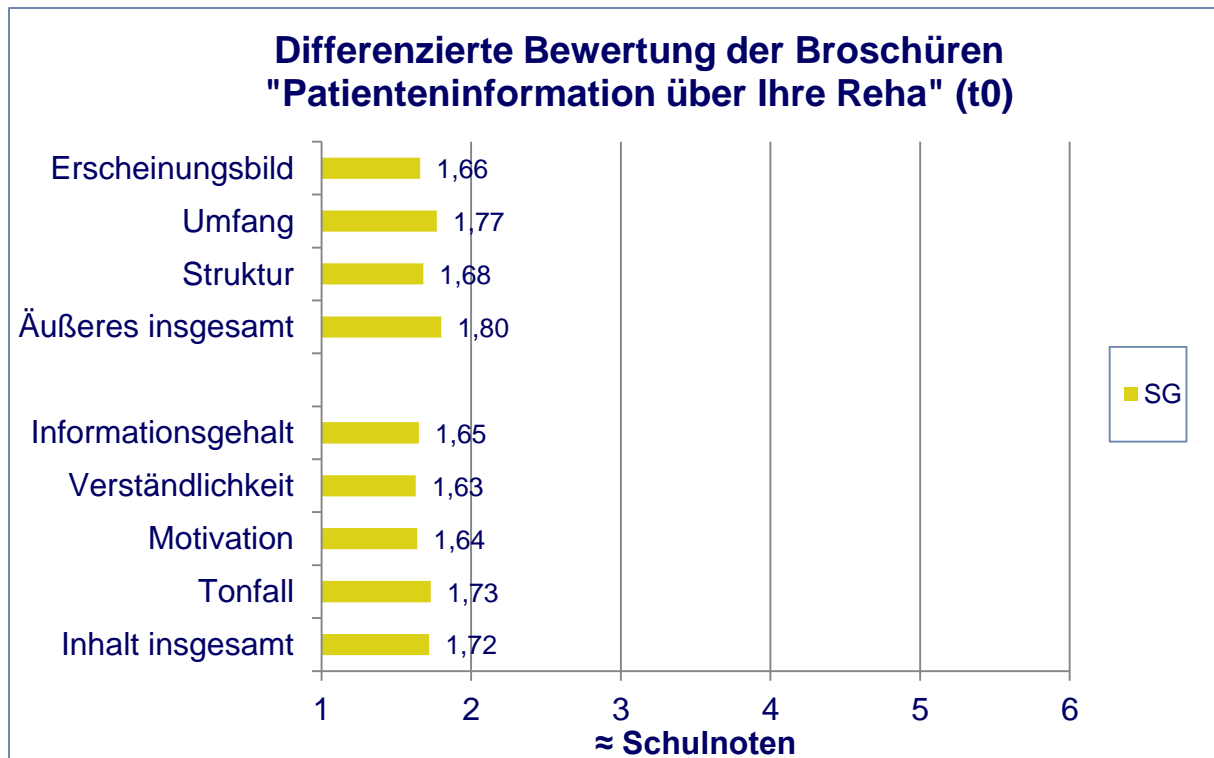


Abbildung 31: Nutzung und Bewertung des Materials (n=510): Bewertung der Broschüre „Patienteninformation über Ihre Reha“ zu t0 - Inhalt; Verteilung der Antworten



**Abbildung 32: Nutzung und Bewertung des Materials zu t0 (n=510): Differenzierte Bewertungen der Broschüren "Patienteninformation über Ihre Reha..."**

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, liegen die Bewertungen in vergleichbaren Bereichen, die Mittelwertsunterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe sind etwas deutlicher zugunsten der Studiengruppe ausgeprägt, erreichen jedoch in keinem Fall statistische Signifikanz.

### 8.3.2.2 Nützlichkeit der Materialien

Für Material, das darauf ausgelegt ist, Menschen über ein bevorstehendes Ereignis zu informieren, ist die von den Rezipienten empfundene Nützlichkeit für diesen Zweck ein besonders wichtiges Kriterium. Aus diesem Grund haben wir die Patienten gebeten, nicht nur das Äußere und den Inhalt der verschiedenen Unterlagen zu bewerten, sondern auch einzuschätzen, wie groß der Nutzen war, den sie ihnen für die Vorbereitung ihrer Reha zuschreiben. Diese Frage haben wir sowohl in der Zeit der Vorbereitung auf die Maßnahme (t0) als auch rückblickend in der Woche nach Reha-Beginn, in der die Patienten die ersten Erfahrungen vor Ort gemacht haben (t1) gestellt.

Die Daten zeigen, dass die Patienten das Material nicht nur in Bezug auf das Äußere und den Inhalt ansprechend fanden, sie attestierten ihm auch eine große Nützlichkeit für die Vorbereitung auf die Reha: Sämtliches Print-Material wurde von mindestens 90% der Patienten als „sehr nützlich“ oder „eher nützlich“ eingestuft, alle Mittelwerte liegen deutlich im oberen Bereich. Spitzenreiter war dabei zu t0 sowohl in der Gesamtgruppe als auch in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, das Falblatt „Wichtiges für ihren Aufenthalt“, wobei die Patienten der Kontrollgruppe die sehr konkreten Auskünfte offenbar noch mehr geschätzt haben als die Studiengruppenpatienten (U-Test:  $p=.032^*$ ;  $\chi^2$ :  $p=.023^*$  in der Gesamtgruppe und U-Test:  $p=.042^*$ ;  $\chi^2$ :  $p=.025^*$  in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind). Auf Rang 2 folgen dann jeweils die diagnosegruppenspezifischen Broschüren vor der Broschüre „Herzlich willkommen...“ und schließlich der Website.

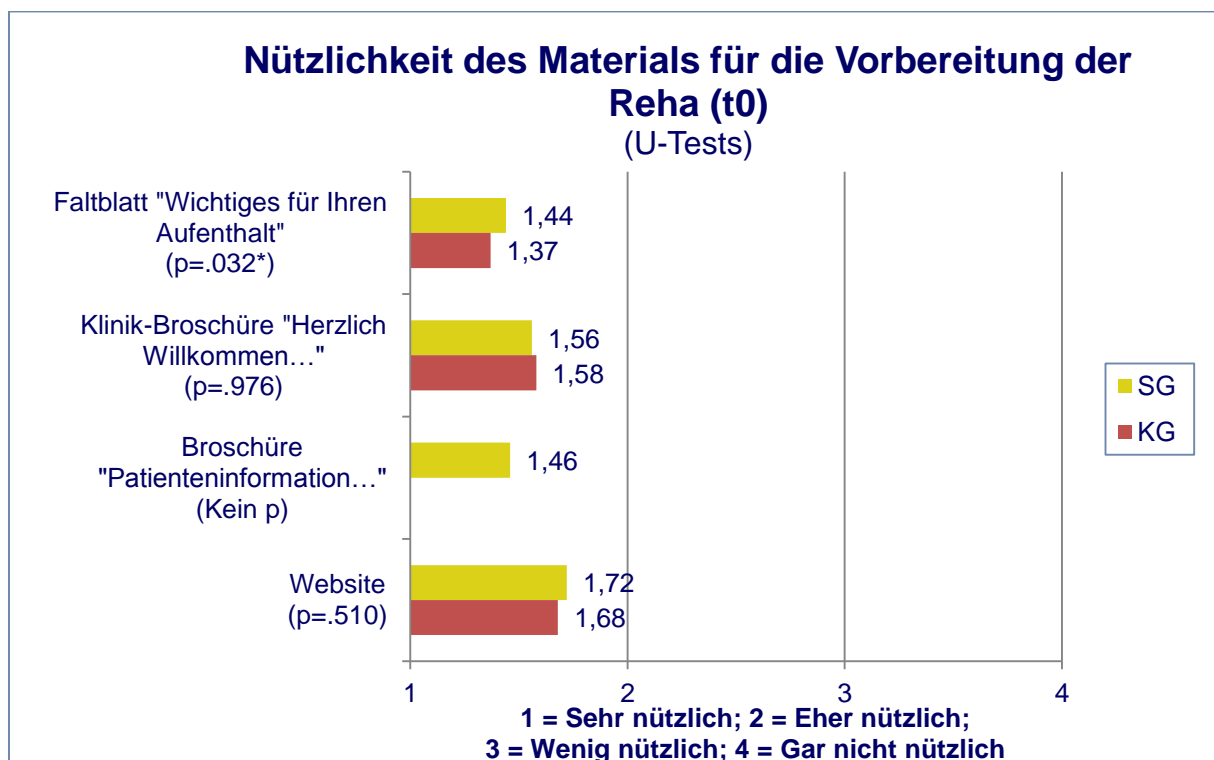


Abbildung 33: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (n=510); Mittelwerte

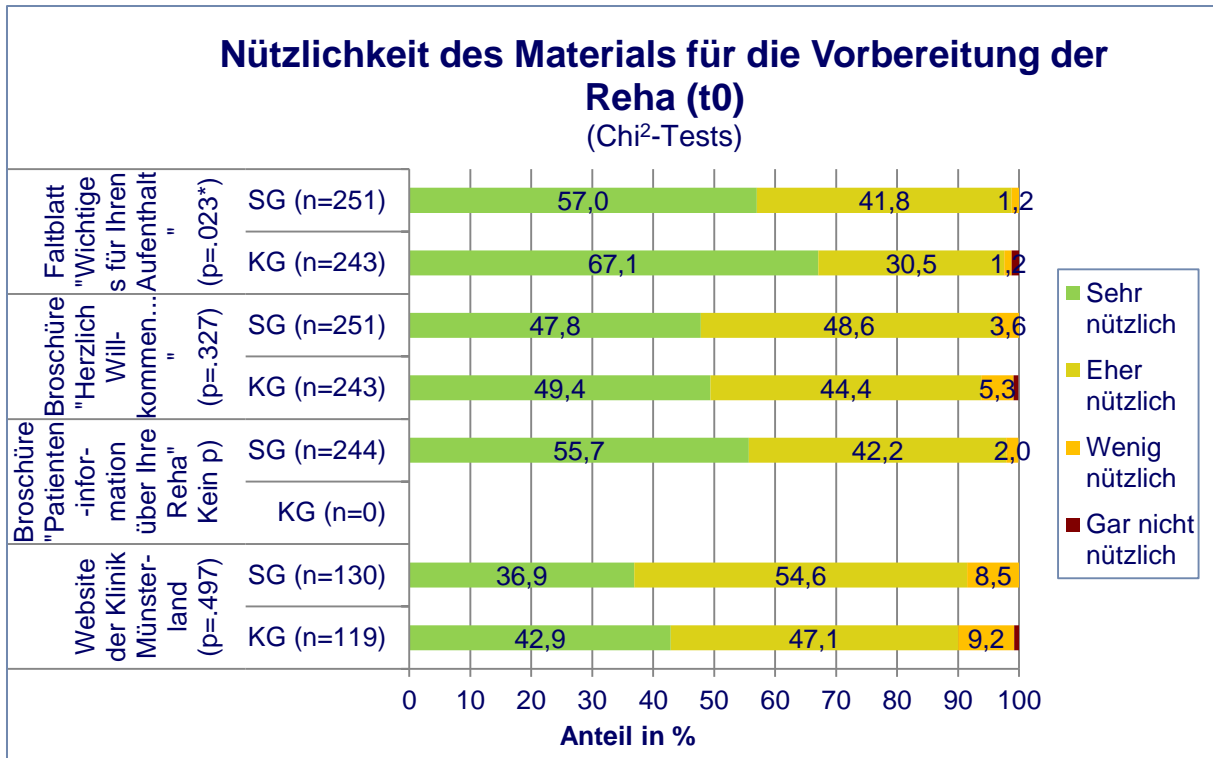


Abbildung 34: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (n=510); Verteilung der Antworten

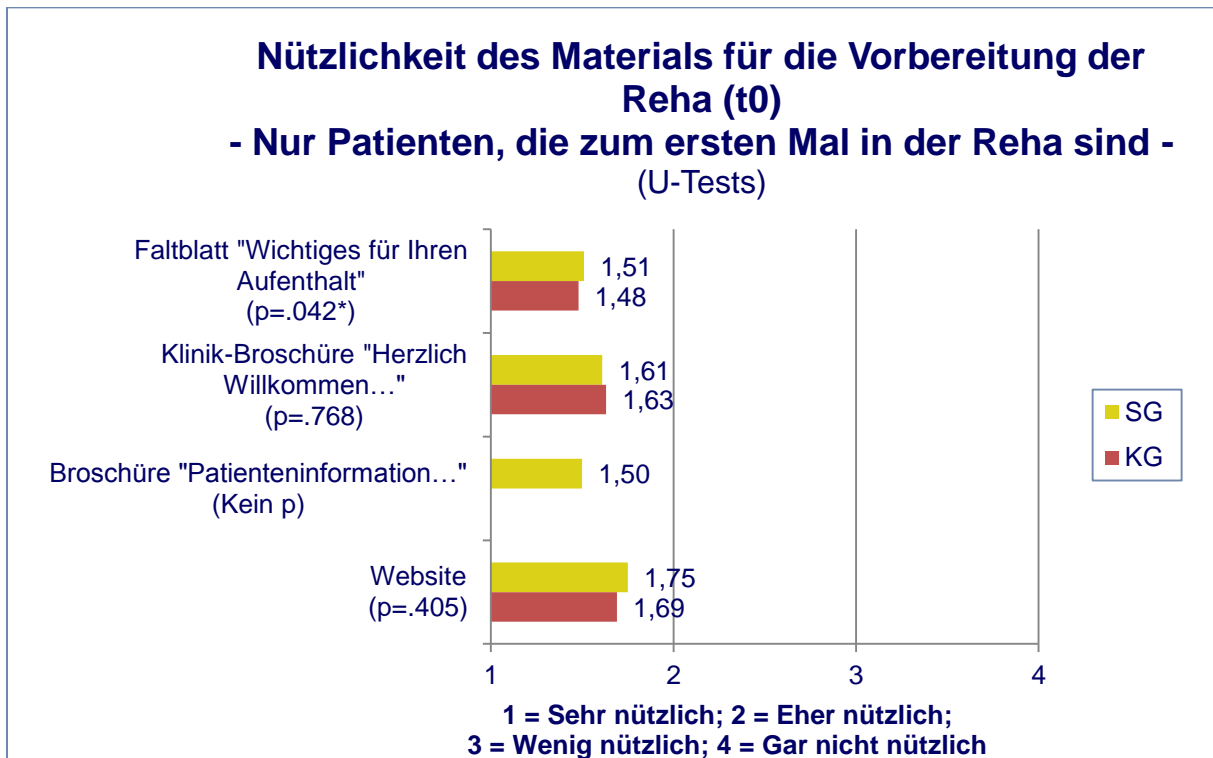
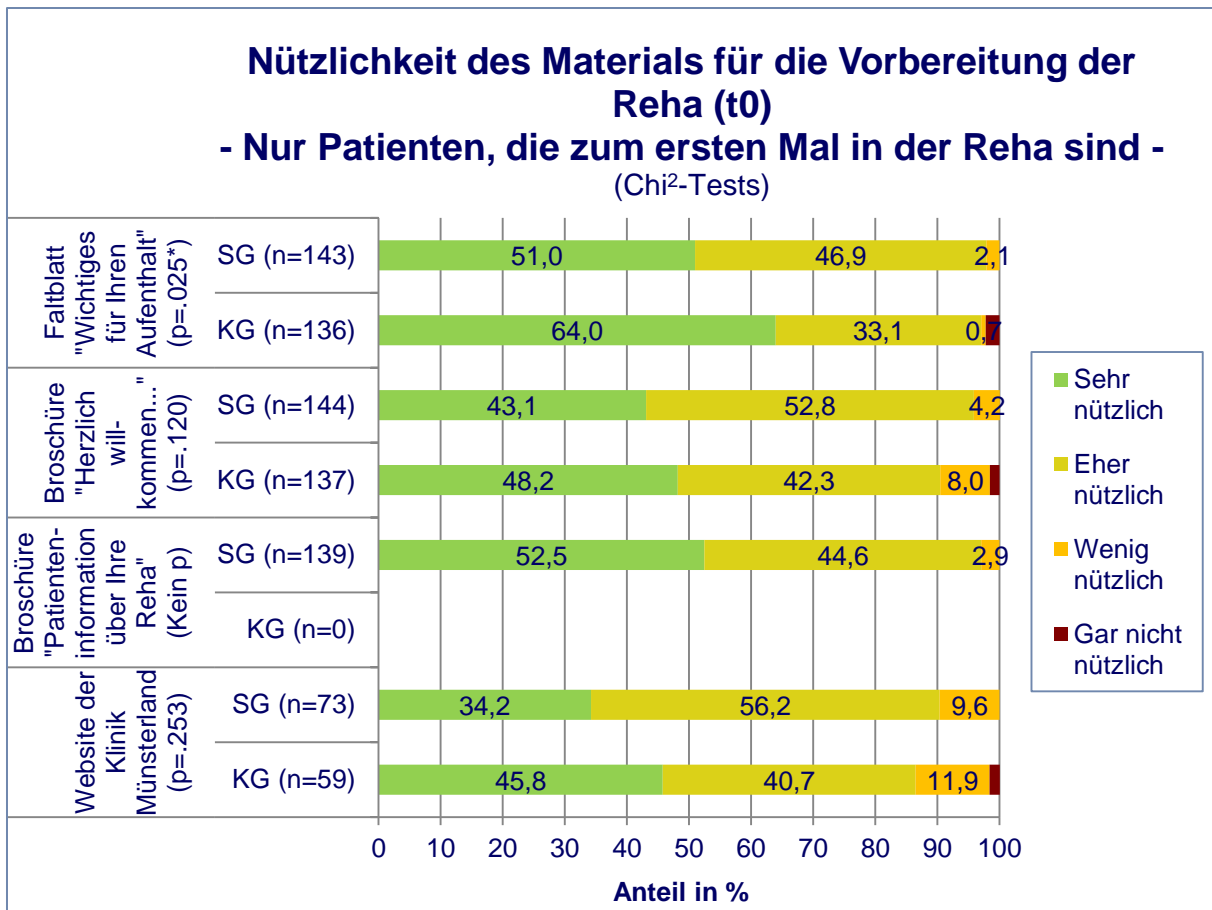


Abbildung 35: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte



**Abbildung 36: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten**

In der Woche nach Reha-Beginn war der Gruppenunterschied in der Bewertung der Nützlichkeit des Faltblattes verschwunden, insgesamt wurde seine Nützlichkeit gerade von der Kontrollgruppe schlechter bewertet als noch zu t0. Alle anderen Einschätzungen sind in der Gesamtgruppe konstant geblieben. Von den Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, haben sich zu t1 die Bewertungen der Nützlichkeit des Print-Materials durch die Studiengruppenpatienten leicht gesteigert, die der Kontrollgruppenpatienten hingegen sind leicht schlechter geworden. Die Nützlichkeit der Website wurde von beiden Teilgruppen zu t1 schlechter bewertet als zu t0; sämtliche Gruppenunterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

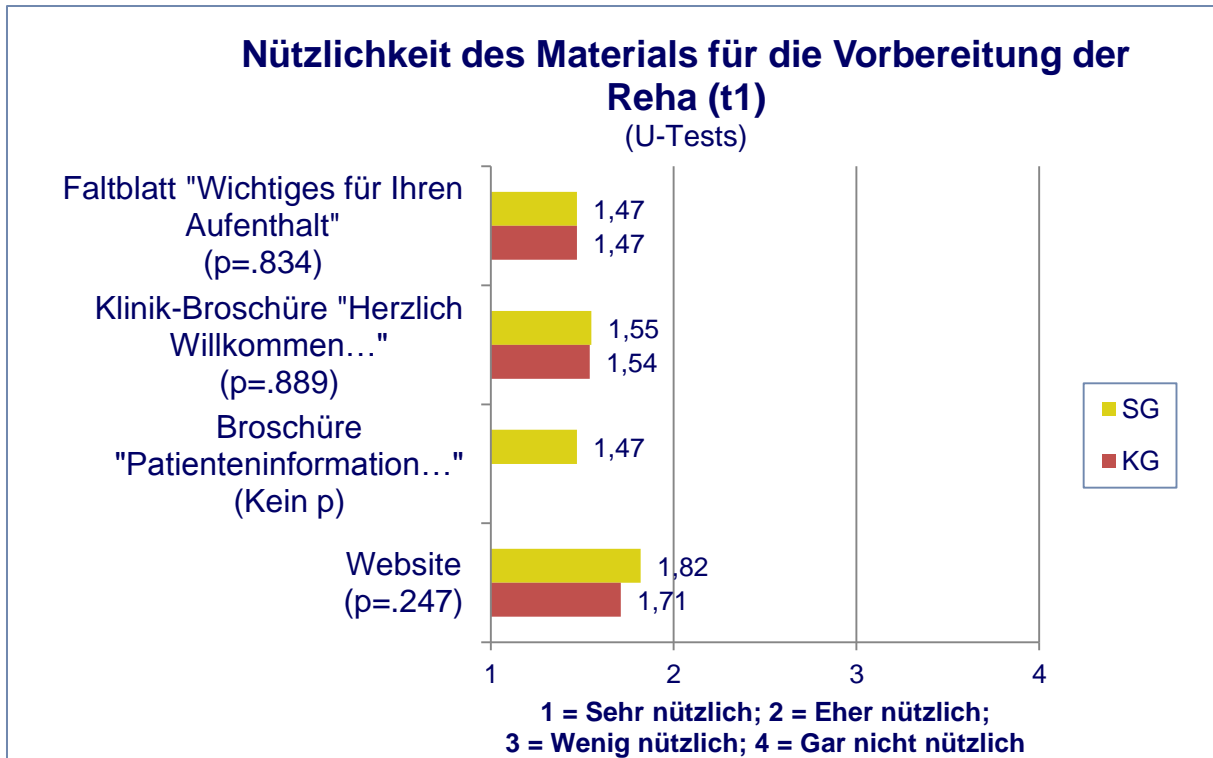


Abbildung 37: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (n=510); Mittelwerte

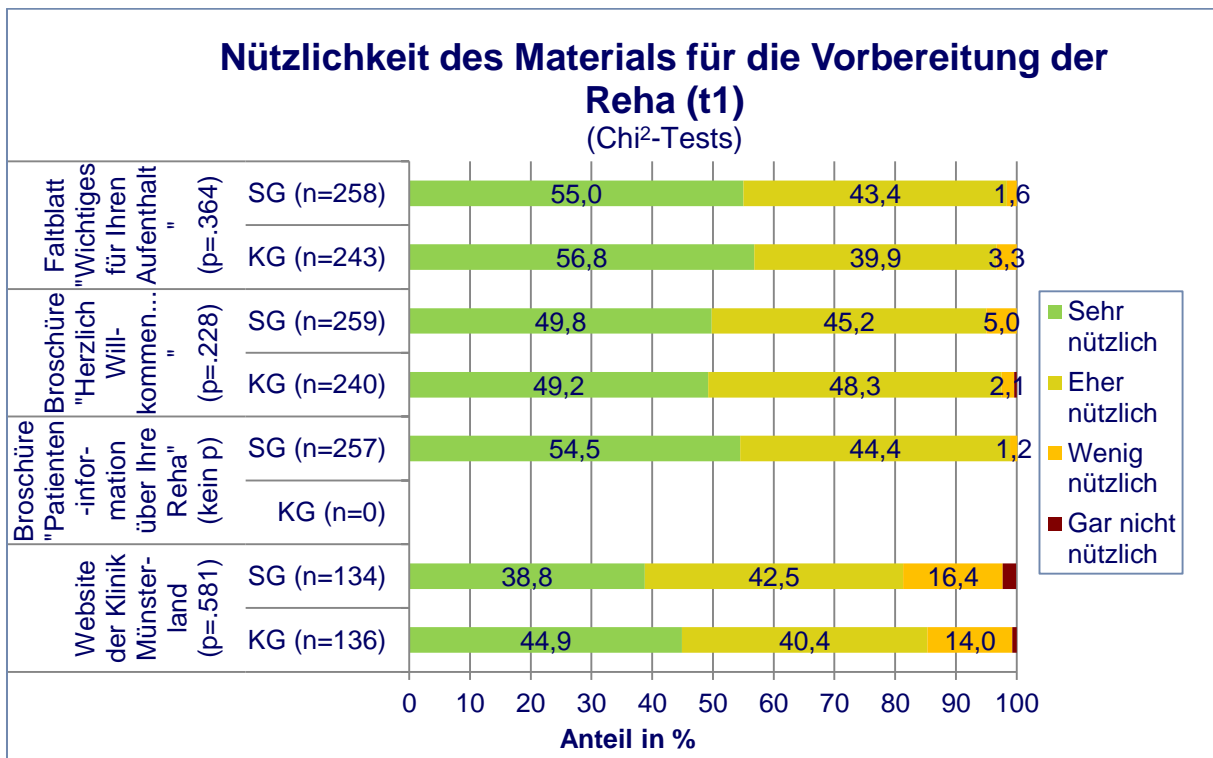


Abbildung 38: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (n=510); Verteilung der Antworten

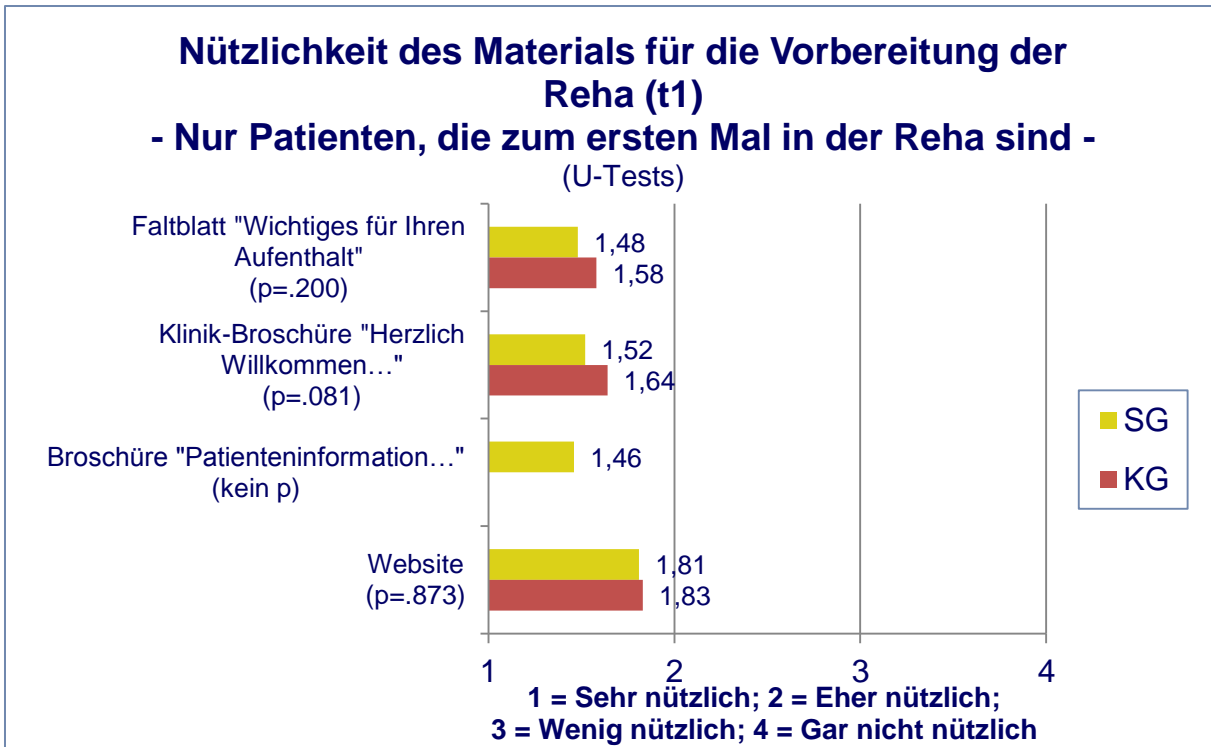


Abbildung 39: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte

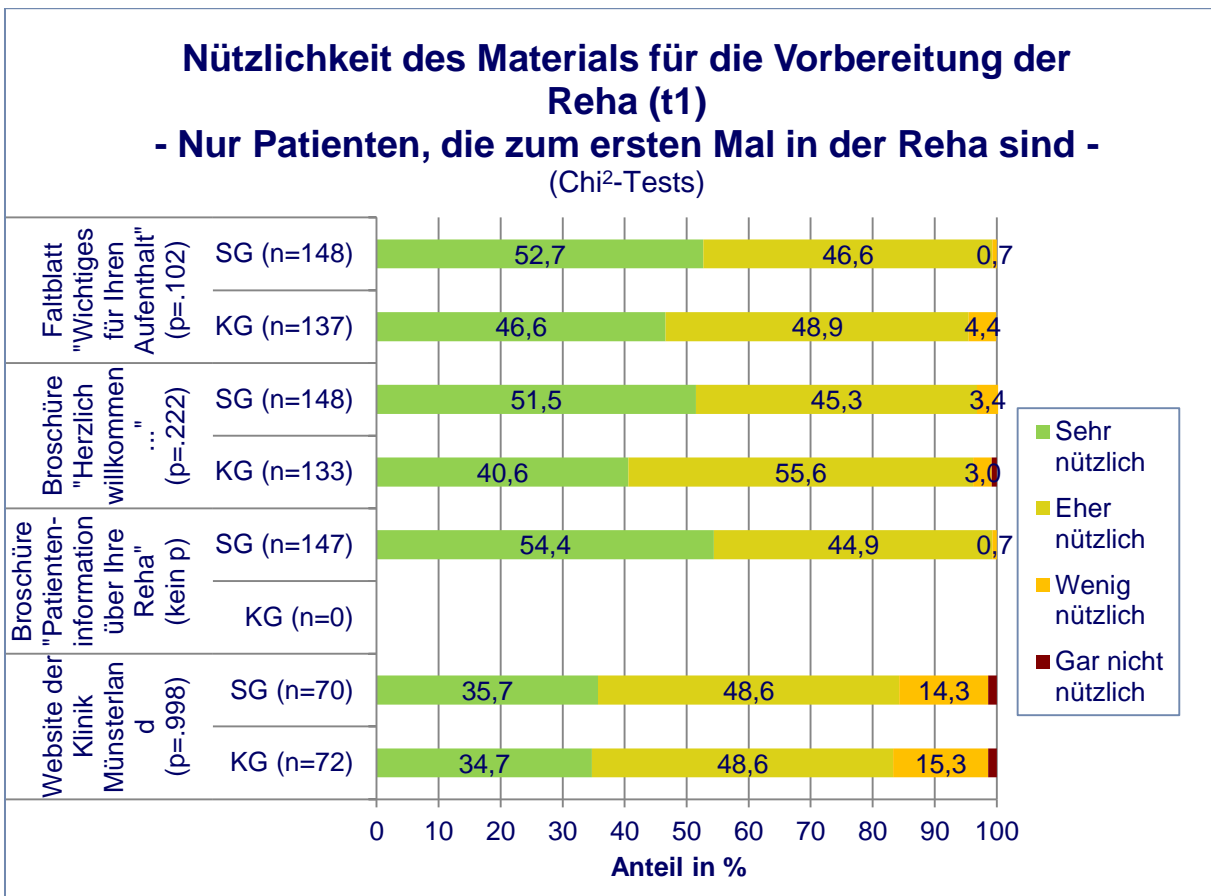


Abbildung 40: Nützlichkeit des Materials für die Vorbereitung der Reha t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten

### 8.3.2.3 Bewertung des eigenen Informationsstandes

Im theoretischen Hintergrund (Kap. 2.1) haben wir ausführlich die Annahme dargelegt, dass ein guter Informationsstand die Basis für realistische Erwartungen darstellt und folglich zu einer hohen Zufriedenheit und im Falle unserer Probanden auch zu einem guten Reha-Erfolg beitragen sollte.

Da durch die diagnosegruppenspezifischen Broschüren der Kenntnisstand hinsichtlich der eigenen Erkrankung und deren Behandlung sowie der zu erwartenden Inhalte und Abläufe der Reha deutlich verbessert werden sollte, haben wir an diesen Stellen signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Studiengruppe erwartet. Dabei haben wir nicht ausgeschlossen, dass Patienten erst im Laufe oder sogar zum Ende der Maßnahme wirklich einschätzen können, ob sie vor Beginn der Reha tatsächlich gut informiert waren, oder ob sie viele Überraschungen - positive negative – erlebt haben. Aus diesem Grund haben wir sie zu allen drei Messzeitpunkten analoge Einschätzungen treffen lassen. In den Items zu den Themenfeldern, zu denen Studien- und Kontrollgruppen das gleiche Material erhalten haben (Was ist zur Vorbereitung der Reha noch zu tun? Wie ist die KML ausgestattet? Was kann ich von dem Ort Bad Rothenfelde erwarten?), haben wir hingegen keine Gruppenunterschiede vermutet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Patienten zu t0 gut informiert gefühlt haben. Dabei war in der Gesamtgruppe der subjektive Informationsstand hinsichtlich der weiteren Vorbereitung der Reha sowie der Klinik Münsterland und ihrer Ausstattung mit Mittelwerten um 8 auf einer Skala von 0 (Gar nicht informiert) bis 10 (Sehr gut informiert) am besten. Die Abläufe und Behandlungen in der Klinik waren den Patienten geringfügig weniger bekannt, wobei die Studiengruppenpatienten an dieser Stelle leicht überlegen waren. Insbesondere der Anteil der Patienten, die sich sehr gut informiert gefühlt haben, ist bei ihnen in diesen beiden Items erheblich höher als in der Kontrollgruppe. Der eigene Informationsstand über den Ort Bad Rothenfelde wurde erwartungsgemäß am schlechtesten, aber immer noch erstaunlich gut bewertet. Signifikante Gruppenunterschiede waren in keinem Item zu finden.

Zu t1 sind die Mittelwerte leicht abgesunken – die Studiengruppenpatienten haben zu diesem Messzeitpunkt zwar häufiger Bestnoten vergeben als zu t0, aber auch häufiger Bewertungen aus dem unteren Bereich der Skala ausgewählt. Dieses Muster hat sich im Verlauf der Reha bis zu t2 weitgehend stabilisiert, wobei sich die Beurteilungen für alle Items wieder leicht nach oben verschoben haben; signifikante Gruppenunterschiede gibt es jedoch auch für diesen Messzeitpunkt nicht. Die Verteilung der Antworten zeigt, dass die oberen Kategorien zu diesem Messzeitpunkt wieder häufiger frequentiert wurden, während die Kategorien im unteren Mittelfeld eher seltener genutzt worden sind.



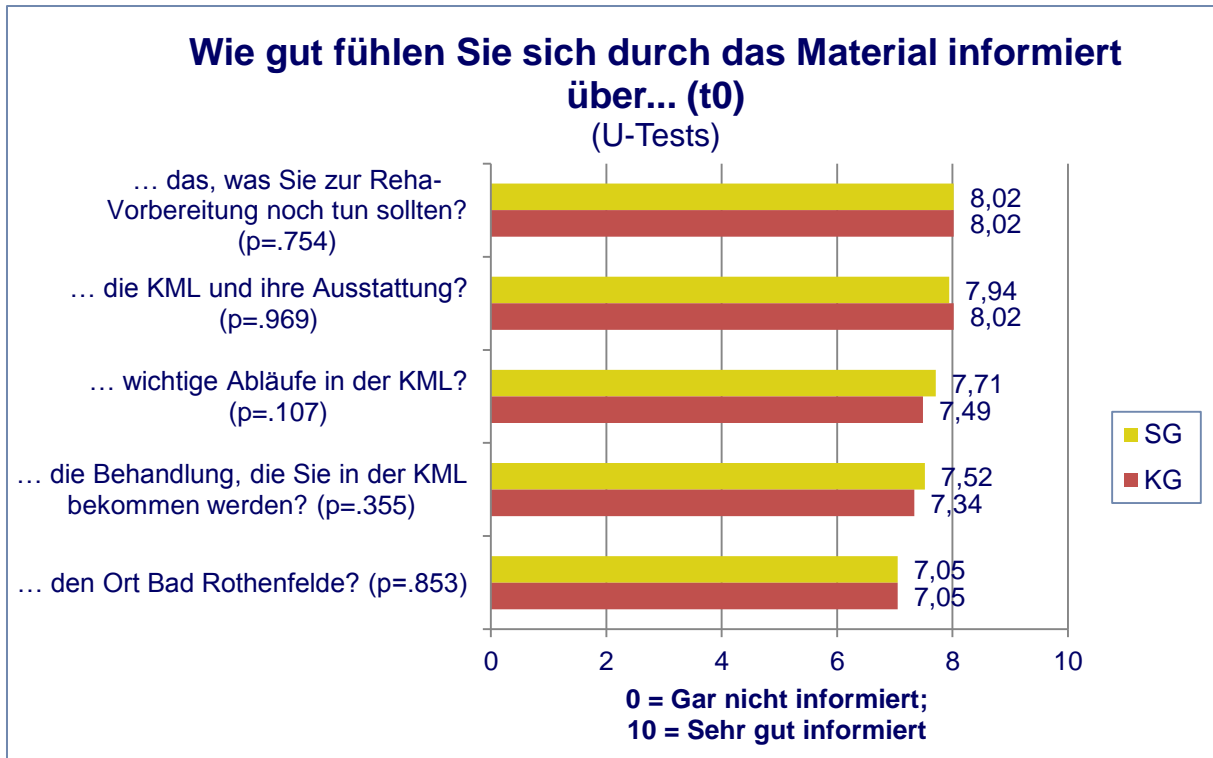


Abbildung 41: Subjektiver Informationsstand t0 (n=510); Mittelwerte

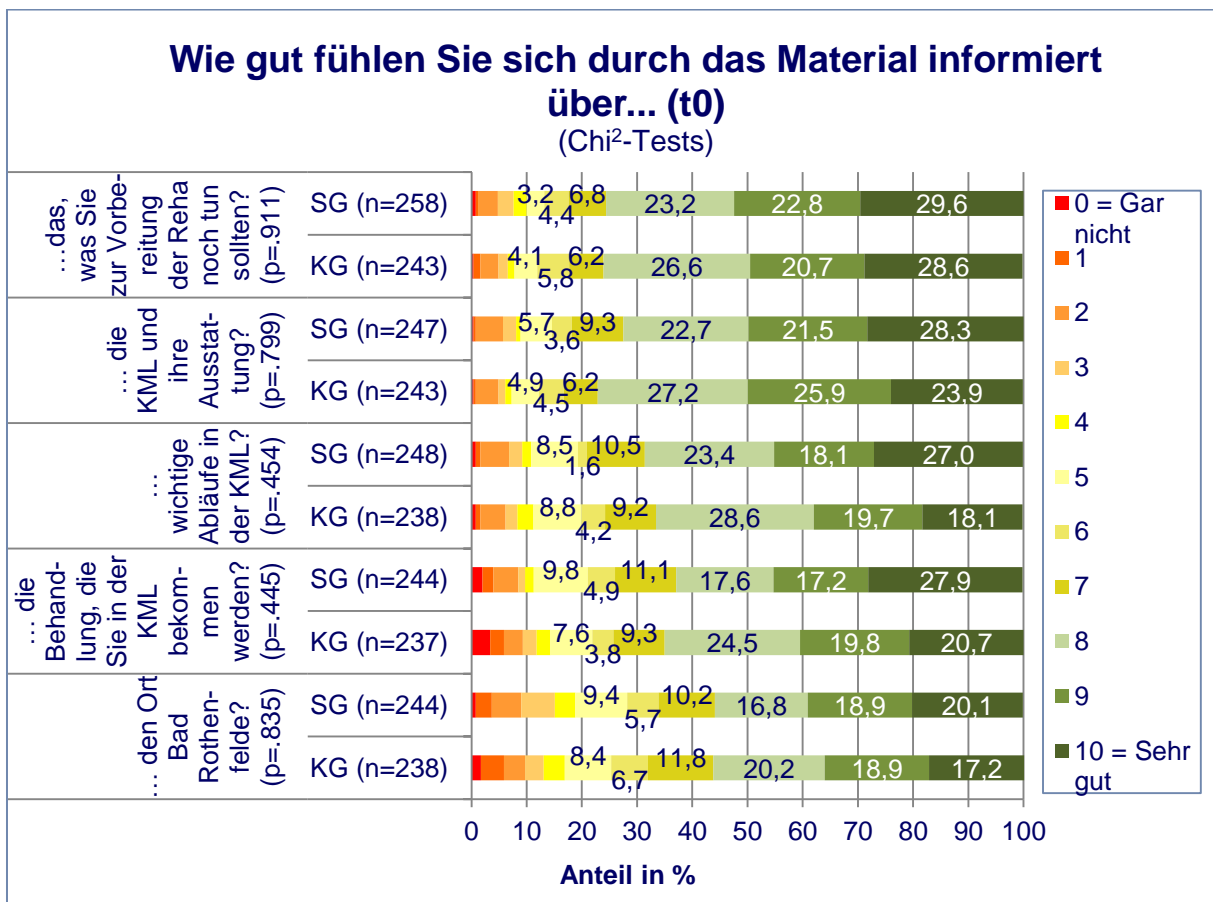


Abbildung 42: Subjektiver Informationsstand t0; n=510; Verteilung der Antworten

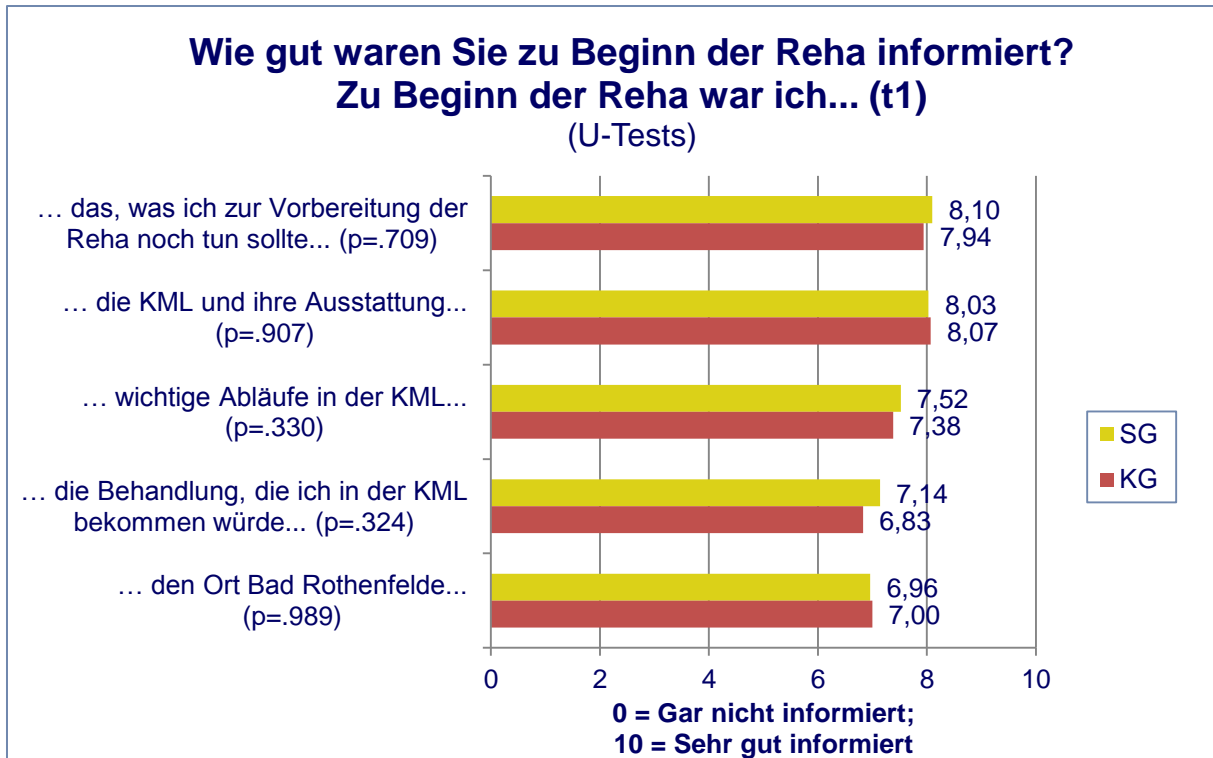


Abbildung 43: Subjektiver Informationsstand t1 (n=510); Mittelwerte

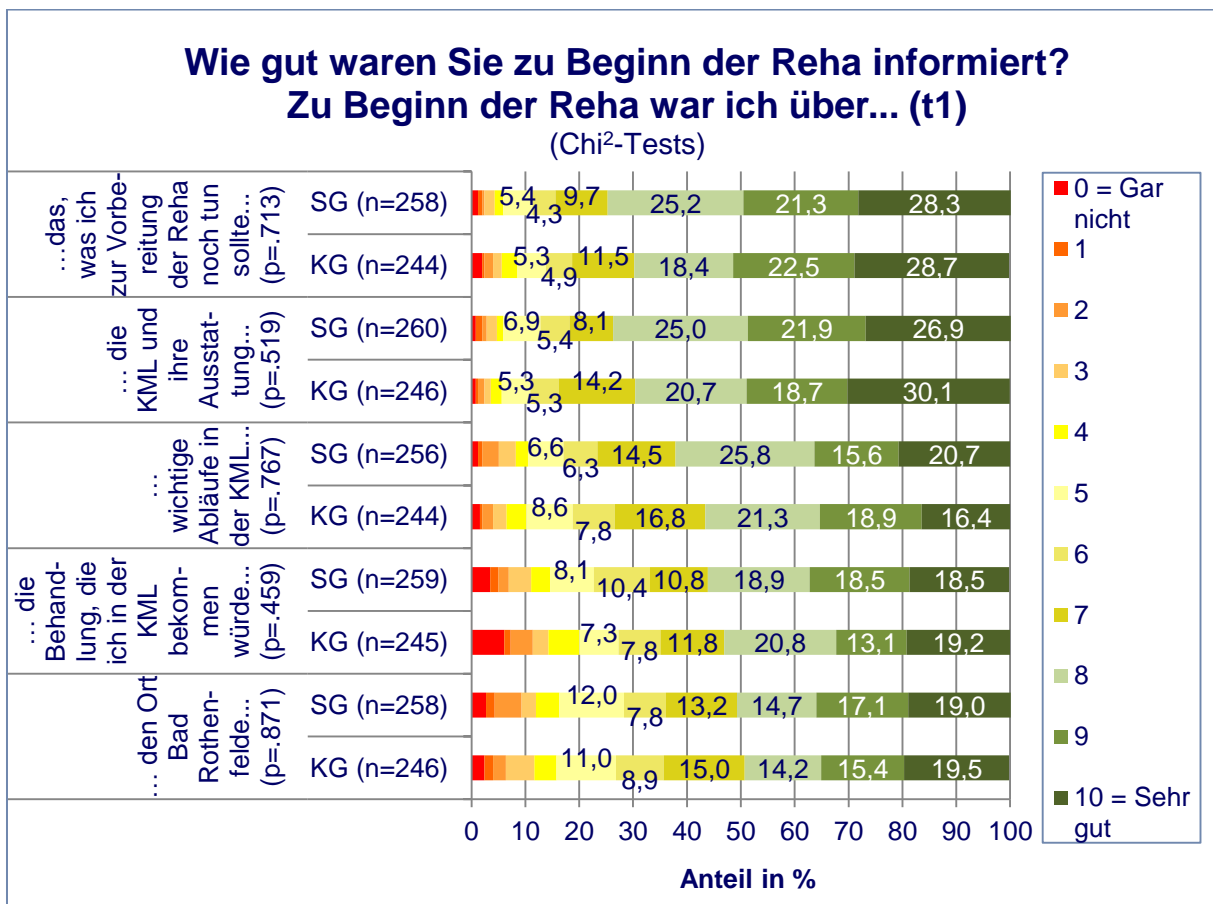


Abbildung 44: Subjektiver Informationsstand t1 (n=510); Verteilung der Antworten

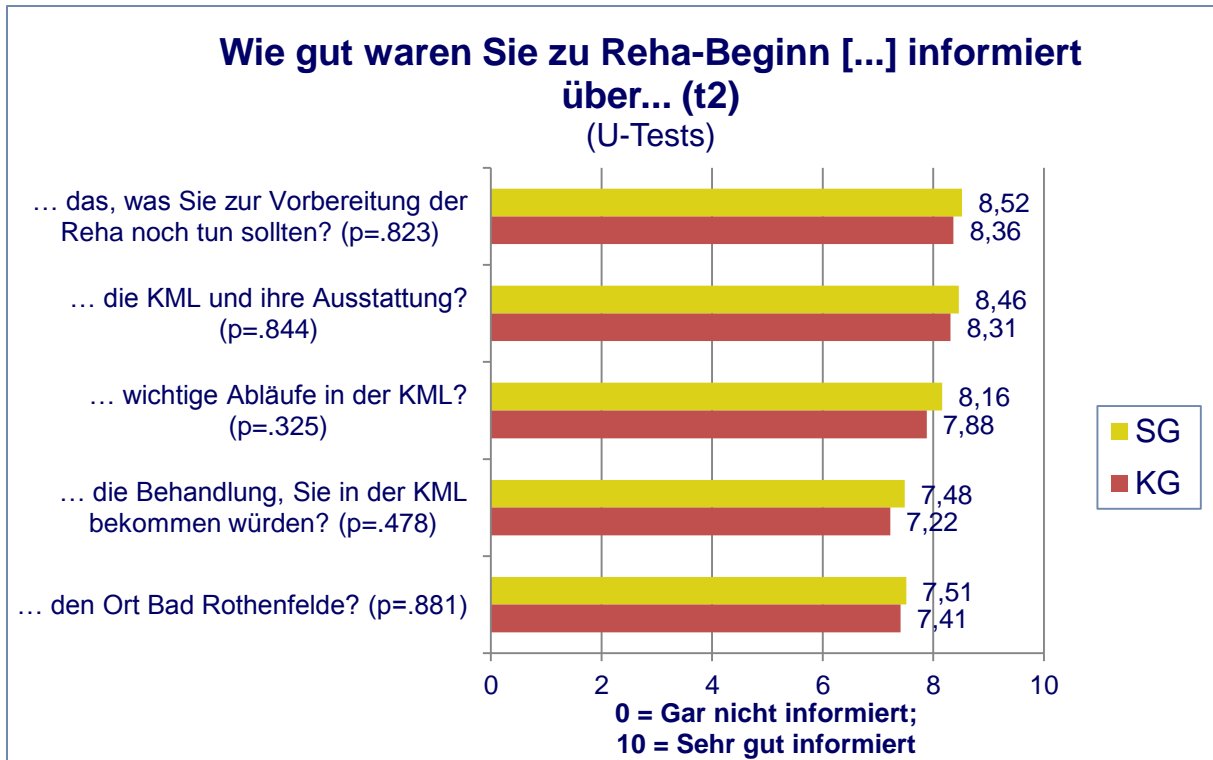


Abbildung 45: Subjektiver Informationsstand t2 (n=510); Mittelwerte

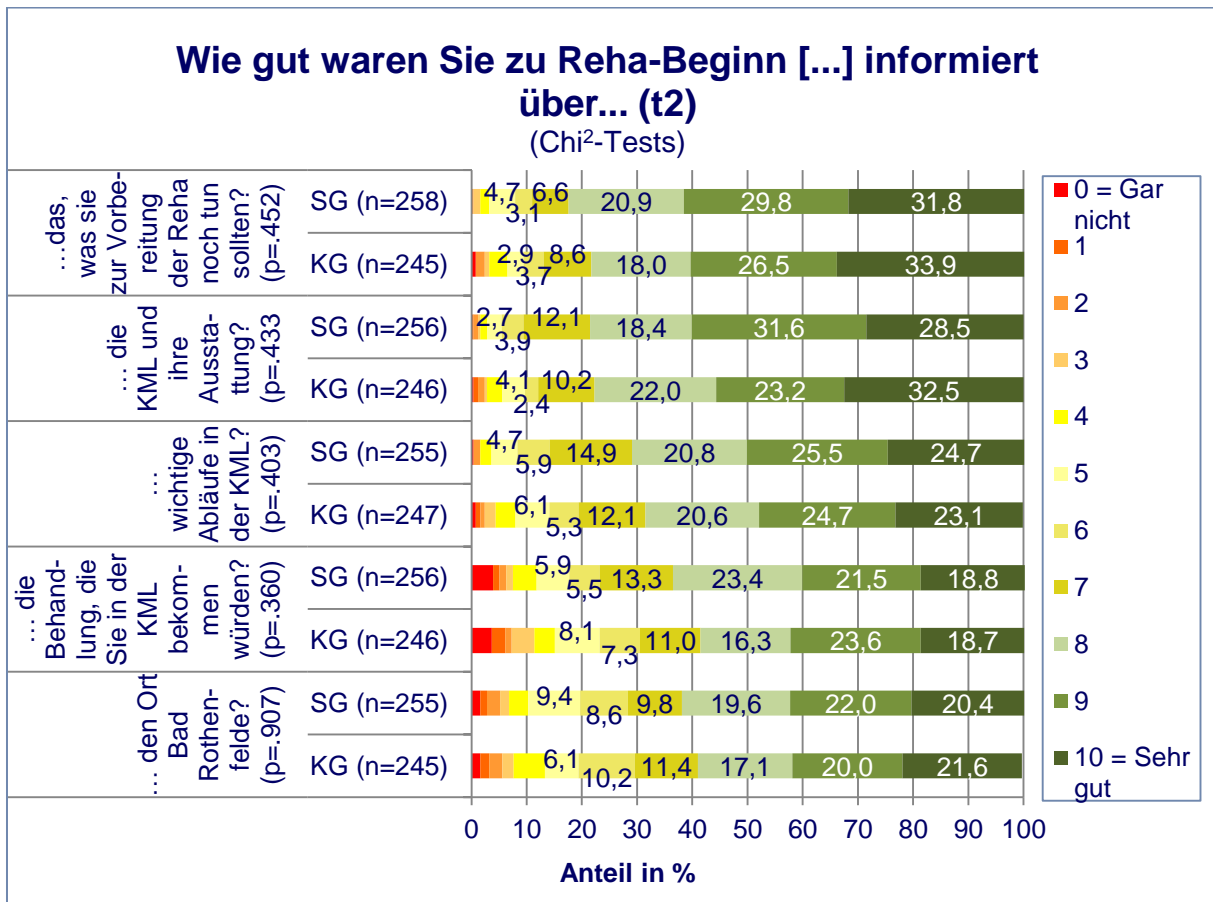
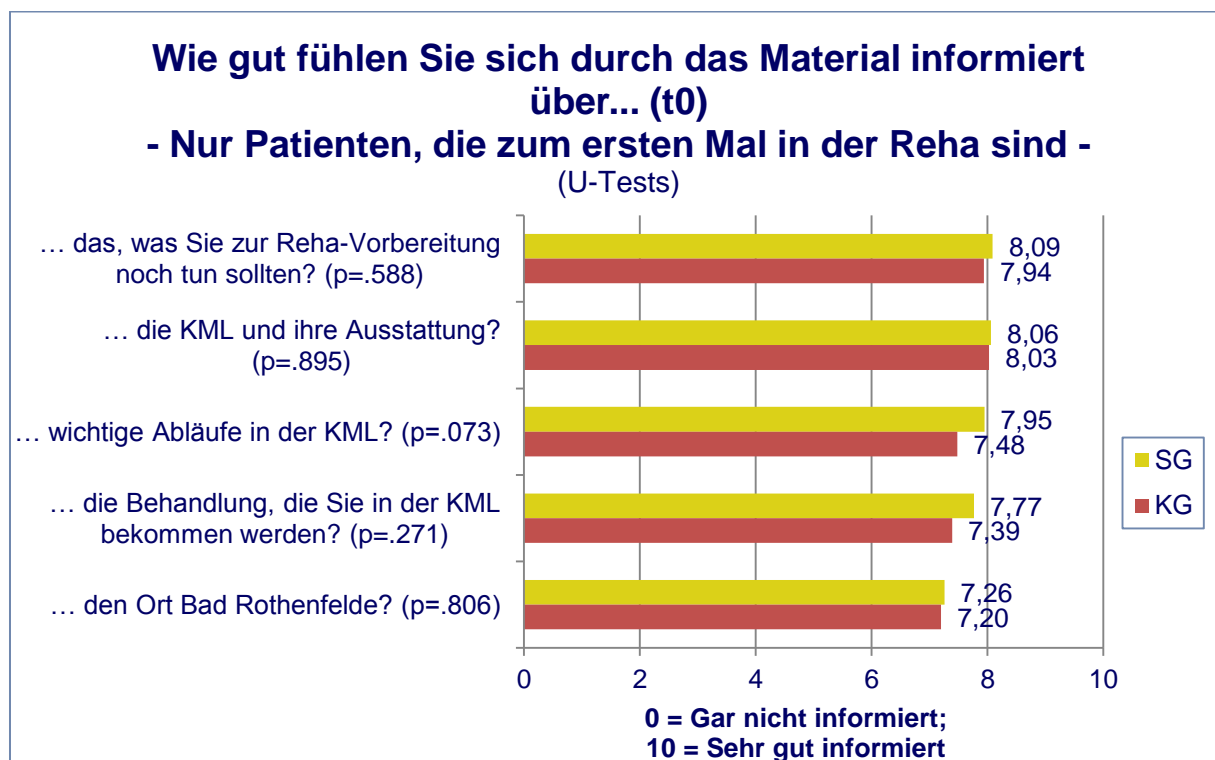


Abbildung 46: Subjektiver Informationsstand t2 (n=510); Verteilung der Antworten

Betrachtet man nur die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, zeigt sich, dass deren Einschätzungen des eigenen Informationsstandes vor der Reha zu t0 etwa im gleichen Bereich lagen wie die der Gesamtgruppe. Die Gruppenunterschiede in den Items zum Kenntnisstand hinsichtlich der Abläufe und der Inhalte der Reha waren bei ihnen jedoch etwas größer. Die Verteilung der Antworten zeigt, dass die Studiengruppenpatienten dieser Subgruppe insbesondere die höchste Antwortkategorie nicht nur häufiger auswählten als die entsprechenden Kontrollgruppenpatienten, sondern auch als die Patienten der Gesamtgruppe.

Zu t1 haben die unerfahrenen Rehabilitanden ihren Kenntnisstand in allen Bereichen noch etwas höher eingeschätzt als zu t0. In den für uns besonders wichtigen Items hat die Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt mit der Studiengruppe gleichgezogen, diese Patienten fühlen sich rückblickend im Vorfeld der Reha genauso gut informiert wie die Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben.

Zu t2 hat sich der Anstieg der Bewertungen noch einmal fortgesetzt; die Bewertungen der unerfahrenen Rehabilitanden lagen zum Ende der Reha leicht über denen der Gesamtgruppe. In den Items, auf die die diagnosegruppenspezifischen Broschüren abzielen, zeigten sich wieder leichte Vorteile zugunsten der Studiengruppe, die aber mit p-Werten von .799 respektive .638 von statistischer Signifikanz weit entfernt liegen.



**Abbildung 47: Subjektiver Informationsstand t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte**

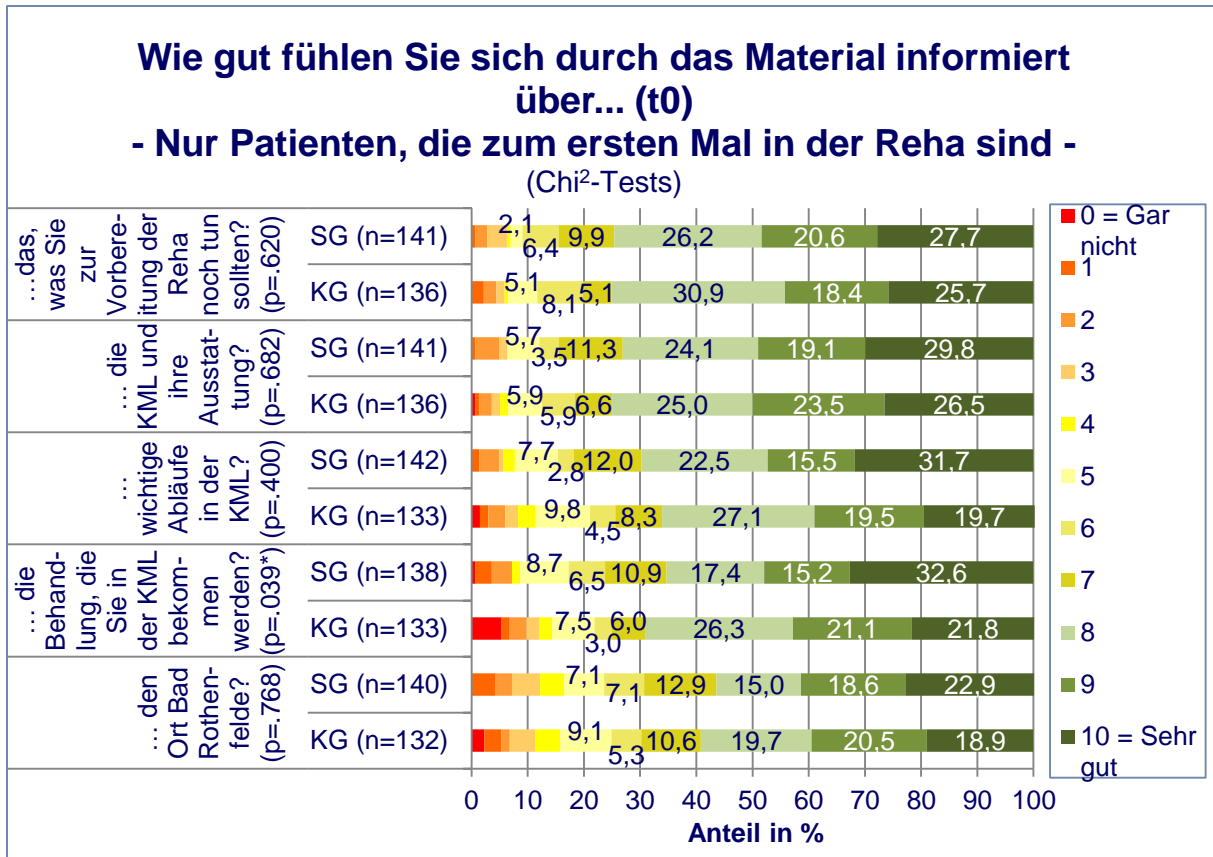


Abbildung 48: Subjektiver Informationsstand t0 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten

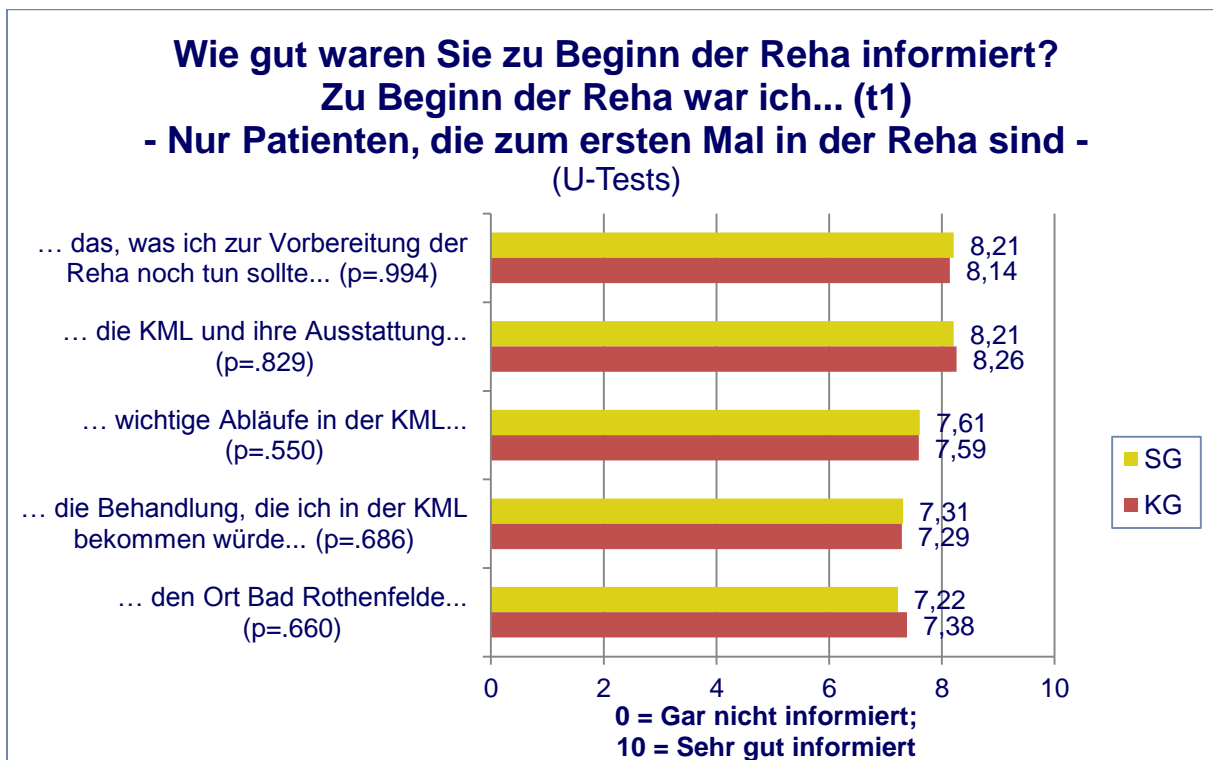


Abbildung 49: Subjektiver Informationsstand t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte

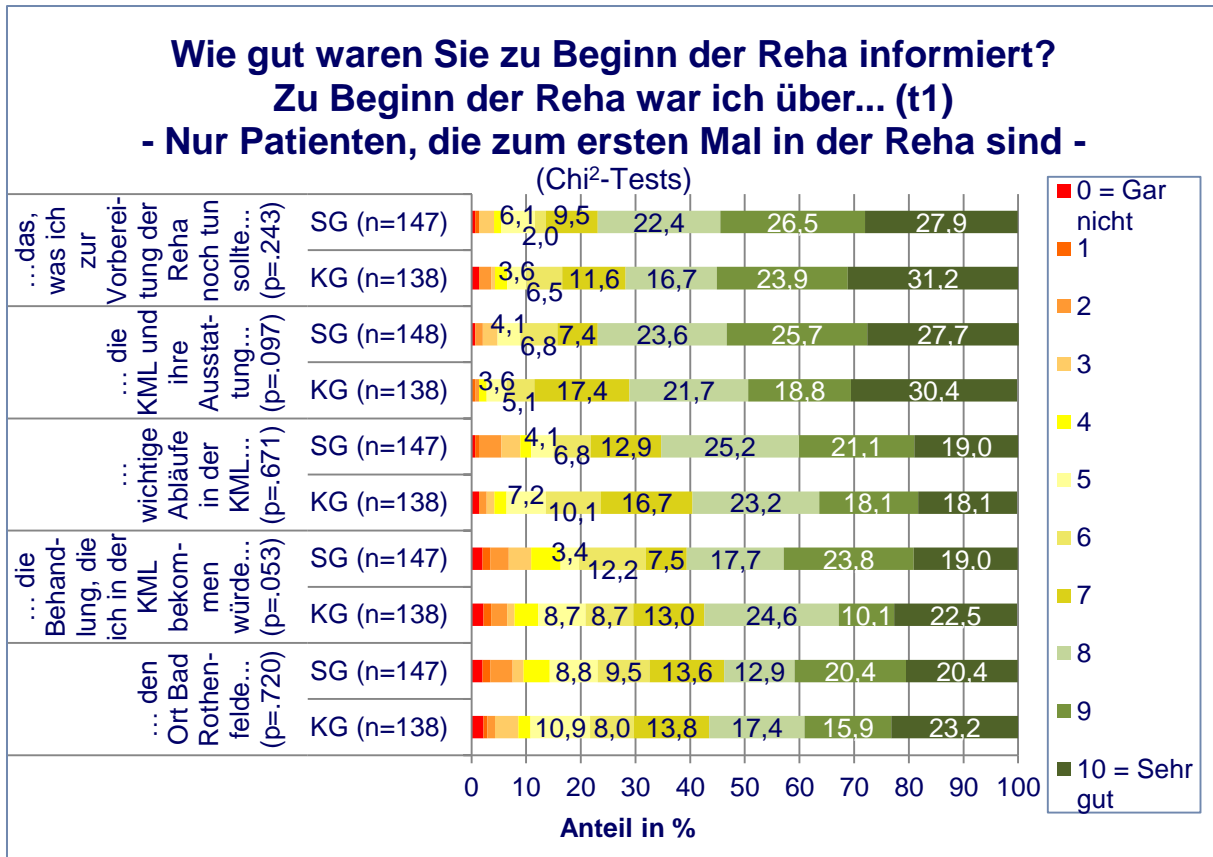


Abbildung 50: Subjektiver Informationsstand t1 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten

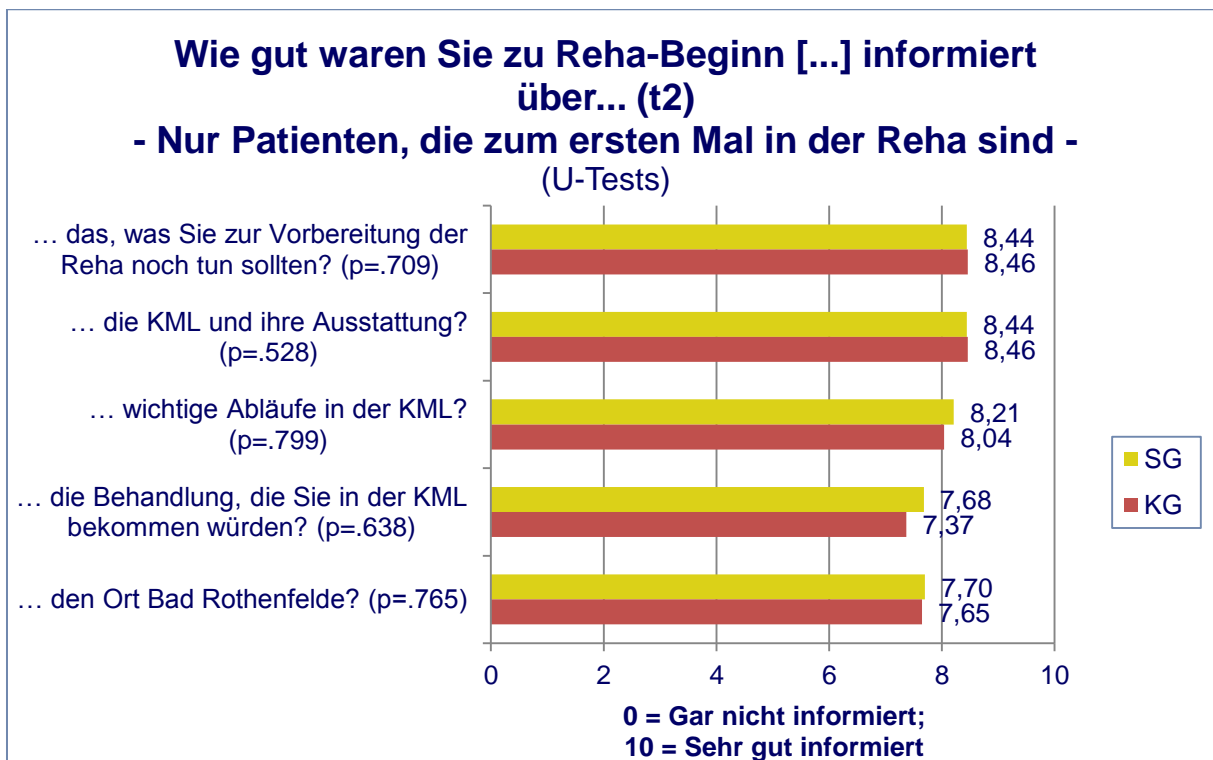
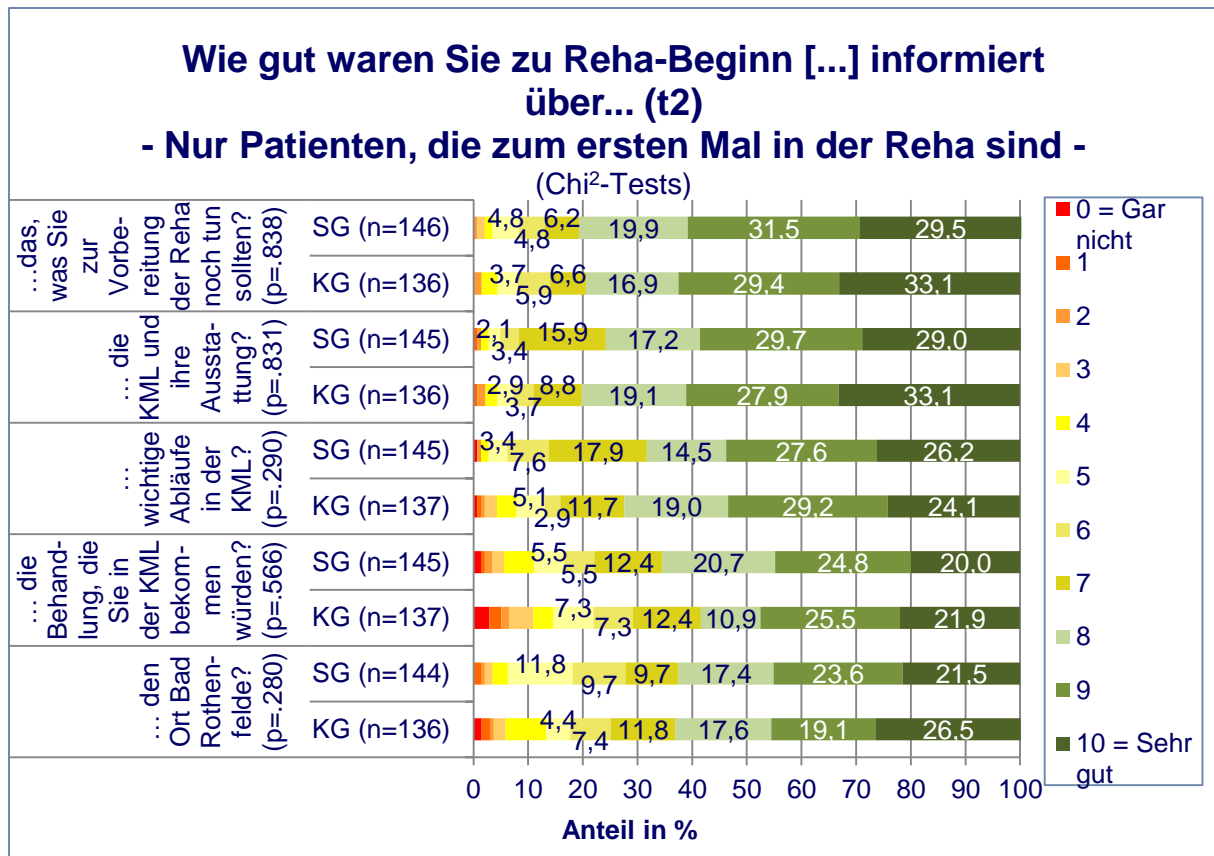


Abbildung 51: Subjektiver Informationsstand t2 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Mittelwerte



**Abbildung 52: Subjektiver Informationsstand t2 (nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind; n=287); Verteilung der Antworten**

Betrachtet man den Gesamtverlauf der Einschätzungen des eigenen Informationsstandes, so zeigt sich, dass zu jedem Messzeitpunkt etwa die Hälfte aller Probanden im oberen Fünftel und etwa 60-80% im oberen Drittel der Skala finden, wobei die Bewertungen in allen Bereichen mit Ausnahme der Reha-Inhalte bis zum Ende der Reha angestiegen sind. Die diesbezüglichen Bewertungen sind in der Gesamtgruppe im Mittel im Laufe der Zeit sogar etwas abgesunken. Da sich dieser Effekt aber in Studien- und Kontrollgruppe zeigt, scheinen Patienten im Allgemeinen vor der Reha das Gefühl zu haben, recht genau zu wissen, was auf sie zukommt, dann im Laufe der Maßnahme aber doch immer wieder von den erhaltenen Behandlungen überrascht zu werden. Unter anderem diesem Effekt widmen wir uns im nächsten Abschnitt noch einmal verstärkt.

### 8.3.2.4 Erwartungen an die Reha

Neben dem subjektiven Informationsstand haben wir in unserem ersten Fragebogen abgefragt, (a) ob die Patienten vermuten, dass sie verschiedene Leistungen erhalten beziehungsweise daran teilnehmen werden und (b) inwieweit die entsprechenden Leistungen ihnen helfen würden. Gruppenunterschiede in diesen beiden Fragen würden auf einen erwartungsmodulierenden Effekt des diagnosegruppenspezifischen Materials hindeuten.

Zum Ende der Reha haben wir die Patienten dann um Auskunft darüber gebeten, ob sie die zu t0 schon einmal angesprochenen Behandlungselemente tatsächlich erhalten haben. Ein Vergleich dieser Angaben mit den Erwartungen zu t0 ermöglicht eine differenzierte indirekte Messung der Realitätsnähe der Erwartungen. In diese Vergleiche haben wir nur die Patienten einbezogen, die zu t0 eine klare Vermutung geäußert haben; die Patienten, die dort „Weiß nicht“ angekreuzt haben, haben wir hingegen aus der Analyse ausgeschlossen

Für etwas weiter gefasste Qualitätsmerkmale der Reha (Reha-Plan und Reha-Ziele, Klinik und Unterbringung während der Reha, Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha) haben wir die Erwartungen analog erfasst, sie jedoch zum Ende der Reha eher im Sinne einer Bewertung noch einmal 5-stufig skaliert abgefragt, so dass eine Realitätsprüfung durch einen direkten Vergleich unmöglich ist. Aus diesem Grunde referieren wir dazu in diesem Abschnitt lediglich die Erwartungen zu t0; die Bewertungen zu t2 finden sich im Kapitel 8.3.2.7.

Den dritten Teil dieses Abschnitts umfassen abstraktere Erwartungen zu t0, die auf die Frage der Passung von Bedürfnissen der Patienten einerseits und den zu erwartenden Leistungen andererseits fokussieren. Ein Beispiel ist die Frage „Vermuten, Sie, dass die Betreuungen, Behandlungen und Beratungen, die Sie in der Klinik Münsterland bekommen werden, zur Linderung Ihrer Beschwerden geeignet sind?“. Varianzanalytische Vergleiche dieser Erwartungen mit den tatsächlichen Einschätzungen zum Ende der Reha geben wiederum Hinweise auf ihre Realitätsnähe.

Diesen indirekten Erhebungen der Realitätsnähe von Erwartungen haben wir die direkten Fragen „Ist Ihre Reha bisher so, wie Sie es erwartet hatten?“ (t1) beziehungsweise „War Ihre Reha so, wie Sie es erwartet hatten?“ (t2) gegenübergestellt und berichten die Ergebnisse dazu am Ende dieses Unterkapitels.

Grundsätzlich gehen wir an dieser Stelle in der Regel lediglich auf die Ergebnisse für die Gesamtgruppe ausführlich ein. Die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, beschreiben wir nur kurz im Vergleich dazu; die dazugehörigen Grafiken können Sie bei Bedarf ebenso wie die Ergebnisse für die einzelnen Diagnosegruppen bei uns anfordern.



## Behandlungen

Die Erwartungen der Patienten hinsichtlich des Erhalts vor allem somatisch ausgerichteter Behandlungselemente haben sich zwischen Studien- und Kontrollgruppe kaum unterschieden. Offensichtlich erwarteten die Patienten aus beiden Gruppen, vor allem „klassische“ Leistungen der orthopädischen Reha wie Einzel- und Gruppenkrankengymnastik sowie Sport- und Bewegungstherapie und physikalische Anwendungen zu erhalten; bei diesen Leistungen zeigten sie auch die geringsten Unsicherheiten in den Erwartungen.

Die anderen thematisierten Behandlungselemente waren den Patienten offenbar weniger bekannt; sie wurden in geringerem Ausmaß erwartet und es gaben erheblich mehr Patienten an, nicht zu wissen, ob sie diese Leistungen erhalten würden.

Für uns überraschend war, dass die Kontrollgruppenpatienten vor der Reha tendenziell häufiger davon ausgegangen sind, auch psychologische Leistungen zu erhalten als die Patienten der Studiengruppe. Ebenfalls erstaunlich fanden wir die jeweils ungefähre Gleichverteilung der Nennung „Weiß nicht“ zwischen den Gruppen, die mit zwischen knapp 15 und fast 45% der Befragten zwischen den Items jedoch erheblich schwankte.

Betrachtet man nur die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Erstaunlicherweise sind diese Patienten bei den klassischen somatischen Anwendungen und dem Entspannungstraining noch stärker davon ausgegangen, sie zu erhalten als die Patienten der Gesamtgruppe; der Anteil an unsicheren Patienten war hingegen geringer. Signifikante Gruppenunterschiede gab es auch in dieser Subgruppe nicht.

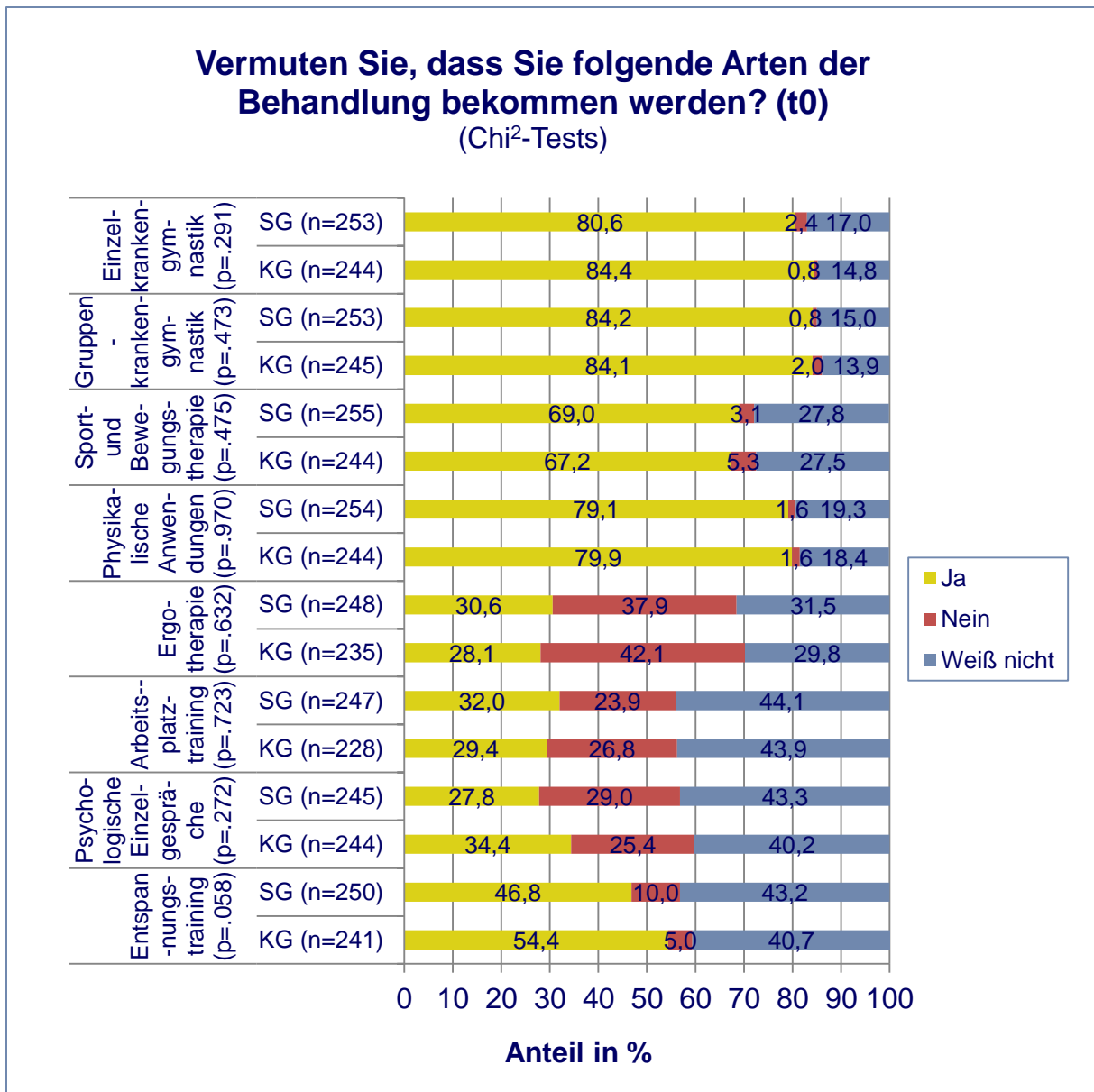
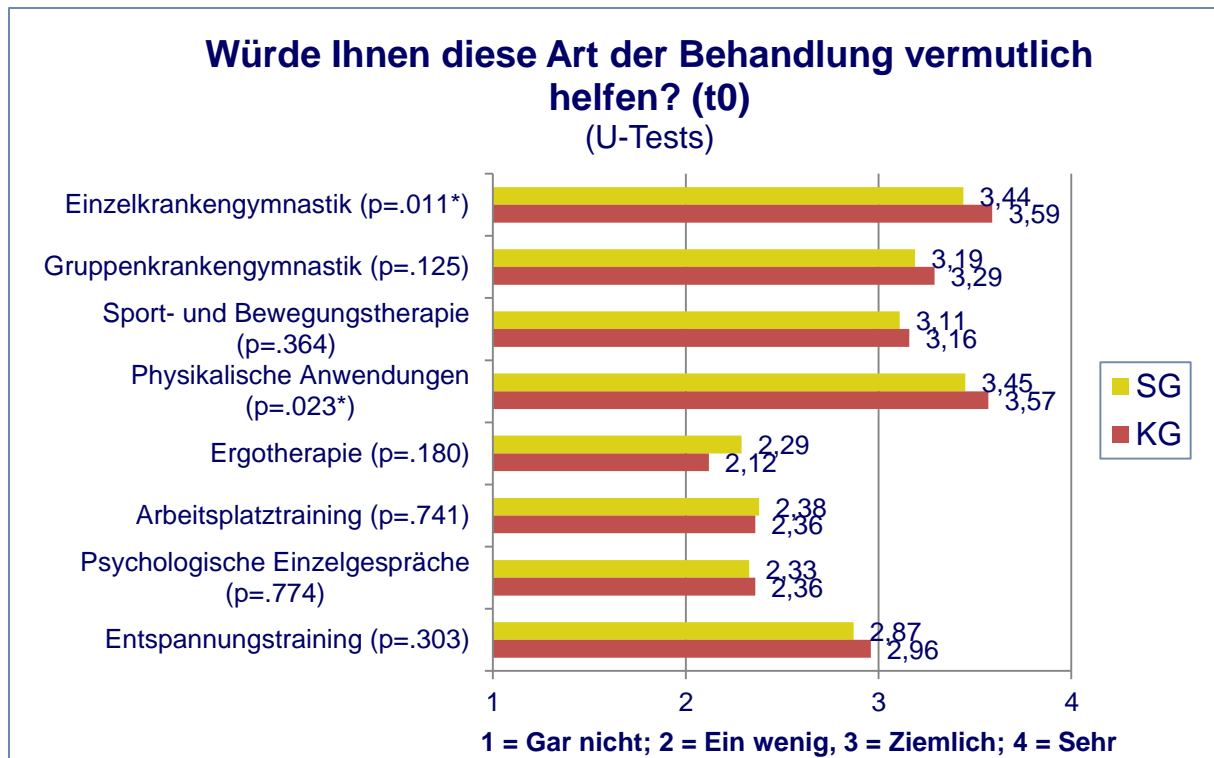


Abbildung 53: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Behandlungsarten t0

Korrespondierend mit den Erwartungen zum Erhalt bestimmter Behandlungen schrieben die Patienten den „klassischen“ Behandlungselementen auch das größte Hilfe Potenzial zu. Bemerkenswert ist, dass die Studiengruppenpatienten in diesem Punkt weniger optimistisch waren als die Kontrollgruppenpatienten. Sie haben vor allem sowohl der Einzelkrankengymnastik als auch den physikalischen Anwendungen, also der klassischen Maßnahmen auch der früheren Kuren, eine geringere Nützlichkeit zugeschrieben als die Kontrollgruppenpatienten (p=.011\*, bzw. p=.023\*), dafür hatte in ihren Augen die Ergotherapie einen leicht höheren Stellenwert (p=.180).



**Abbildung 54: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit spezifischer Behandlungsarten t0; Mittelwerte**

Auch in der Frage der Nützlichkeit unterschieden sich die Ergebnisse der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, nur in einem Punkt von den Ergebnissen der Gesamtgruppe: Ein signifikanter Gruppenunterschied bestand nur in Bezug auf die physikalischen Anwendungen, der die Studiengruppenpatienten eine geringere Nützlichkeit zuschreiben als die Patienten der Kontrollgruppe. Der Gruppenunterschied bei der Einzelkrankengymnastik war in der Subgruppe aufgrund der geringeren Probandenzahl trotz gleicher Größe nicht signifikant.

Insgesamt scheinen die Erwartungen vor allem hinsichtlich der klassischen somatisch orientierten Leistungen in beiden Gruppen mit Trefferquoten von etwa 90% recht realistisch gewesen zu sein; für die eher weniger bekannten Leistungen der Ergotherapie und des Arbeitsplatztrainings sowie den psychologischen Leistungen fiel es den Patienten etwas schwerer, eine zutreffende Vermutung über einen Erhalt zu äußern. Einen signifikanten Gruppenunterschied gab es nur in dem Item der Sport- und Bewegungstherapie, dieser fiel zugunsten der Studiengruppe aus.

In der Subgruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, zeigten sich ähnliche Ergebnisse, der Gruppenunterschied in Bezug auf die Sport- und Bewegungstherapie war jedoch aufgrund der kleineren Stichprobe nicht signifikant.

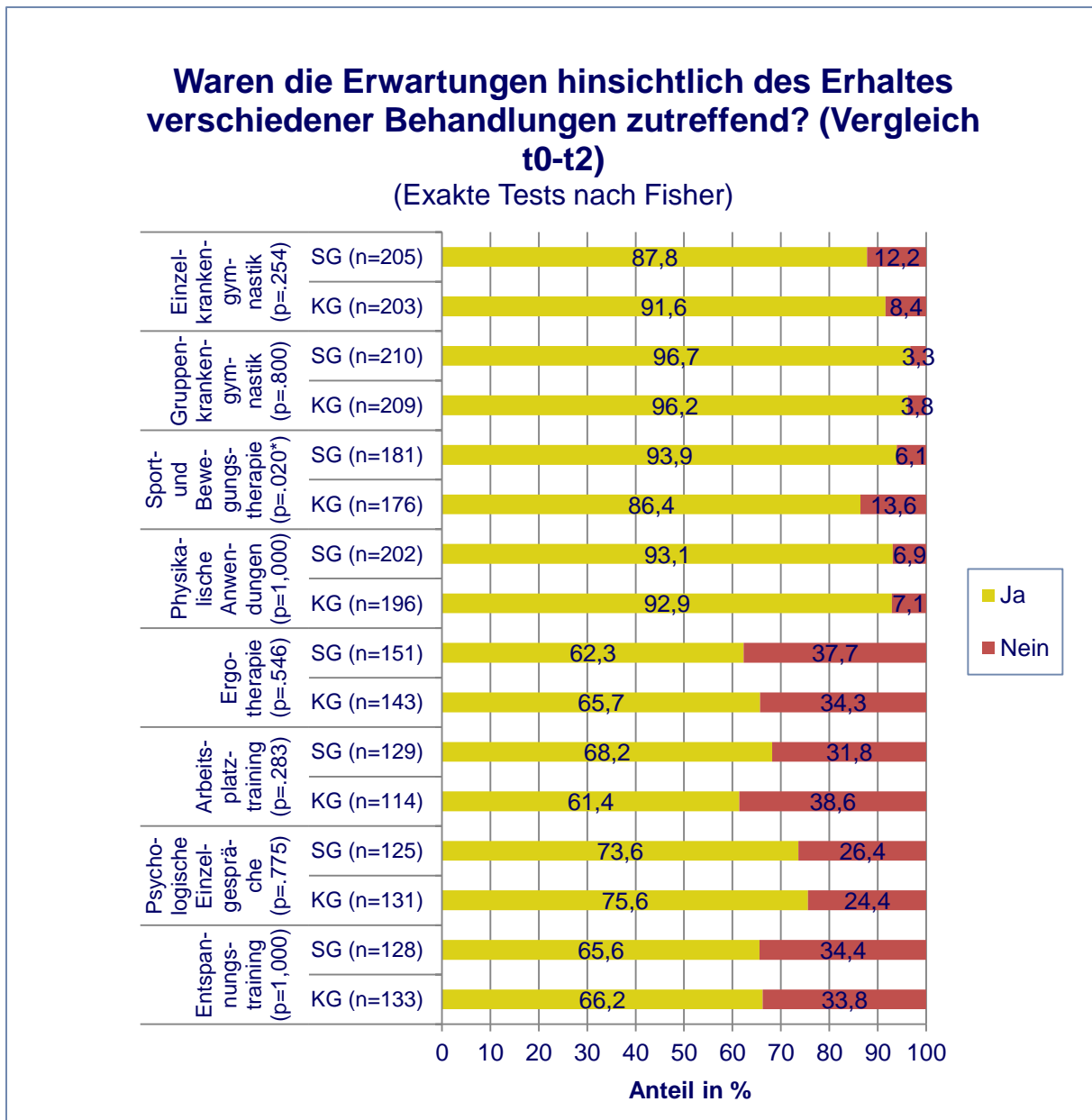
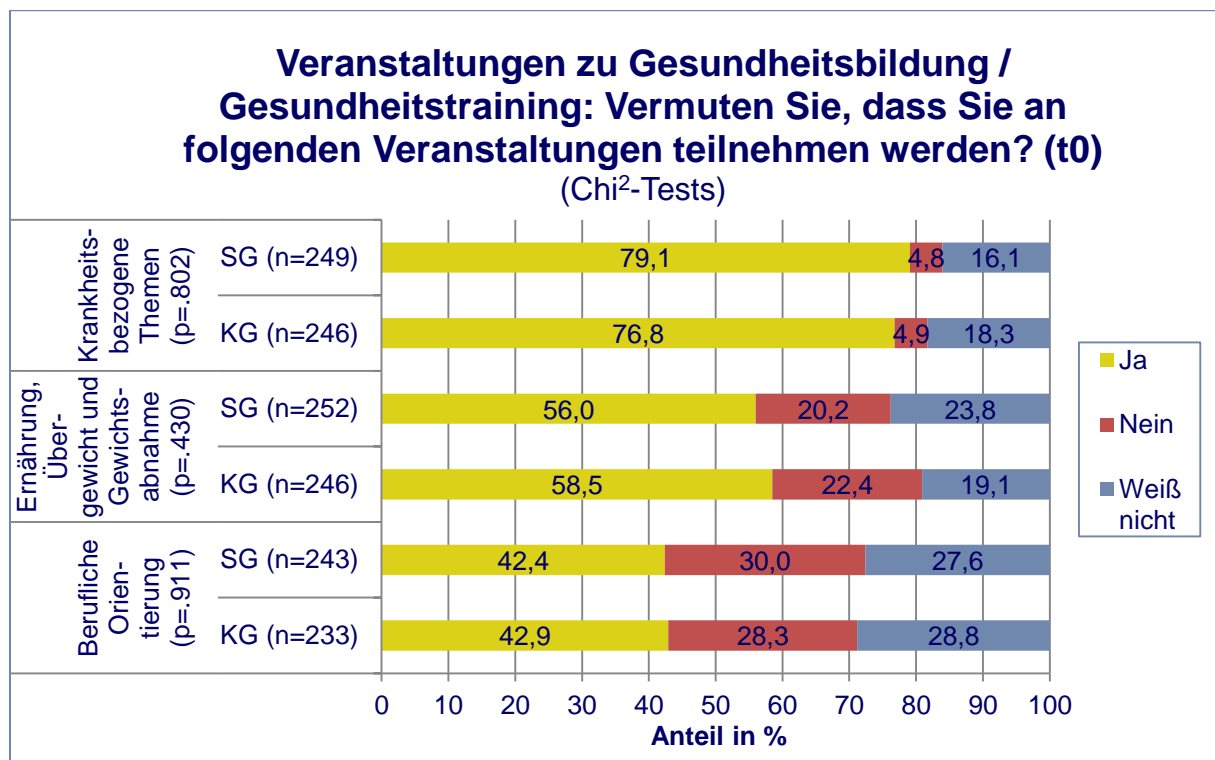


Abbildung 55: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über den Erhalt einzelner Behandlungsarten mit dem tatsächlichen Erhalt t0-t2

### Vorträge, Seminare, Schulungen zu Gesundheitsbildung und beruflicher Orientierung

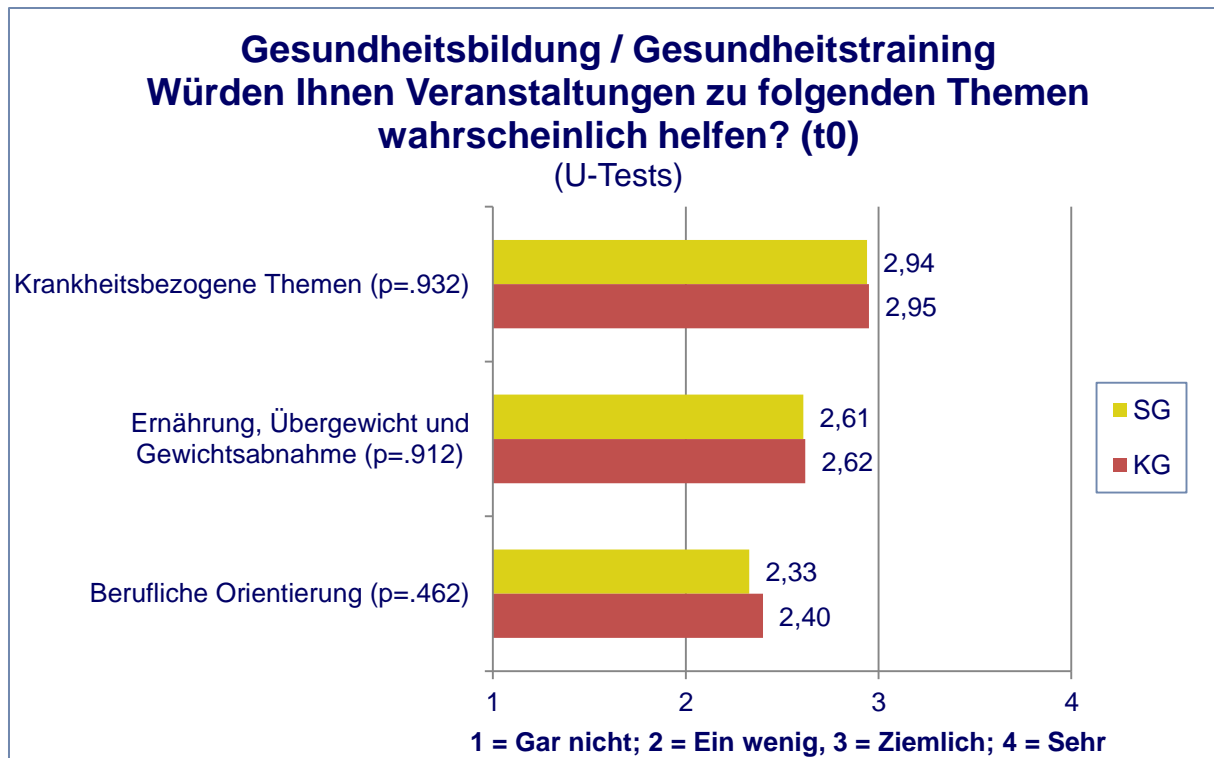
Die Erwartungen in Bezug auf die Teilnahme an Schulungen hingen verständlicherweise sehr stark von der Thematik der Veranstaltungen ab, waren aber zwischen Studien- und Kontrollgruppe vergleichbar. Über 3/4 der Patienten gingen von einer Teilnahme an Veranstaltungen zu krankheitsbezogenen Themen aus; gut die Hälfte glaubte, dass sie an Vorträgen zu Ernährung, Übergewicht und Gewichtsabnahme teilnehmen würde, und gut 40% erwarteten, dass sie Veranstaltungen zu beruflicher Orientierung besuchen würden. Zwischen 70 und

85% der Patienten hatten jeweils eine konkrete Erwartung in Bezug auf eine Teilnahme geäußert; 16 bis knapp 30% waren sich unsicher. Gerade in diesem Bereich ist es natürlich möglich, dass bereits das Aufführen der einzelnen Vortragsthemen im Fragebogen eine wichtige Information für die Patienten und damit eine erhebliche Intervention darstellt, die einen möglichen Effekt der diagnosegruppenspezifischen Broschüren untergräbt.



**Abbildung 56: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Teilnahme an Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining t0**

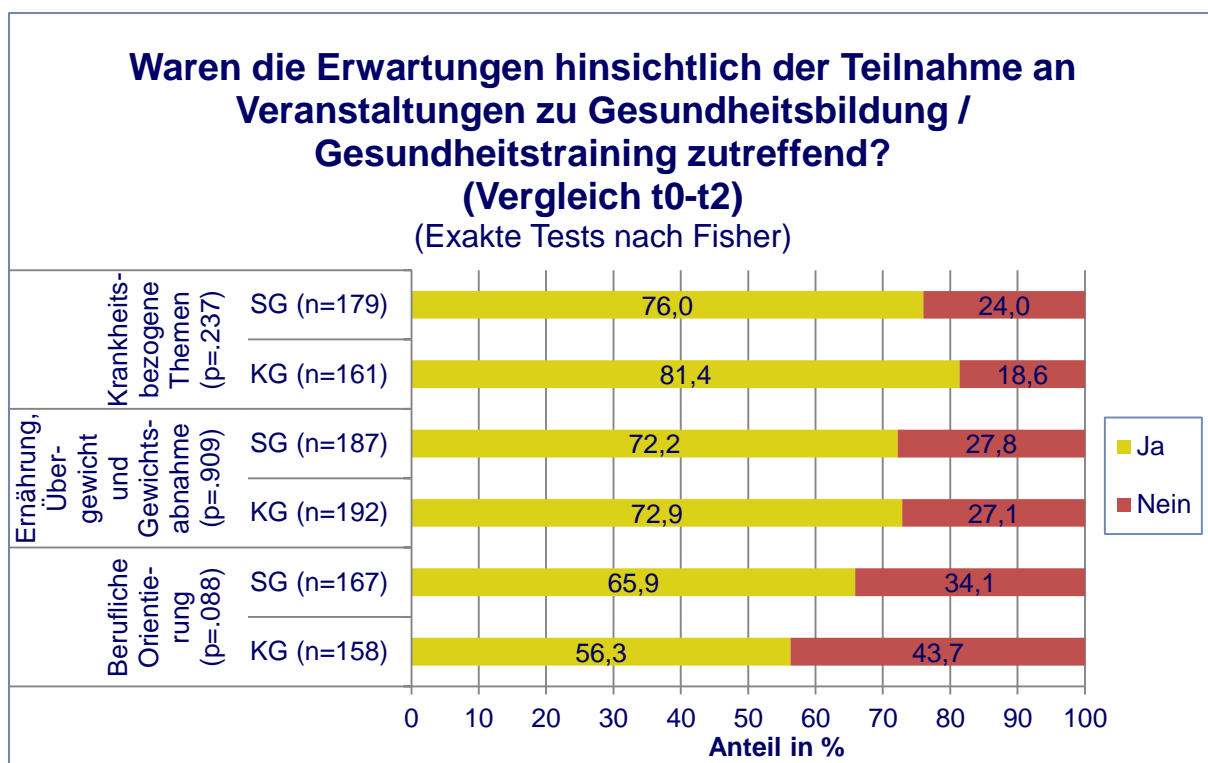
Das Hilfef Potenzial solcher Informationsveranstaltungen wurde im Vorhinein von den Patienten im mittleren Bereich angesiedelt und damit ungefähr dem eher weniger zentraler Behandlungen gleichgestellt. Dabei standen erwartungsgemäß Veranstaltungen zu krankheitsbezogenen Themen an der Spitze, Veranstaltungen zu Ernährung, Übergewicht und Gewichtsabnahme folgten, Veranstaltungen zu beruflicher Orientierung wurden als am wenigsten hilfreich eingestuft. Vermutlich kommt diese Unterschiede zwischen den Veranstaltungen mit verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten dadurch zustande, dass bei den meisten Patienten ein Informationsbedarf über die eigene Erkrankung besteht, während die Themen Übergewicht und berufliche Orientierung zum einen nicht jeden betreffen und zum anderen gerade letzteres vor der Reha häufig von Resignation und Hoffnungslosigkeit flankiert wird. Signifikante Gruppenunterschiede sind in diesem Bereich nicht nachzuweisen.



**Abbildung 57: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit von Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining t0; Mittelwerte**

Im Vergleich der Erwartungen vor der Reha mit der von den Patienten berichteten Teilnahme an Vorträgen, Seminaren oder Schulungen, ergaben sich Trefferquoten zwischen 56 und 81%. Damit scheinen Patienten den Bereich der Gesundheitsbildung etwas schlechter einschätzen zu können als den Bereich der Behandlungen. Die Studiengruppenpatienten wissen im Vorhinein tendenziell besser über eine Teilnahme an Veranstaltungen zur beruflichen Orientierung Bescheid; signifikante Gruppenunterschiede gab es jedoch nicht.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, ist das Bild wieder absolut vergleichbar. Alle Trefferquoten sind ganz ähnlich, Vorerfahrung scheint sich also auch hier ebenso wenig auszuwirken wie intensivierete Vorabinformation.

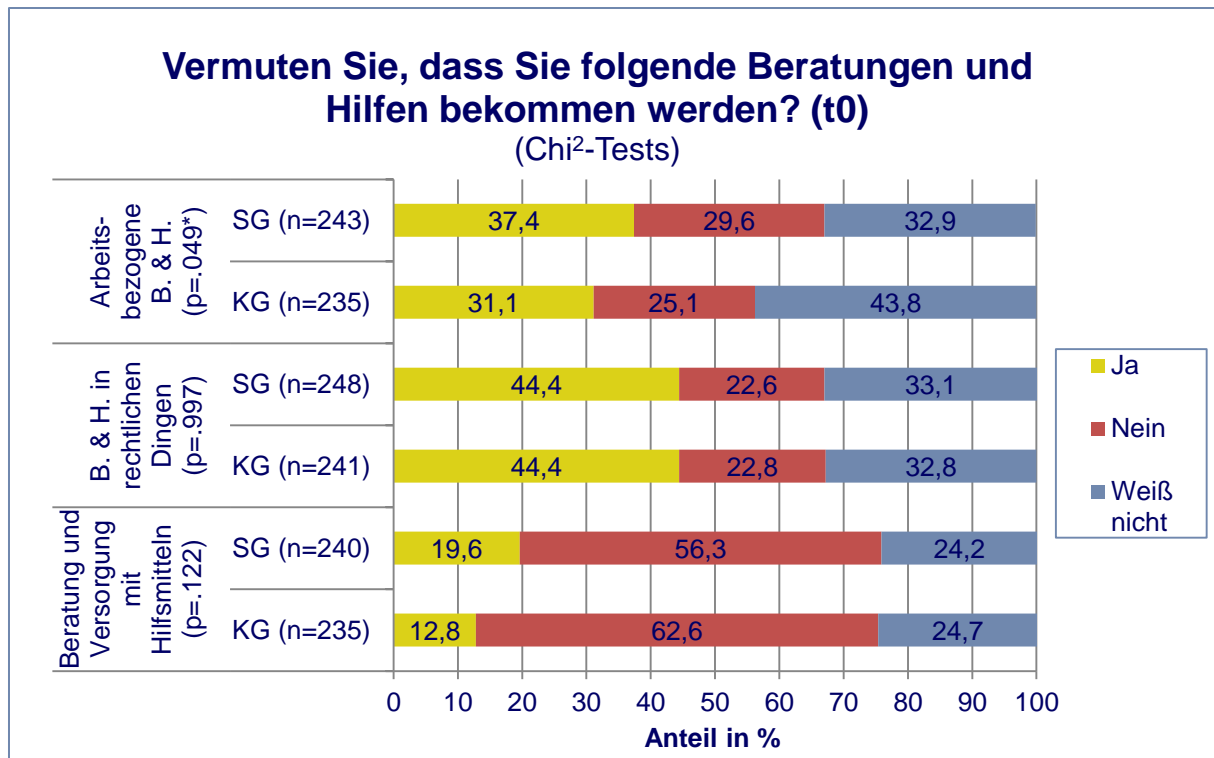


**Abbildung 58: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über die Teilnahme an Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining mit der tatsächlichen Teilnahme t0-t2**

## Beratungen und Hilfen

Neben den direkten Behandlungen und Veranstaltungen, die auf ein besseres Verständnis der Erkrankung und damit zusammenhängenden Bereichen abzielen, sind konkrete Beratungen und Hilfen wichtige Elemente der Reha. Diese erstrecken sich von arbeitsbezogenen Themen über Beratung in rechtlichen Fragen bis hin zu Beratungen und Versorgung mit Hilfsmitteln. Unsere Probanden haben mit knapp 45% am häufigsten entsprechende Hilfen in Bezug auf rechtliche Fragen erwartet. Weiterhin vermuteten 37,4% der Studiengruppen- und 31,1% der Kontrollgruppenpatienten, in der Reha arbeitsbezogene Beratungen und Hilfen zu bekommen; dieser Unterschied ist mit  $p=.049^*$  gerade signifikant. Noch deutlich weniger Patienten, nämlich 19,6% der Studiengruppen- und 12,8% der Kontrollgruppenpatienten, sind davon ausgegangen, eine Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln zu erhalten. Diese war sicherlich für die wenigsten Patienten relevant, dafür erlebten sie die Sicherheit der Einschätzung als am höchsten, etwa 1/4 zeigte sich unsicher.

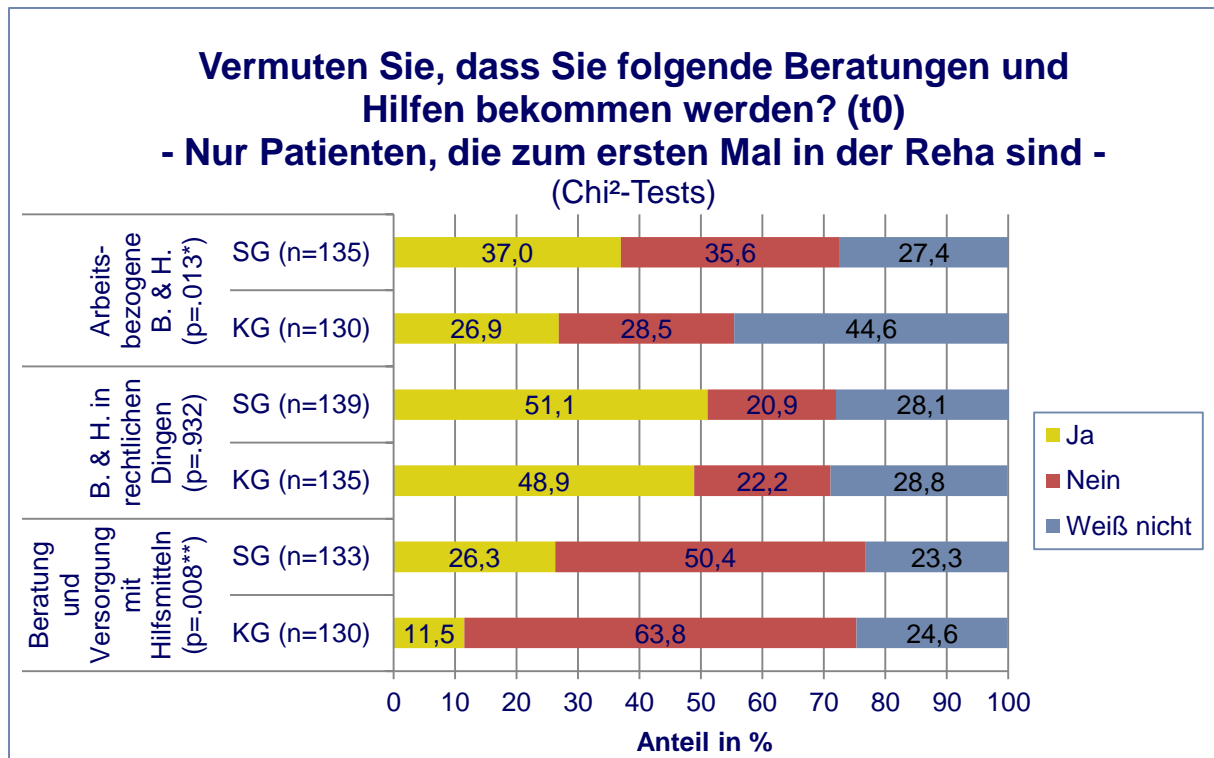
Insgesamt scheinen die Studiengruppenpatienten tendenziell stärker Beratungen und Hilfen zu erwarten, die direkt auf eine Verbesserung der Teilhabe abzielen, als die Kontrollgruppenpatienten.



**Abbildung 59: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen t0**

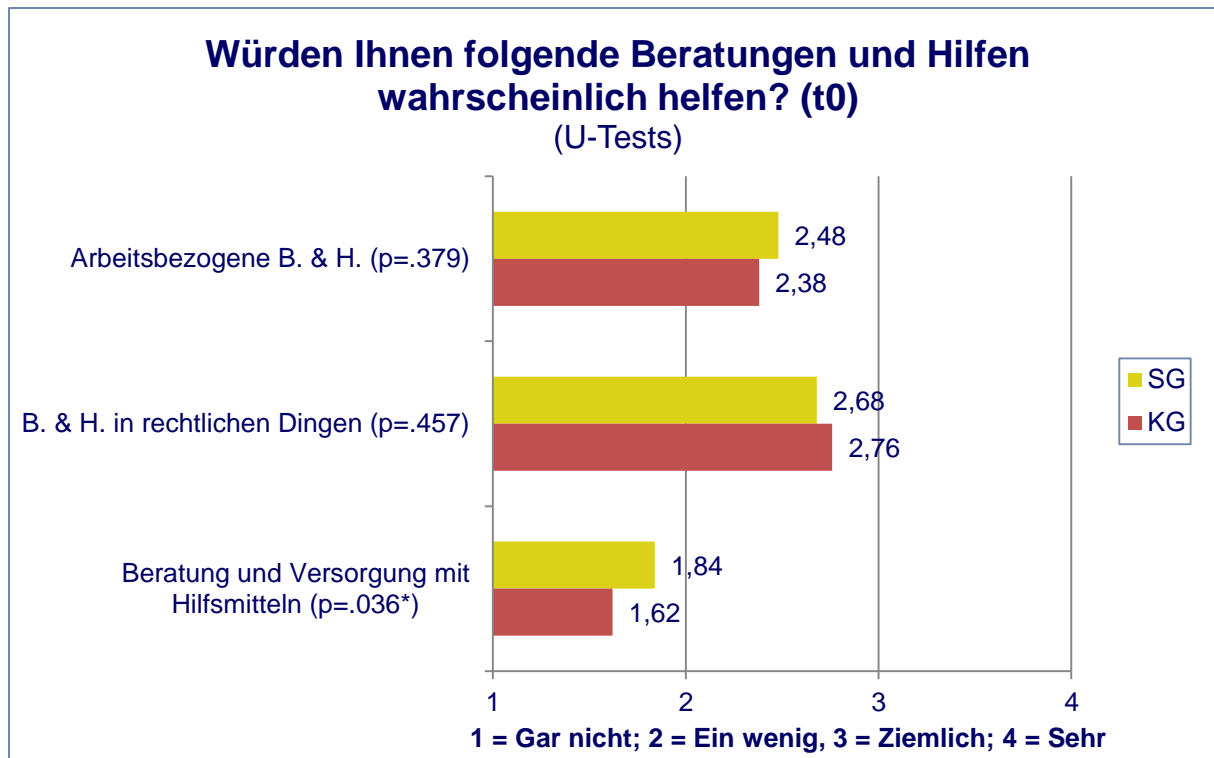
Schaut man sich nur die Patienten an, die zum ersten Mal in der Reha sind, erkennt man dieses Mal einige Unterschiede zur Gesamtgruppe: Die Patienten der Studiengruppe zeigte eine deutlich reduzierte Unsicherheit in Bezug auf den Erhalt arbeitsbezogener Beratungen und Hilfen sowohl gegenüber den Patienten beider Gruppen in der Gesamtgruppe als auch gegenüber den Kontrollgruppenpatienten in der Subgruppe. Weiterhin gingen die Patienten der Kontrollgruppe, die zum ersten Mal in der Reha sind, seltener davon aus, solche Hilfestellungen zu bekommen als beide Patientengruppen in der Gesamtgruppe. Ein weiterer signifikanter Gruppenunterschied zeigt sich in der Erwartung von Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln mit  $p=.008^{**}$ . Hier sind die Studiengruppenpatienten der Subgruppe erheblich optimistischer als die Patienten der Kontrollgruppe und auch gegenüber den Studiengruppenpatienten aus der Gesamtgruppe. Insgesamt zeigt sich in dieser Subgruppe noch stärker die Erwartung der Teilhabeorientierung der Reha bei den Beratungen und Hilfen.





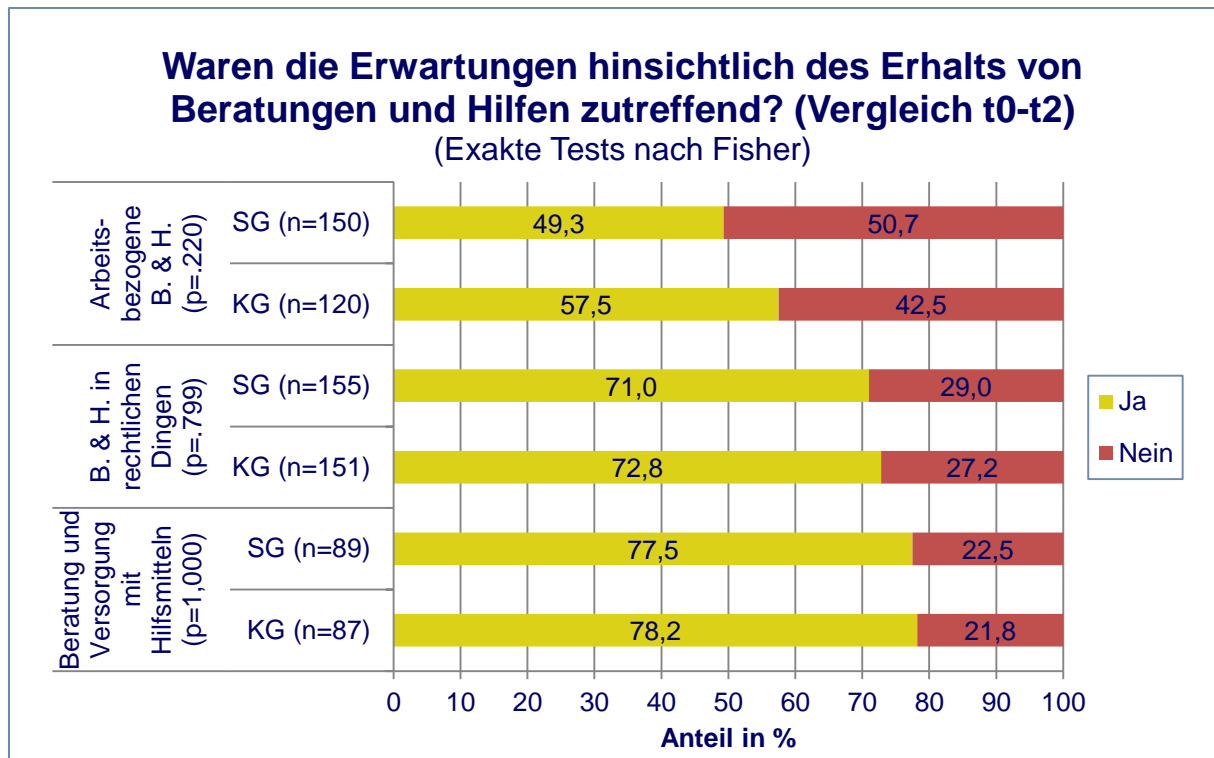
**Abbildung 60: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen t0; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind**

Die Beratungen und Hilfen, die sich auf die Arbeit und auf rechtliche Dinge beziehen, wurden von den Patienten in mittlerem Ausmaß als nützlich betrachtet. Die Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln wurde in der Gesamtgruppe im Schnitt als weniger relevant angesehen, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass sie wie bereits erwähnt, nicht von allen Patienten, sondern vor allem von Angehörigen bestimmter Diagnosegruppen benötigt wird. Entsprechende Auswertungen können Sie bei uns gesondert anfordern. Interessant ist, dass gerade in diesem Item ein Effekt der verbesserten Vorabinformation sichtbar wurde: Sowohl bei den Patienten der Gesamtgruppe als auch bei denen, die zum ersten Mal in der Reha waren, schätzten die Studiengruppenpatienten die Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln als hilfreicher ein als die Kontrollgruppenpatienten – vermutlich hat die diagnosegruppenspezifische Broschüre ihnen nicht nur die Teilhabeorientierung der Reha nahegebracht, sondern ihnen auch Mut gemacht, mit entsprechenden Hilfsmitteln die Folgen Ihrer Erkrankung besser bewältigen zu können.



**Abbildung 61: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit spezifischer Beratungen und Hilfen t0; Mittelwerte**

Im Abgleich der Erwartungen mit den tatsächlich erhaltenen Leistungen zeigte sich, dass die Patienten der Gesamtgruppe konnten den Erhalt von Beratungen und Hilfen im Bereich Hilfsmittel am besten einschätzen konnten, und es ihnen im Bereich Arbeit am schwersten fiel, realistische Erwartungen auszubilden. Dieses gilt sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren; signifikante Gruppenunterschiede gab es keine.



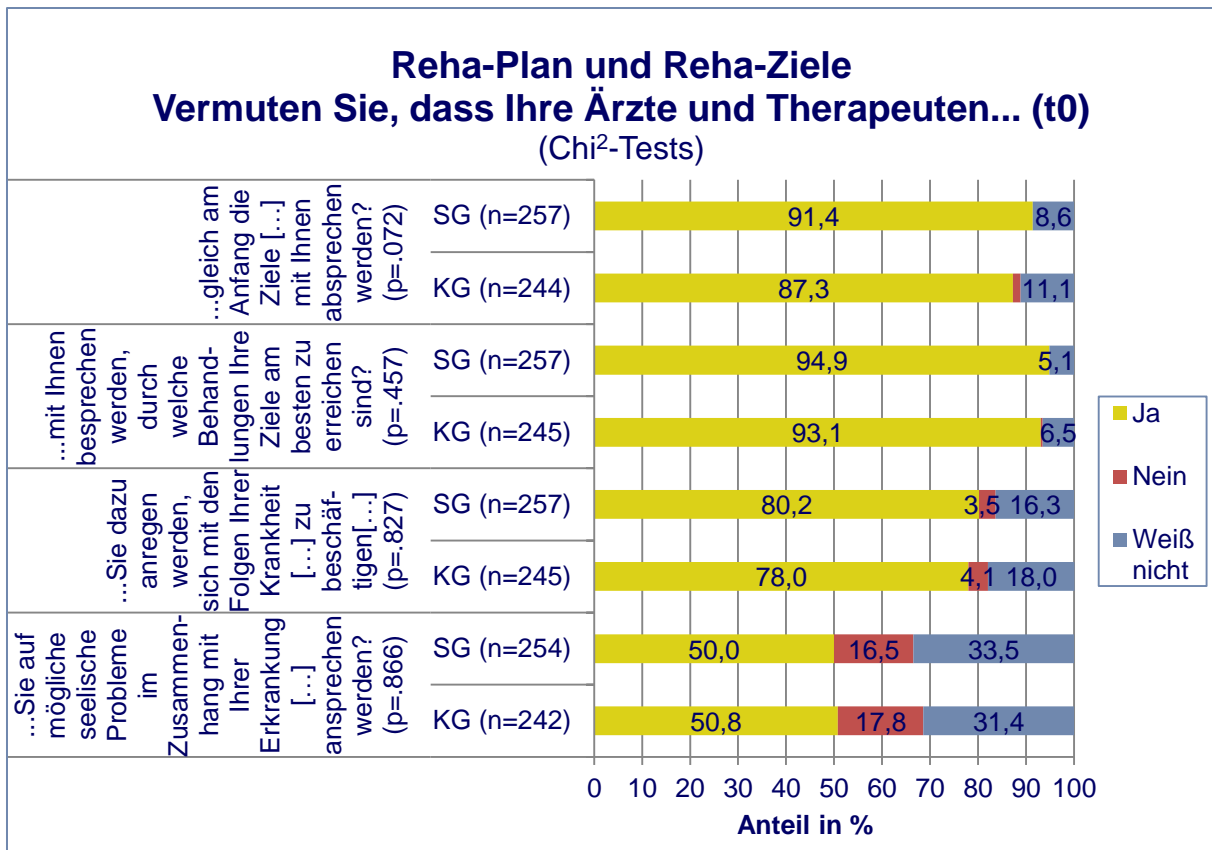
**Abbildung 62: Erwartungen an die Reha (n=510): Vergleich der Vermutungen über den Erhalt spezifischer Beratungen und Hilfen mit dem tatsächlichen Erhalt t0-t2**

### Reha-Plan und Reha-Ziele

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, inwieweit Reha-Ziele und die therapeutischen Wege dorthin partizipativ festgelegt werden, wobei auf der Basis des biopsychosozialen Modells nicht nur die somatische Ebene berücksichtigt werden sollte.

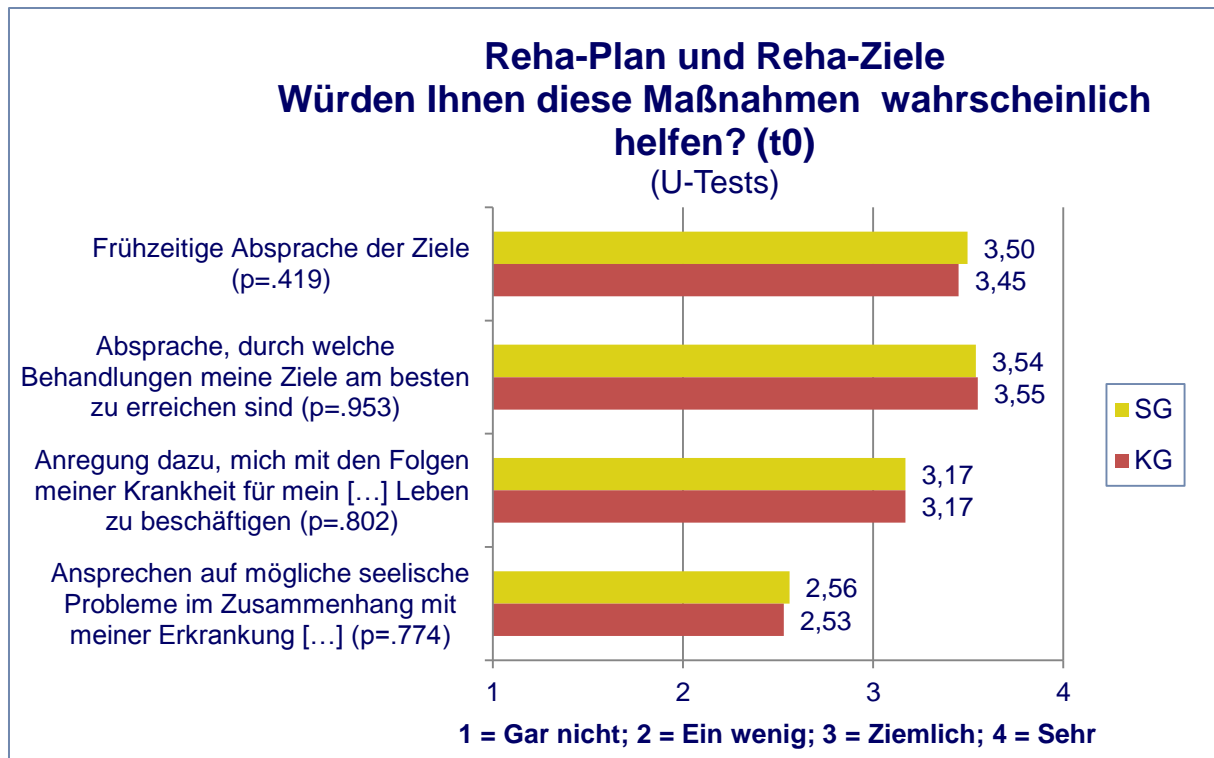
Da in den diagnosegruppenspezifischen Broschüren gerade diese Prozessmerkmale angesprochen werden, hat es uns nicht überrascht zu sehen, dass die Patienten der Studiengruppe tendenziell in höherem Maß eine frühe Absprache von Reha-Zielen mit den Ärzten und Therapeuten erwarteten. Die Erwartungen an die Festlegung der geeigneten Behandlungselemente, an Hilfestellung beim Coping und an der Thematisierung möglicher seelischer Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung unterschieden hingegen waren in beiden Gruppen vergleichbar, letztere jedoch deutlich weniger stark ausgeprägt, da auch sie nicht alle Patienten gleichermaßen betreffen.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, waren die Ergebnisse absolut mit denen der Gesamtgruppe vergleichbar.



**Abbildung 63: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über das Auftreten von Merkmalen von Zielvereinbarung zwischen Arzt/ Therapeut und Patient t0**

Analog zu den hohen Erwartungen wurden von beiden Gruppen besonders die beiden Elemente der partizipativen Zielvereinbarung als hilfreich angesehen. Anregungen, sich mit den Folgen der Erkrankung auseinanderzusetzen und das Ansprechen auf mögliche seelische Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung wurden vor der Reha im Mittel als weniger nützlich angesehen. Diese Einschätzungen wurden von beiden Gruppen in fast genau dem gleichen Ausmaß geäußert; auch in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, zeigten sich analoge Ergebnisse.



**Abbildung 64: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit von Merkmalen von Zielvereinbarung zwischen Arzt/ Therapeut und Patient t0; Mittelwerte**

### Klinik und Unterbringung während der Reha

Für die Zufriedenheit der Patienten, die Akzeptanz der gesamten Maßnahme, aber auch den Erholungseffekt der Reha ist ein angenehmes Umfeld durchaus ein wichtiger Faktor, auch wenn die „Hotelleistungen“ der Klinik nicht im Vordergrund stehen sollten.

Hinsichtlich dieser Faktoren waren die Patienten ausgesprochen optimistisch: Insgesamt gingen jeweils über 80% davon aus, dass sie passendes Essen bekommen und mit der Ausstattung der Klinik wie auch ihres Zimmers zufrieden sein würden. Auch von einer schönen Umgebung sind über 4/5 der Patienten ausgegangen. Echte Zweifel gab es nur bei einem kleinen Anteil hinsichtlich der Ernährung. Schlechte Vorerfahrungen mit „Krankenhausessen“ oder die Notwendigkeit einer speziellen Diät könnten hierfür plausible Gründe sein. Vielleicht nicht überraschend, aber dennoch bemerkenswert ist das hohe Hilfefotenzial, das die Patienten diesen „Wohlfühlaspekten“ zugeschrieben haben. Dieses trifft für die Kontrollgruppe in noch etwas stärkerem Ausmaß zu als für die Studiengruppe.

Auch in diesen Items entsprachen die Antworten der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, weitgehend den Antworten aller Patienten.

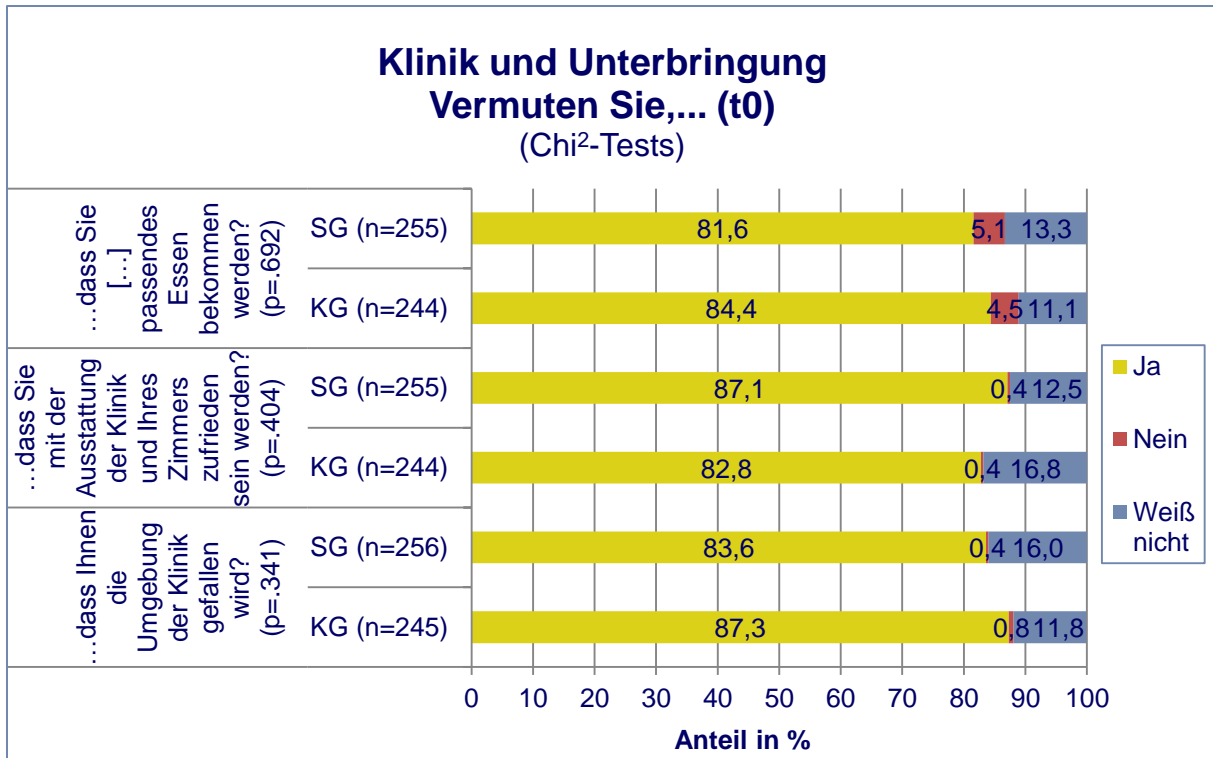


Abbildung 65: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutete Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0

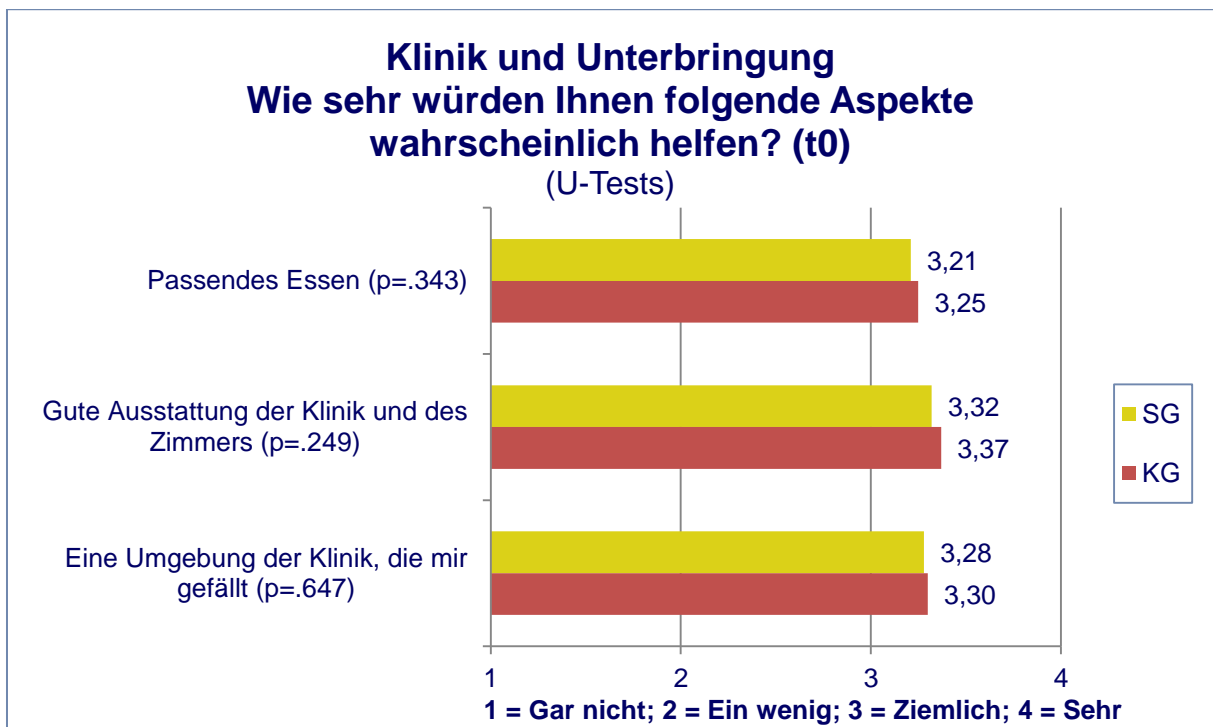


Abbildung 66: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit der Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0

### Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha

Jeweils über 80% der Patienten aus Studien- und Kontrollgruppe gingen davon aus, dass sie bereits in der Reha auf die Zeit danach vorbereitet werden, jeweils gut 15% zeigten sich unsicher. Für uns überraschend war der große Stellenwert, den die Patienten dieser Schnittstelle zugeschrieben haben; offenbar war den meisten von ihnen schon vor Beginn der Maßnahme bewusst, dass die Reha keine Insel-Maßnahme sein darf, sondern in Veränderungen des heimischen Alltags münden sollte.

Eine Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha wurde von den Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, genauso erwartet, wie von allen Patienten. Deren Nützlichkeit wurde in der Subgruppe jedoch geringfügig schwächer eingeschätzt: Hier lagen die Mittelwerte bei 3,13 für die Studiengruppe und bei 3,16 für die Kontrollgruppe; signifikante Mittelwertsunterschiede waren jedoch auch hier nicht nachzuweisen.

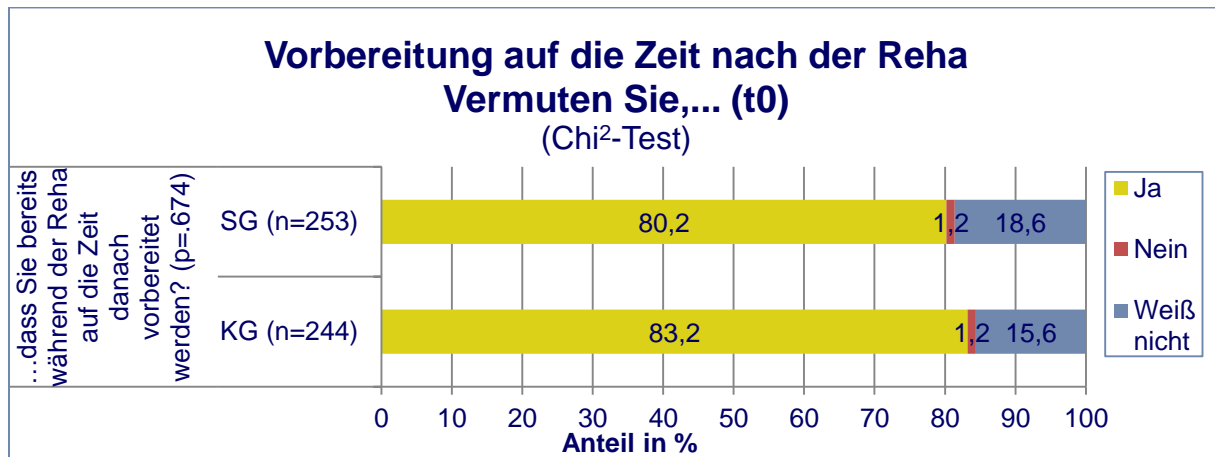


Abbildung 67: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutete Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0

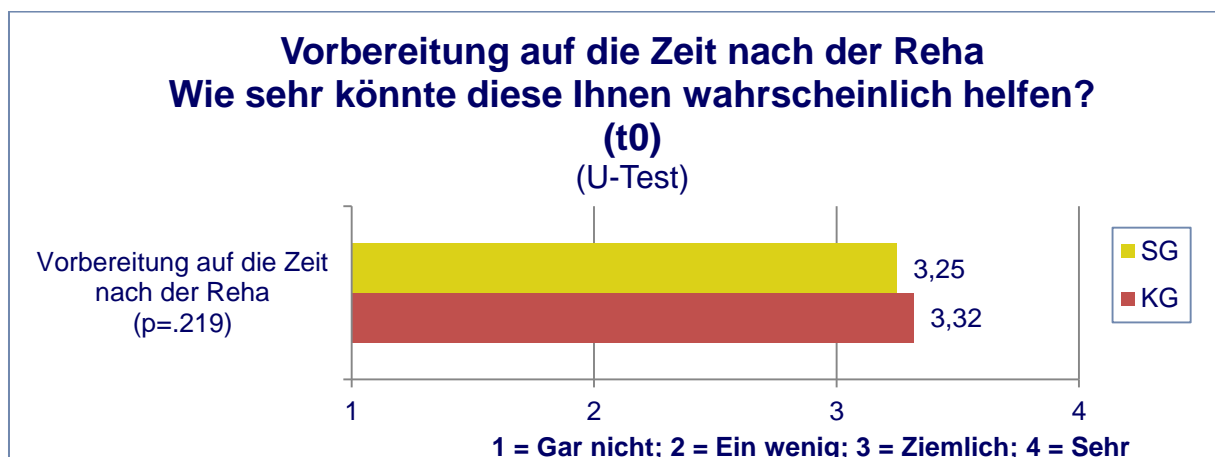


Abbildung 68: Erwartungen an die Reha (n=510): Vermutungen über die Nützlichkeit der Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung während der Reha t0; Mittelwerte

## Abstraktere Erwartungen an die Reha – Passung zwischen eigenen Bedürfnissen und zu erwartender Maßnahme

Nach der Abfrage der Erwartungen bestimmter Leistungen wollten wir die Patienten dazu bewegen, einmal auf höherer Ebene die Rolle eines Experten einzunehmen und in verschiedenen Items die vermutete Passung zwischen den eigenen Bedürfnissen und der zu erwartenden Behandlung einzuschätzen.

Vor Beginn der Reha waren die meisten Patienten recht zuversichtlich, was die Eignung der zu erwartenden Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden angeht: In Studien- und Kontrollgruppe vermuteten über 80% gut geeignete Leistungen zu erhalten. Weitere 7 bis 8% waren etwas eingeschränkt optimistisch und etwa 10% unentschieden ( $\chi^2$ :  $p=.843$ ). Die negative Seite der Skala wurde von keinem Probanden genutzt. Auch in den Mittelwerten unterschieden sich die beiden Gruppen kaum ( $p=.640$ ).

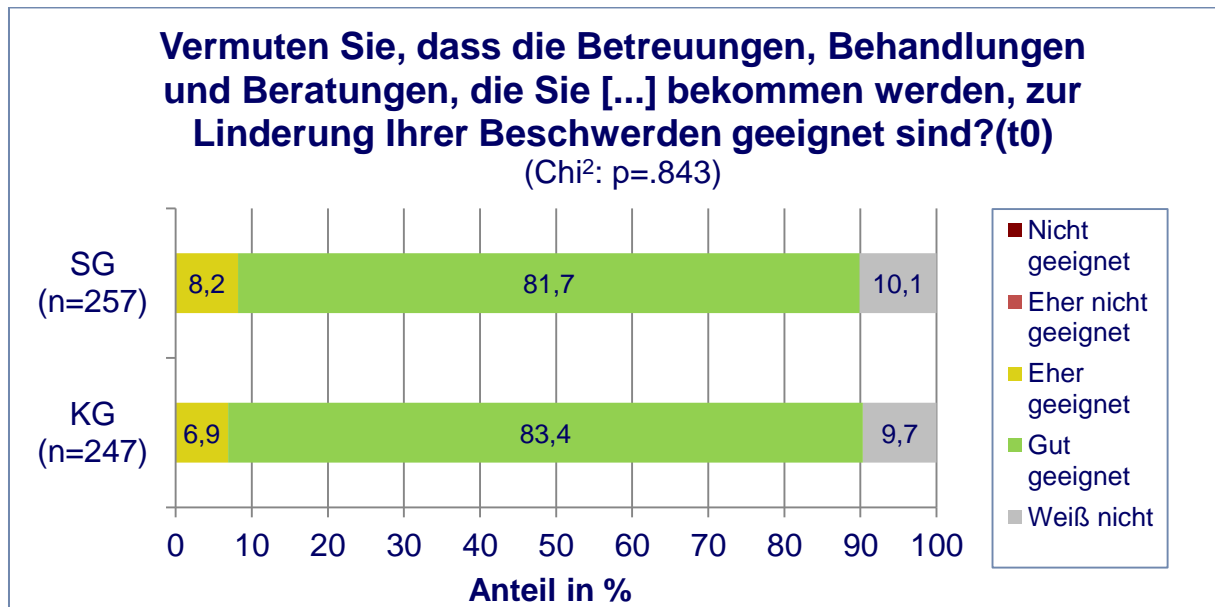
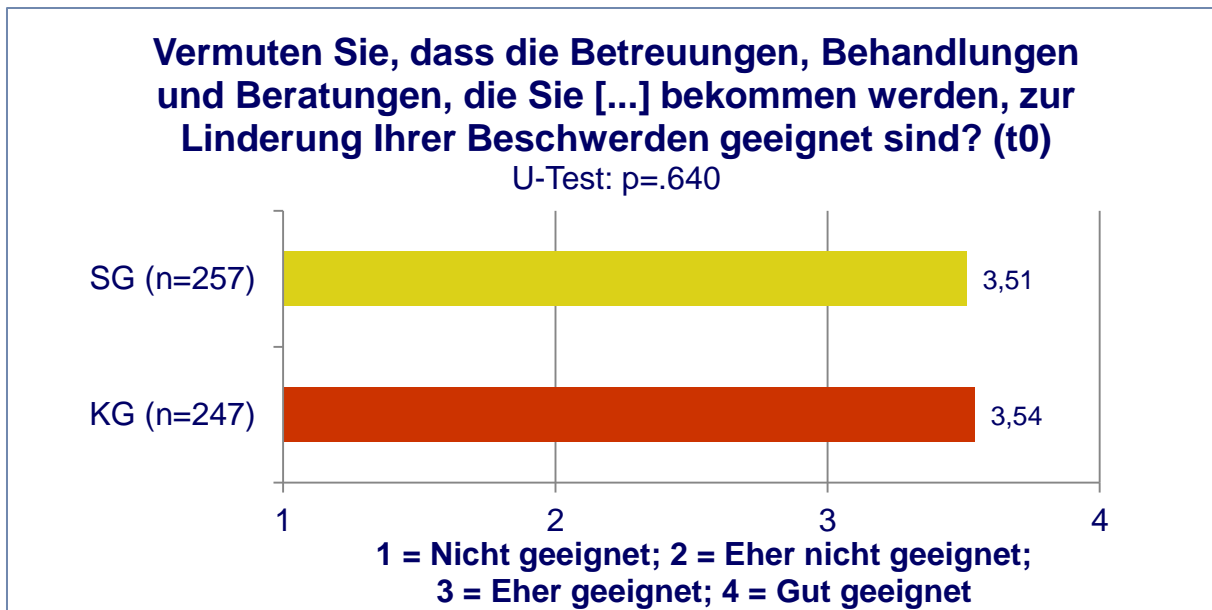


Abbildung 69: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zu Linderung der Beschwerden geeignet sein? t0; Verteilung der Antworten





**Abbildung 70: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zu Linderung der Beschwerden geeignet sein? t0; Mittelwerte**

Nimmt man zu diesen Erwartungen auch deren Erfüllung in den Blick, stellt man fest, dass sich die Werte stets im oberen Bereich der Skala bewegten, in beiden Gruppen jedoch parallel veränderten: Die zu t0 geäußerten Erwartungen<sup>5</sup> erschienen zu t1 sogar leicht übererfüllt, zu t2 sanken die Werte dann jedoch wieder ab und befanden sich dann leicht unter dem Ausgangsniveau. So war der varianzanalytisch ermittelte Haupteffekt Zeit signifikant, die Interaktion, die die Interventionseffekte über die Zeit abbildet und damit für unsere Fragestellung besonders relevant ist, jedoch nicht.

<sup>5</sup> Die Mittelwerte in der Varianzanalyse unterscheiden sich geringfügig von denen in den Mittelwertvergleichen, die sich jeweils nur auf einen Messzeitpunkt beziehen, weil in die Varianzanalyse nur die Patienten einbezogen werden, von denen die entsprechenden Daten aus allen Messzeitpunkten vorliegen.

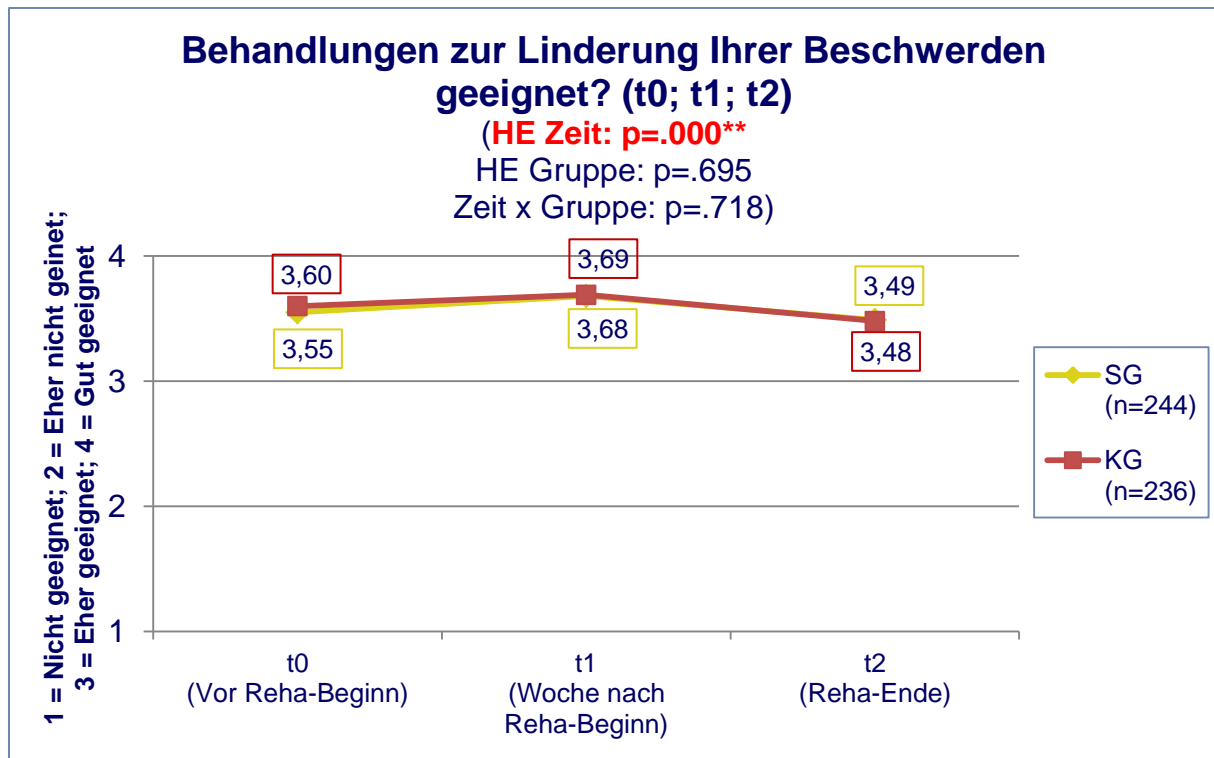


Abbildung 71: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen zur Linderung der Beschwerden geeignet sein? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2

In der Subgruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, sind sämtliche Ergebnisse in Bezug auf die Erwartung, Behandlungen zu bekommen, die zur Linderung der individuellen Beschwerden geeignet sind, und deren Erfüllung, mit denen der Gesamtgruppe vergleichbar.

Im nächsten Item wurden die Erwartungen, die gewünschte Behandlung tatsächlich zu bekommen, thematisiert. Auch in diesem Bereich war der Optimismus relativ hoch: In beiden Gruppen waren etwa 30% fest davon überzeugt, dass dieses geschehen würde. Mehr als die Hälfte war eingeschränkt optimistisch und 12,1% der Studiengruppenpatienten sowie 16,1% der Kontrollgruppenpatienten waren unschlüssig ( $\chi^2$ :  $p=.403$ ). Auch in dieser Frage kam die negative Hälfte der Skala fast gar nicht vor. Entsprechend sind auch die Mittelwerte in beiden Gruppen mit 2,93 (SG) beziehungsweise 2,83 (KG) auf einer Skala „1 = Eindeutig nicht“ bis „4 = Eindeutig ja“ fast gleich (U-Test:  $p=.953$ ) und positiv zu bewerten.

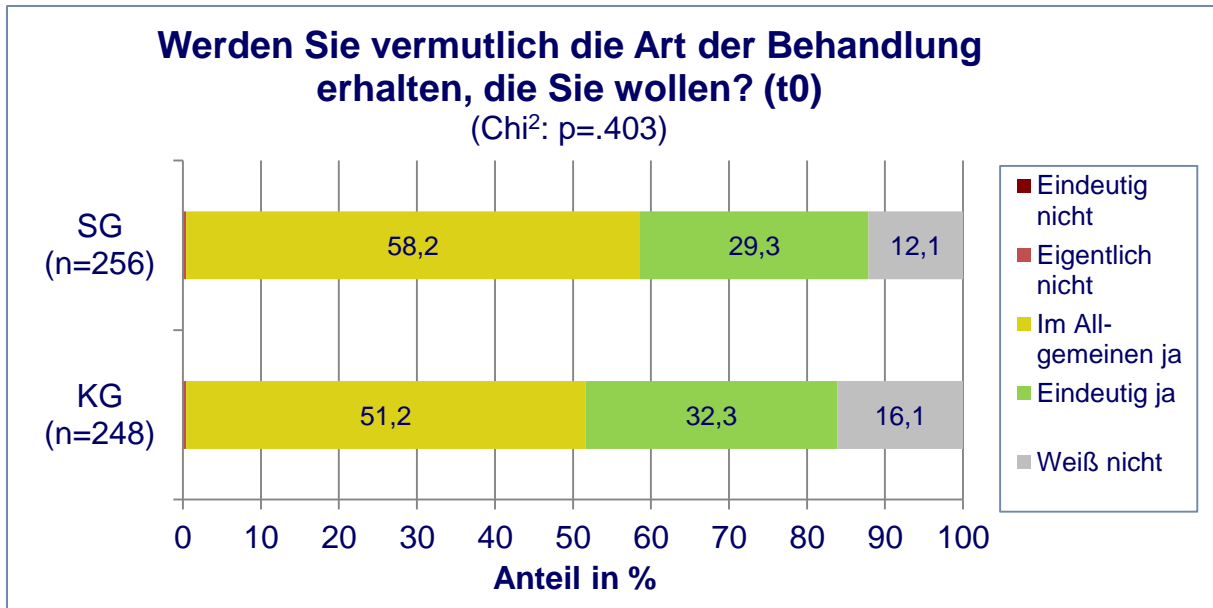


Abbildung 72: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden Sie vermutlich die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollen? t0; Verteilung der Antworten

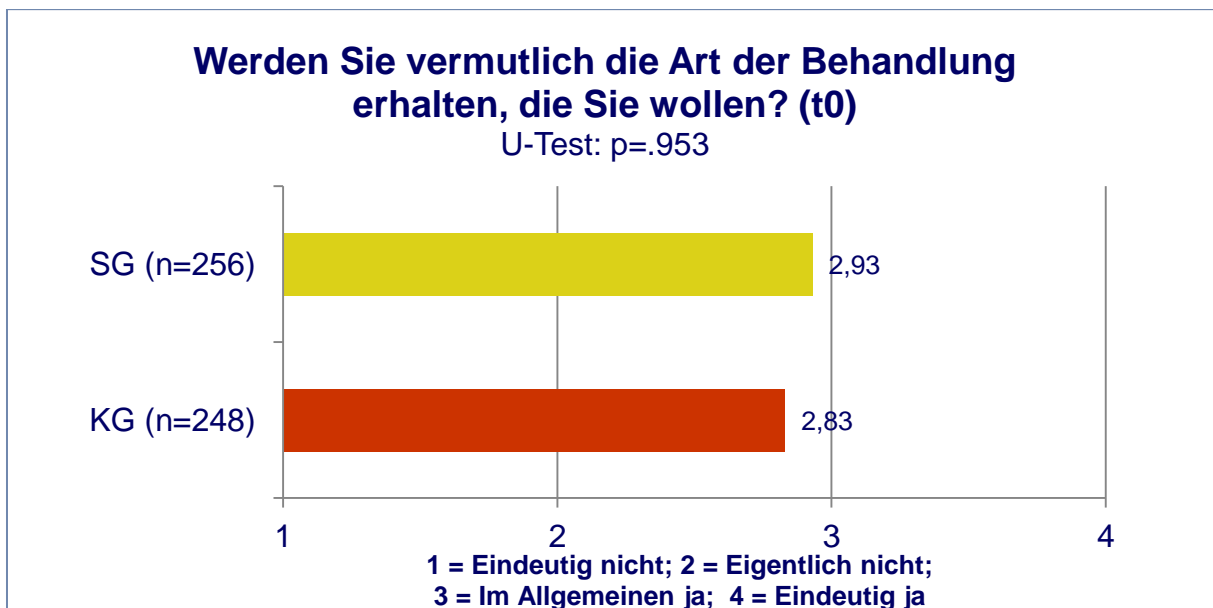


Abbildung 73: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden Sie vermutlich die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollen? t0; Mittelwerte

Eine Überprüfung der Erfüllung dieser Erwartungen hat ergeben, dass offenbar wiederum eine ganze Reihe Patienten positiv überrascht worden sind, denn die Erwartungen aus t0 wurden im Mittel wieder übertroffen; die Werte zu t1 lagen signifikant höher als die Werte zu t0 und blieben bis zu t2 auf diesem hohen Niveau konstant. Der Anstieg war in der Studiengruppe etwas schwächer als in der Kontrollgruppe; der Unterschied in der Entwicklung beider Gruppen verfehlte jedoch abermals statistische Signifikanz.

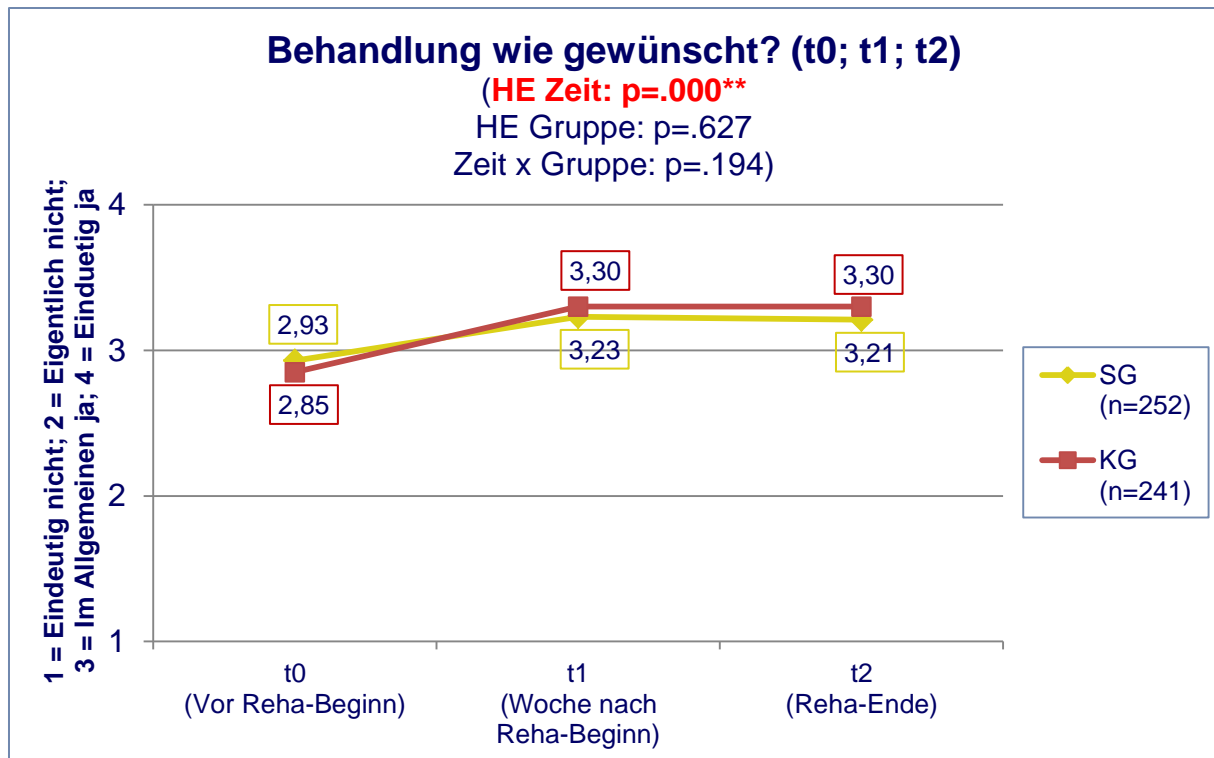


Abbildung 74: Erwartungen an die Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2

Auch in diesem Item gibt es keine gravierenden Abweichungen zwischen den Ergebnissen der Gesamtgruppe und den Ergebnissen der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind.

Das letzte Item in diesem Block beschäftigte sich mit einer potenziellen Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung durch die Reha und zeigte wiederum ausgesprochen positive Ergebnisse: Etwa 60% der Studien- und der Kontrollgruppenpatienten meinten vor der Reha, dass Ihnen die Maßnahme dabei eine ganze Menge helfen würde, weitere 30% gingen von einer teilweisen Hilfe aus. Etwa 10% der Probanden konnten die Effekte der Maßnahme nicht einschätzen. In den Mittelwerten von 1,25 (SG) und 1,19 (KG) zeigte sich eine sehr leichte Überlegenheit der Kontrollgruppe, die jedoch statistisch ebenfalls nicht signifikant ist ( $p=.297$ ).

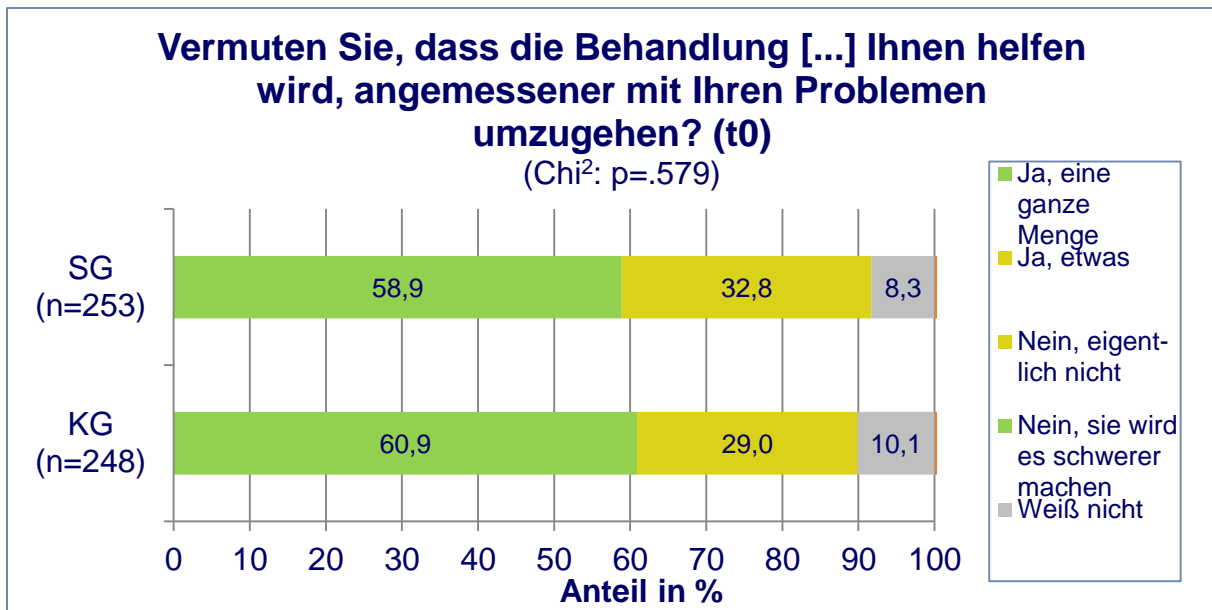


Abbildung 75: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen beim Umgang mit der Erkrankung helfen? t0; Verteilung der Antworten

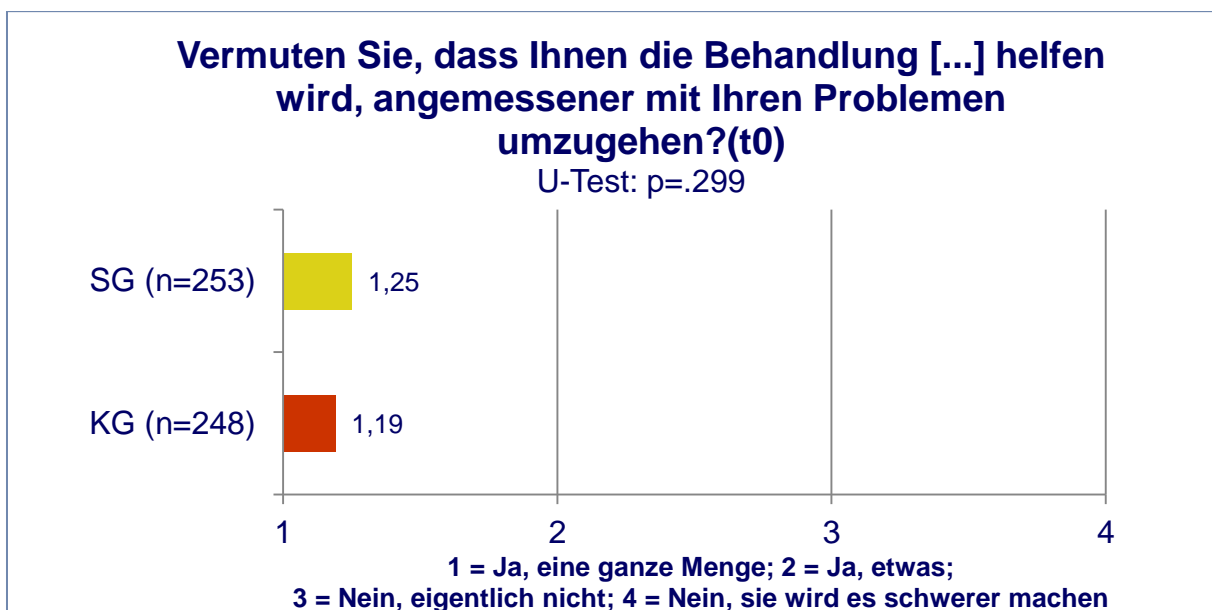
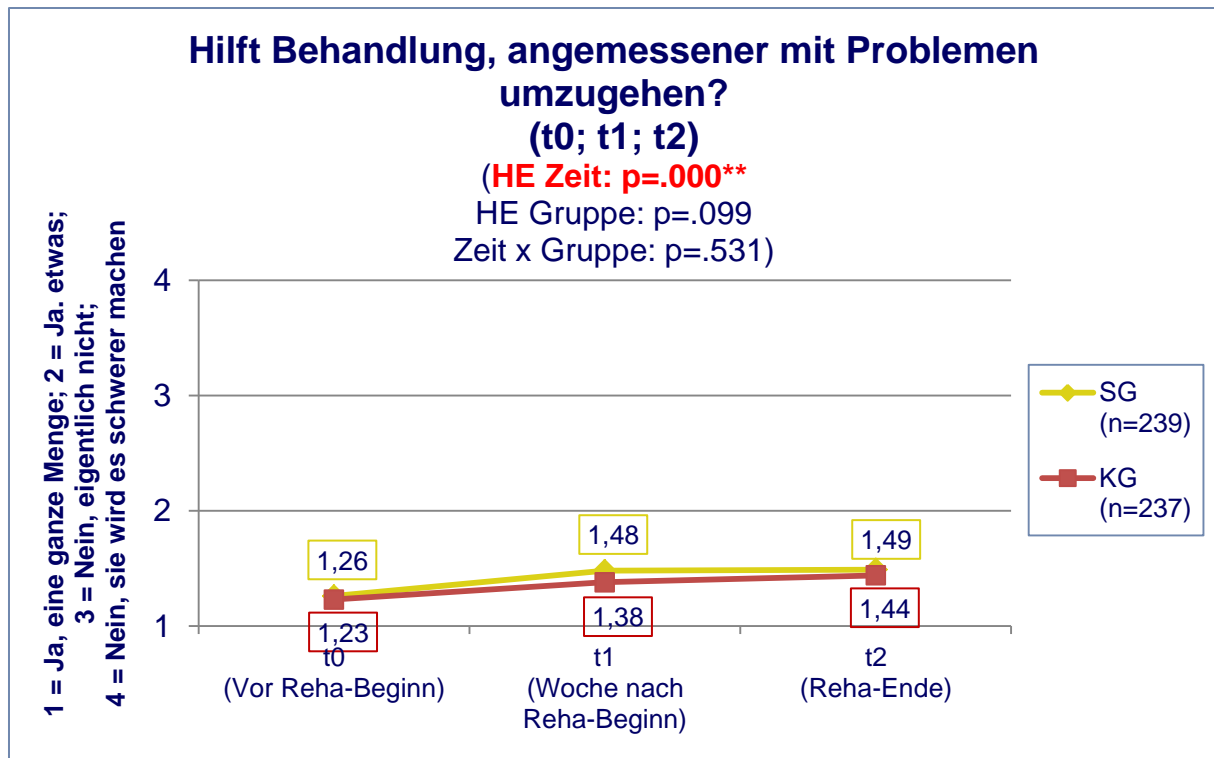


Abbildung 76: Erwartungen an die Reha (n=510): Werden die Behandlungen beim Umgang mit der Erkrankung helfen? t0; Mittelwerte

Der Blick auf die Veränderung der entsprechenden Einschätzungen über die Zeit ist dieses Mal weniger positiv, denn die Erwartungen an die Hilfe zu einem erfolgreichen Coping durch die Reha sind in beiden Gruppen nicht in vollem Ausmaß eingelöst worden; in der Studiengruppe noch etwas weniger als in der Kontrollgruppe. Wieder ist der Haupteffekt Zeit signifikant, die Interaktion ist jedoch nicht.



**Abbildung 77: Erwartungen an die Reha (n=510): Hilft Behandlung angemessener mit Problemen umzugehen? Vergleich der Erwartungen zu t0 mit den Antworten zu t1 und t2**

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, geht in der Varianzanalyse die Schere zwischen Studien- und Kontrollgruppe zu t1 etwas weiter auf als in der Gesamtgruppe, ansonsten sind alle Ergebnisse wiederum vergleichbar.

### Direkte Frage Messung der Realitätsnähe der Erwartungen

Zu den Messzeitpunkten t1 und t2 haben wir die Patienten konkret gefragt, inwieweit die Reha ihren Erwartungen entspricht beziehungsweise entsprochen hat. Insgesamt haben mehr als 3/4 der Patienten mit „Ja, genau so“ oder „Weitgehend“ geantwortet. Während in den indirekten Messungen kein deutlicher Unterschied zwischen Studien- und Kontrollgruppe festzustellen war, deutete sich in der direkten Messung bereits zu t1 an, dass die Kontrollgruppenpatienten entgegen unserer Annahme die Reha in höherem Ausmaß als erwartungskonform erlebten als die Studiengruppenpatienten. Dieser Unterschied wurde zum Ende der Reha noch stärker und erreichte dann auch statistische Signifikanz.

Bei den Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, zeigten sich vergleichbare Ergebnisse.

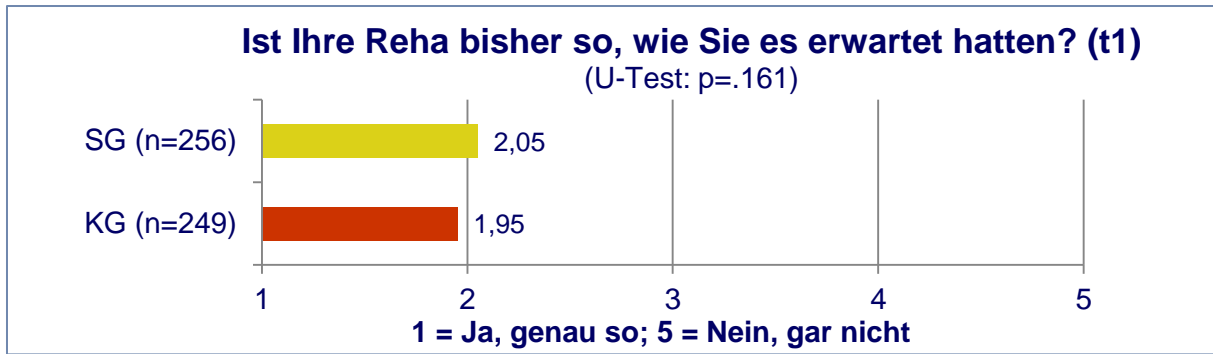


Abbildung 78: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t1; Mittelwerte

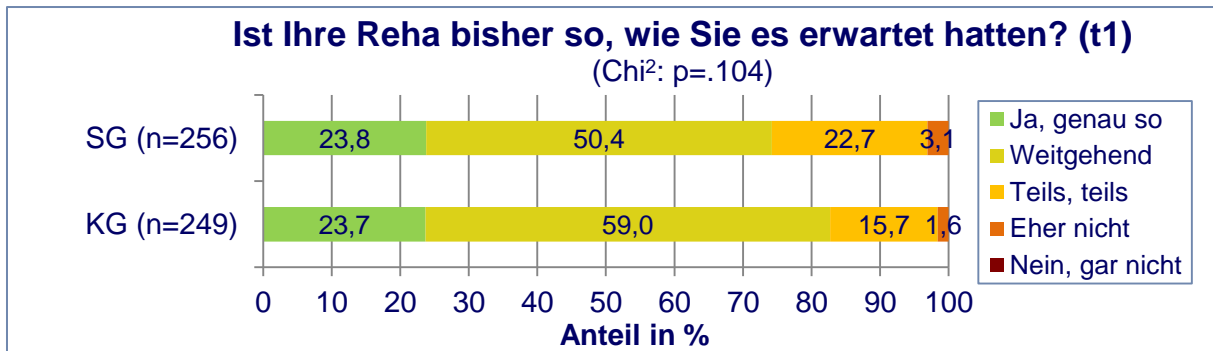


Abbildung 79: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t1; Verteilung der Antworten

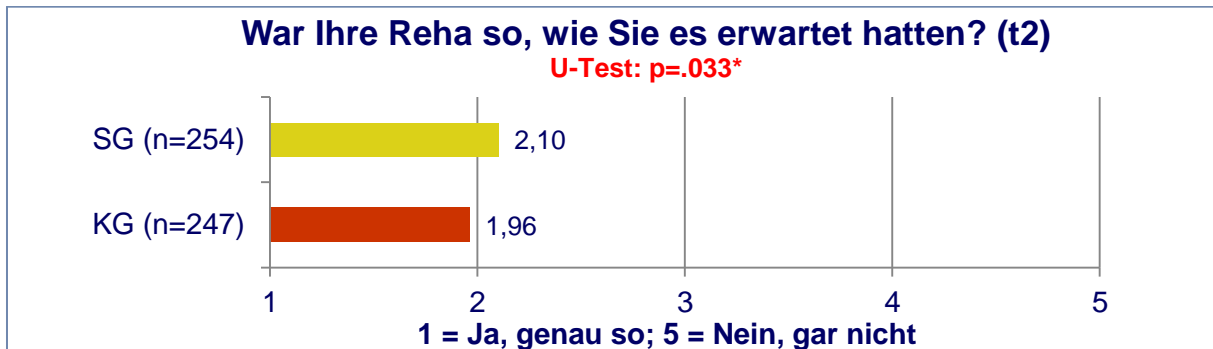


Abbildung 80: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t2; Mittelwerte

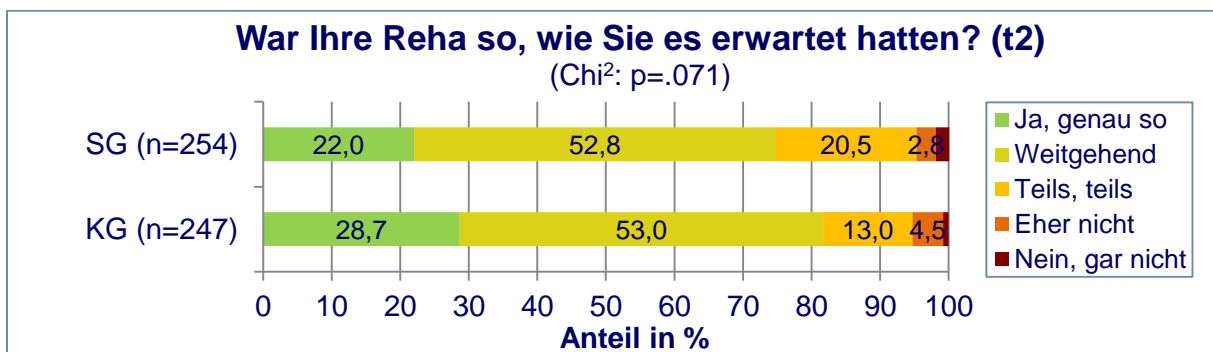


Abbildung 81: Erwartungen an die Reha (n=510): Reha erwartungskonform? t2; Verteilung der Antworten

### 8.3.2.5 Reha-Ziele

Unserer Argumentationslinie nach sollten die diagnosegruppenspezifischen Broschüren die Erwartungen der Patienten so modulieren, dass sie insgesamt stärker den Maßgaben der Therapiestandards entsprechen und damit realistischer werden. Eng mit den Erwartungen hängen auch die persönlichen Reha-Ziele zusammen, die jemand für sich definiert. So war zu vermuten, dass eine erwartungsmodulierende Intervention auch Auswirkungen auf die formulierten Ziele hat.

Vor der Reha haben wir von unseren 510 Probanden zu t0 insgesamt 1054 freitextliche Antworten auf die Frage nach 3 Reha-Zielen bekommen, die wir in einer qualitativen Auswertung jeweils einer von 26 Kategorien zugeordnet haben. In der Studiengruppe hat im Schnitt jeder Proband 2,09 Ziele angegeben, in der Kontrollgruppe liegt dieser Wert bei 2,04.

Die folgende Abbildung zeigt die relative Häufigkeit, mit der die jeweilige Zielkategorie in den beiden Gruppen vorgekommen ist; die Kategorien sind in absteigender Reihenfolge nach der Gesamtanzahl der Nennungen geordnet. So ist leicht zu erkennen, dass die typischen Ziele orthopädischer Rehabilitanden auch in unserer Stichprobe besonders prominent waren: Knapp 28% beider Gruppen wollten in der Reha eine Schmerzreduktion oder Schmerzfreiheit erreichen, etwa 13% eine Verbesserung ihrer Beweglichkeit oder Mobilität erlangen. Überraschend war angesichts unserer sehr heterogenen Stichprobe, dass eine Teilhabe am Arbeitsleben für über 10% der Befragten ein wichtiges Ziel war und damit in der „Hitliste“ den dritten Platz einnahm, während sich nur ein einziger Patient eine Verrentung wünschte.

Der inhaltliche Vergleich der Antworten von Studien- und Kontrollgruppenpatienten wird durch eine veränderte Anordnung der Zielkategorien erleichtert: In der Abbildung 83 sind sie nach der Differenz ihrer relativen Auftretenshäufigkeit in den beiden Gruppen geordnet. Mit einem p von .170 unterscheiden sich die beiden Gruppen insgesamt nicht signifikant, aus der Grafik lässt sich aber ablesen, dass die Studiengruppenpatienten in größerem Ausmaß konkretere und eher aktivitäts- und teilhabeorientierte Ziele formuliert haben, und stärker den Blick nach vorn zu richten scheinen. Die Kontrollgruppenpatienten hingegen haben häufiger etwas allgemeinere Ziele angegeben, die insgesamt etwas weniger dynamisch wirken.



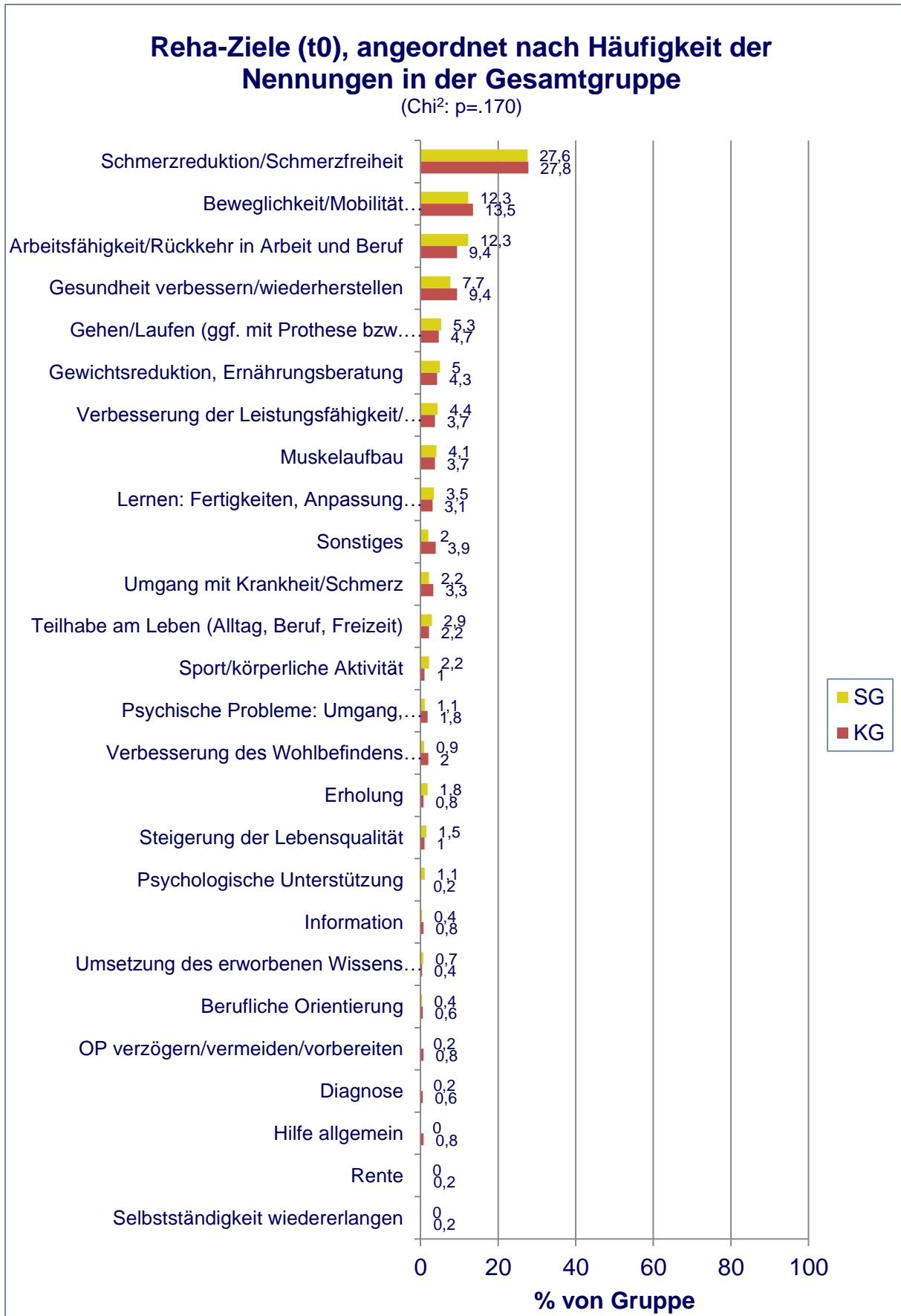


Abbildung 82: Reha-Ziele zu t0 (n=510); absteigende der Häufigkeit der Nennungen in der Gesamtgruppe

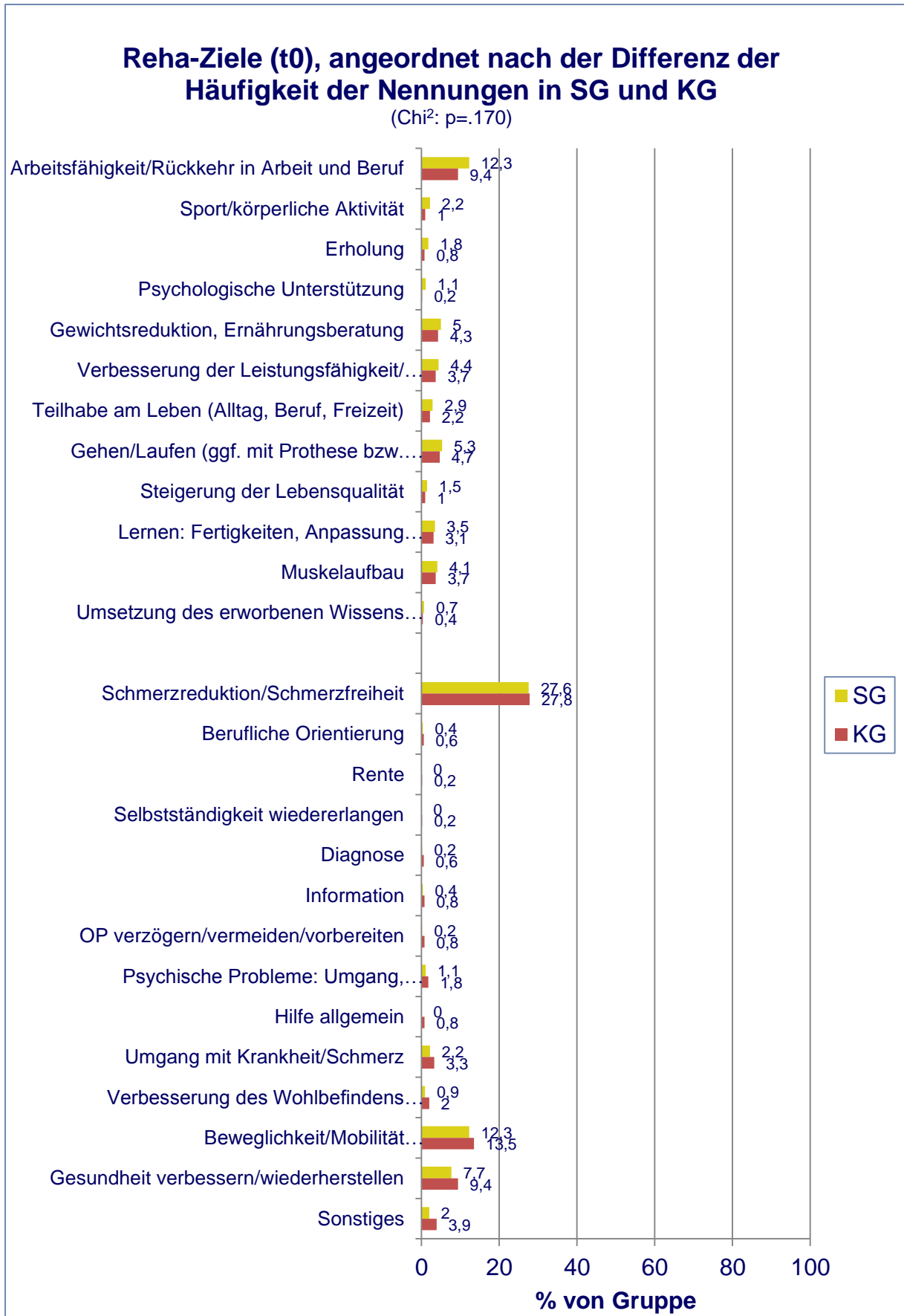


Abbildung 83: Reha-Ziele zu t0 (n=510); Differenz der Häufigkeit der Nennungen in Studien- und Kontrollgruppe

### **8.3.2.6 Bewertung der Reha zum Reha-Ende**

Wie im Kapitel 3.2 dargestellt, stellte die Zufriedenheit der Patienten mit der Reha zum Reha-Ende eines unserer beiden Hauptzielkriterien dar. Angelehnt an den QS-Bogen der DRV haben wir die Probanden in unserem letzten Fragebogen zunächst um eine Bewertung der erhaltenen Leistungen und sowie weiterer Qualitätsmerkmale der Reha und der Klinik Münsterland gebeten, die sie zum großen Teil bereits aus der Abfrage der Erwartungen an die Maßnahme aus dem ersten Fragebogen kannten. Weiterhin führten wir sie wie auch bereits zu t0 mit weiterführenden Fragen auf ein höheres Abstraktionsniveau, um die subjektiv erfahrene Passung zwischen den eigenen Bedürfnissen und der erlebten Reha zu ermitteln. Globale Einschätzungen der Zufriedenheit rundeten diesen Abschnitt im letzten Fragebogen ab. Diese Reihenfolge werden wir auch in der folgenden Darstellung der Ergebnisse beibehalten.

#### **Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung**

In der Regel stellt der Arzt für die Rehabilitanden eine Schlüsselperson in der Reha dar, so dass die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung einen besonders wichtigen Faktor für die Gesamtzufriedenheit der Patienten darstellen, aber auch recht angreifbar sein dürfte. In den drei Fragen zu diesem Bereich wurde erfasst,

- ob der Arzt einfühlsam und verständnisvoll war,
- ob er alles, was mit den Beschwerden des Patienten zusammenhängt, verständlich erklärt hat,
- und ob er nach Meinung des Patienten die richtigen Behandlungen und Therapien für ihn veranlasst hat.

Mit Mittelwerten, die auf einer fünfstufigen, positiv gepolten Skala durchweg über 4 lagen, waren die Bewertungen der ärztlichen Betreuung besser als wir es auf der Basis unserer Erfahrung aus anderen Projekten erwartet hätten. In allen drei Items gaben die Kontrollgruppenpatienten im Schnitt noch etwas höhere Werte an als die Studiengruppenpatienten, in der Frage nach der Veranlassung der richtigen Behandlungen ist dieser Unterschied sogar statistisch signifikant ( $p=.040^*$ ). Schaut man sich die Verteilung der einzelnen Antworten an, so fällt auf, dass die Studiengruppenpatienten tendenziell weniger häufig extrem positiv geantwortet haben und ihre Voten stattdessen eher im mittleren, teilweise auch im unteren Bereich lagen.

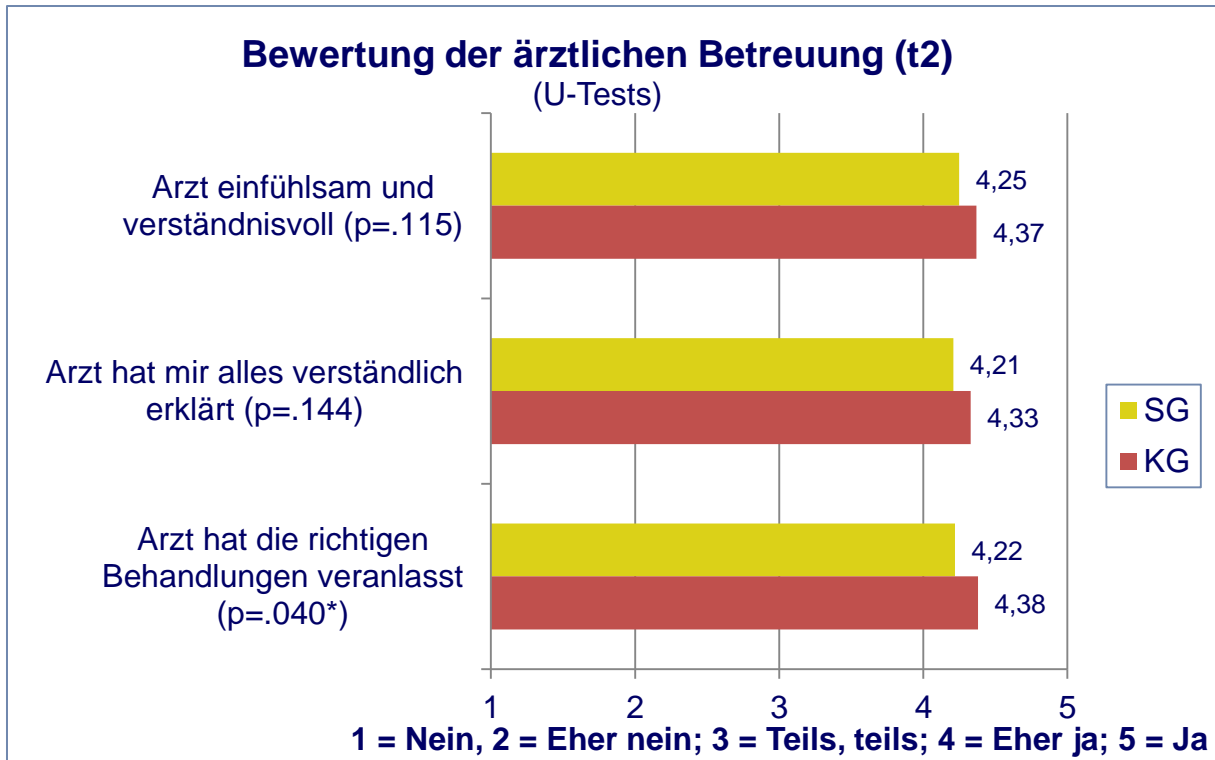


Abbildung 84: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der ärztlichen Betreuung t2; Mittelwerte

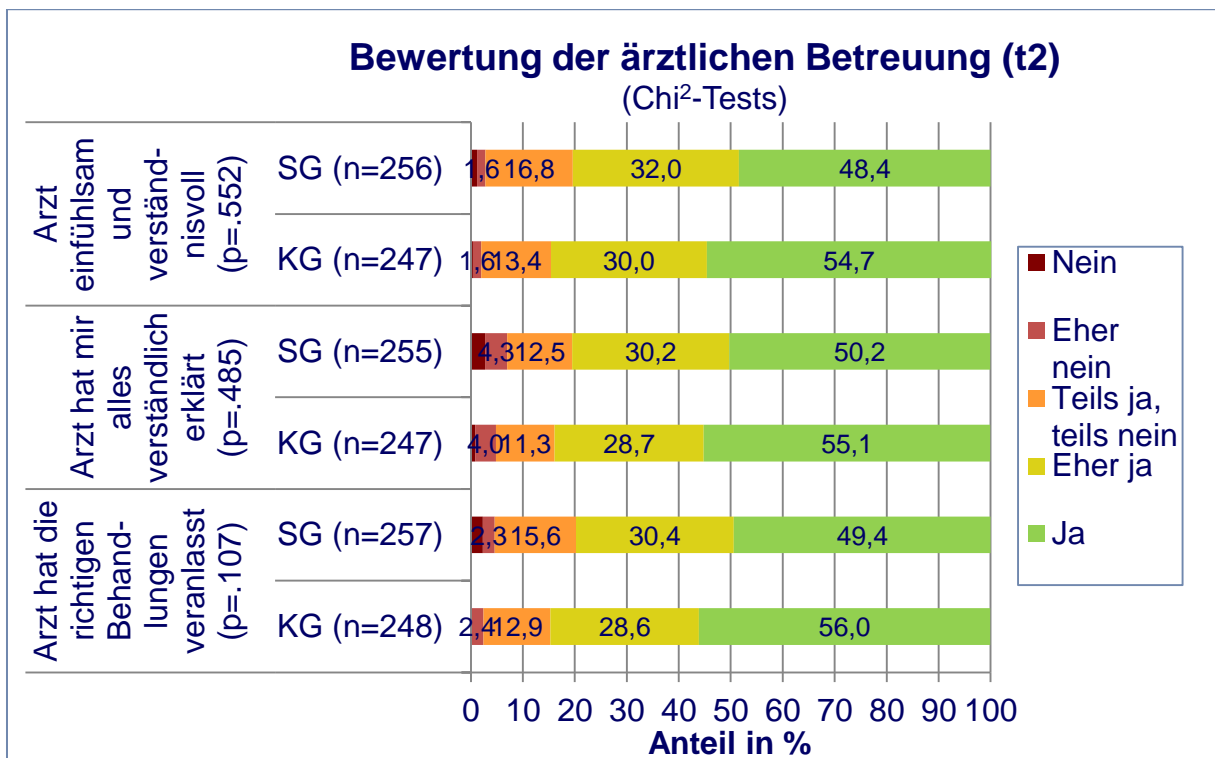


Abbildung 85: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der ärztlichen Betreuung t2; Verteilung der Antworten

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, haben sich analoge Ergebnisse gezeigt, nur war der Gruppenunterschied in den Mittelwerten für das letzte Item aufgrund der deutlich kleineren Stichprobe trotz einer exakt gleichen Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant ( $p=.150$ ).

### **Zufriedenheit mit der Betreuung durch Krankenschwestern und Krankenpfleger**

Gegenüber den Bewertungen der ärztlichen Betreuung lagen die Bewertungen der pflegerischen Betreuung noch einmal etwas höher – und nahmen damit Spitzenplätze ein, die belegen, dass im Erleben der Patienten in aller Regel

- immer eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger da war, wenn der Patient sie oder ihn gebraucht hat,
- die Krankenschwestern oder –pfleger einfühlsam und verständnisvoll waren,
- und die Krankenschwestern oder –pfleger die Patienten gut und verständlich informiert und angeleitet haben.

Die Mittelwerte zeigen, dass in diesem Fragenblock, vor allem im ersten Item, die Studiengruppenpatienten noch etwas bessere Bewertungen abgegeben haben als die Kontrollgruppenpatienten. Dieses war in keinem anderen Fragenblock so einheitlich der Fall. In der Verteilung der Antworten wird deutlich, dass auch diese Differenzen vor allem durch eine unterschiedliche Frequentierung der oberen und mittleren Antwortalternativen begründet sind. Eine mögliche Erklärung für die Überlegenheit der Studiengruppe ist, dass die besser informierten Patienten schon frühzeitig mit einer stärkeren Betonung der Eigenständigkeit gerechnet haben und deshalb erhaltene Hilfestellungen durch das Pflegepersonal in höherem Ausmaß zu schätzen wussten.

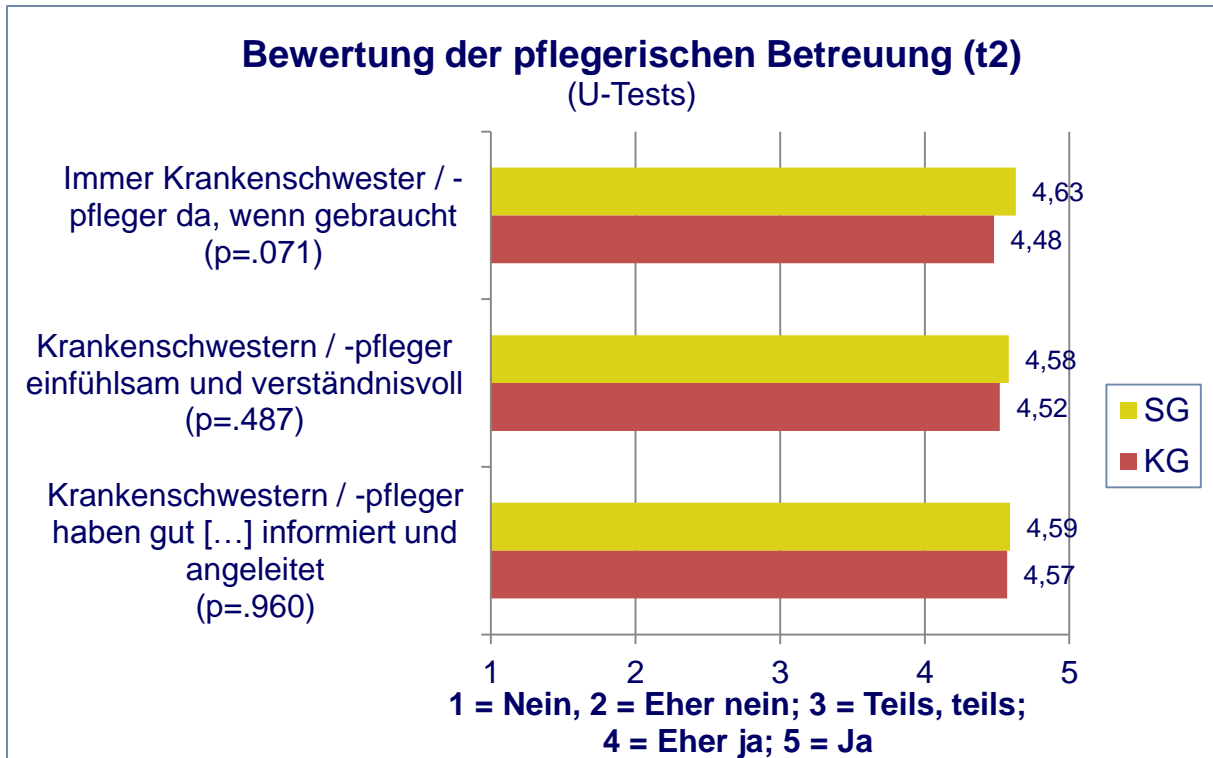


Abbildung 86: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der pflegerischen Betreuung t2; Mittelwerte

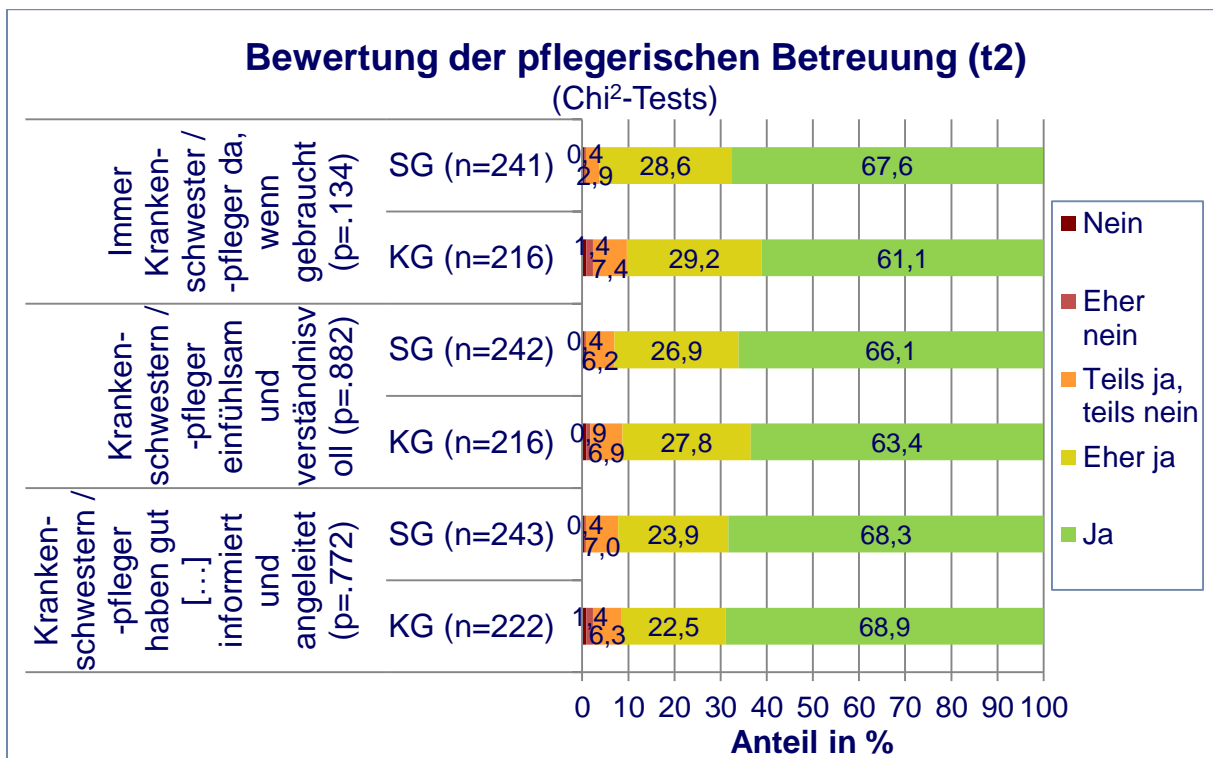


Abbildung 87: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der pflegerischen Betreuung t2; Verteilung der Antworten

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, ist die Differenz zwischen den Mittelwerten von Studien- und Kontrollgruppe etwas geringer, ansonsten entsprechen ihre Ergebnisse auch in diesem Fragenblock denen der Gesamtgruppe.

### **Zufriedenheit mit Behandlungen**

Da die diagnosegruppenspezifischen Broschüren einen deutlichen Schwerpunkt auf der Darstellung der verschiedenen für die jeweilige Diagnosegruppe in Frage kommenden Behandlungen hatten, haben wir vermutet, dass gerade in den Items zur Zufriedenheit mit den erhaltenen Behandlungen erhebliche Gruppenunterschiede zugunsten der Studiengruppe zu sehen sein würden.

Tatsächlich aber waren die Studiengruppenpatienten zum Ende der Reha mit allen Behandlungsformen tendenziell bis signifikant weniger zufrieden als die Kontrollgruppenpatienten. Dieses galt vor allem für das Arbeitsplatztraining ( $p=.003^*$ ) und die Sport- und Bewegungstherapie ( $p=.004^*$ ), aber auch für die psychologischen Angebote (Psychologische Einzelgespräche:  $p=.054$ ; Entspannungstraining:  $p=.061$ ) und die Einzelkrankengymnastik ( $p=.073$ ). Wieder zeigte sich das bereits bekannte Muster, dass die Studiengruppenpatienten seltener extrem positiv und dafür eher im mittleren Bereich geantwortet haben.

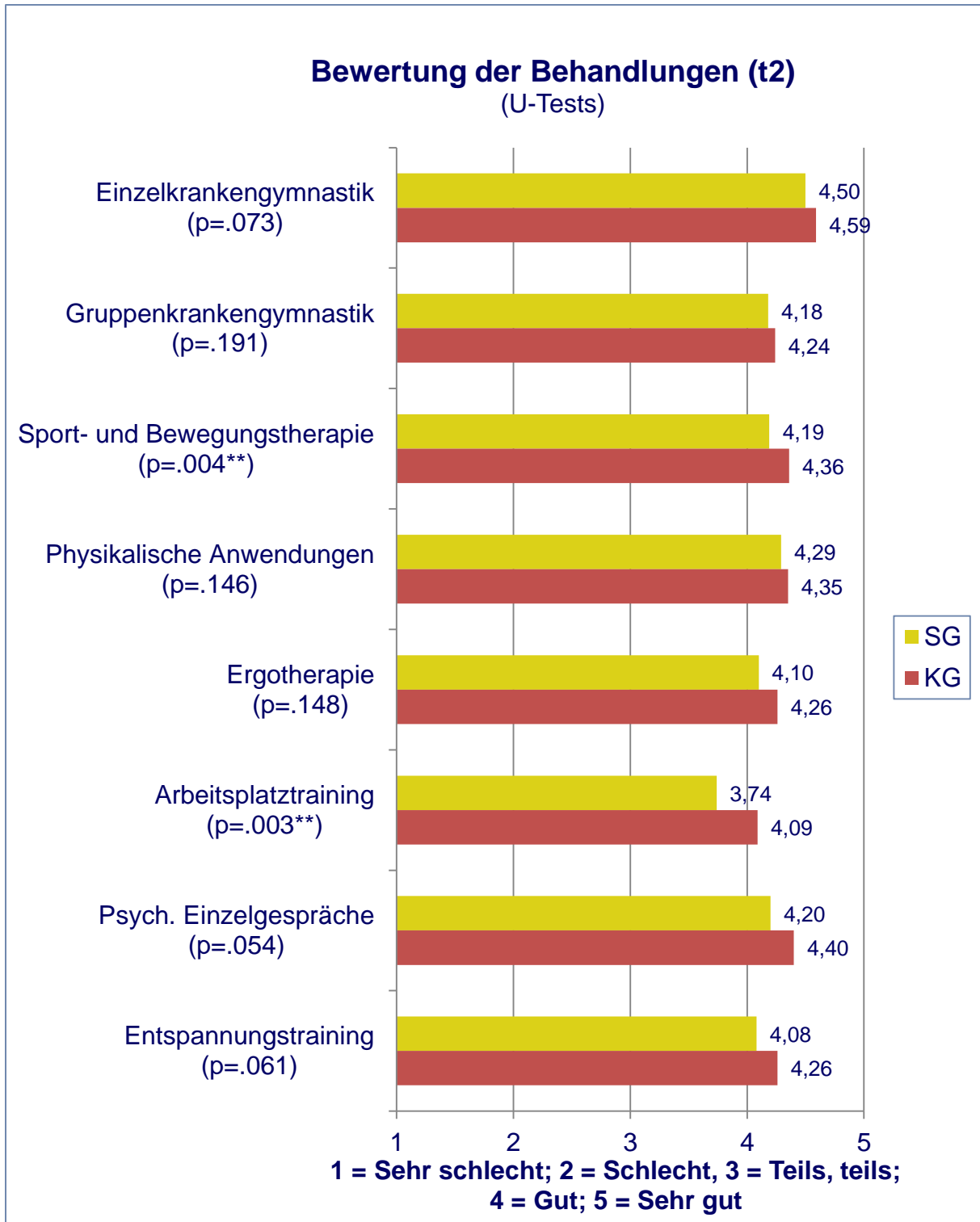


Abbildung 88: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Behandlungen t2; Mittelwerte



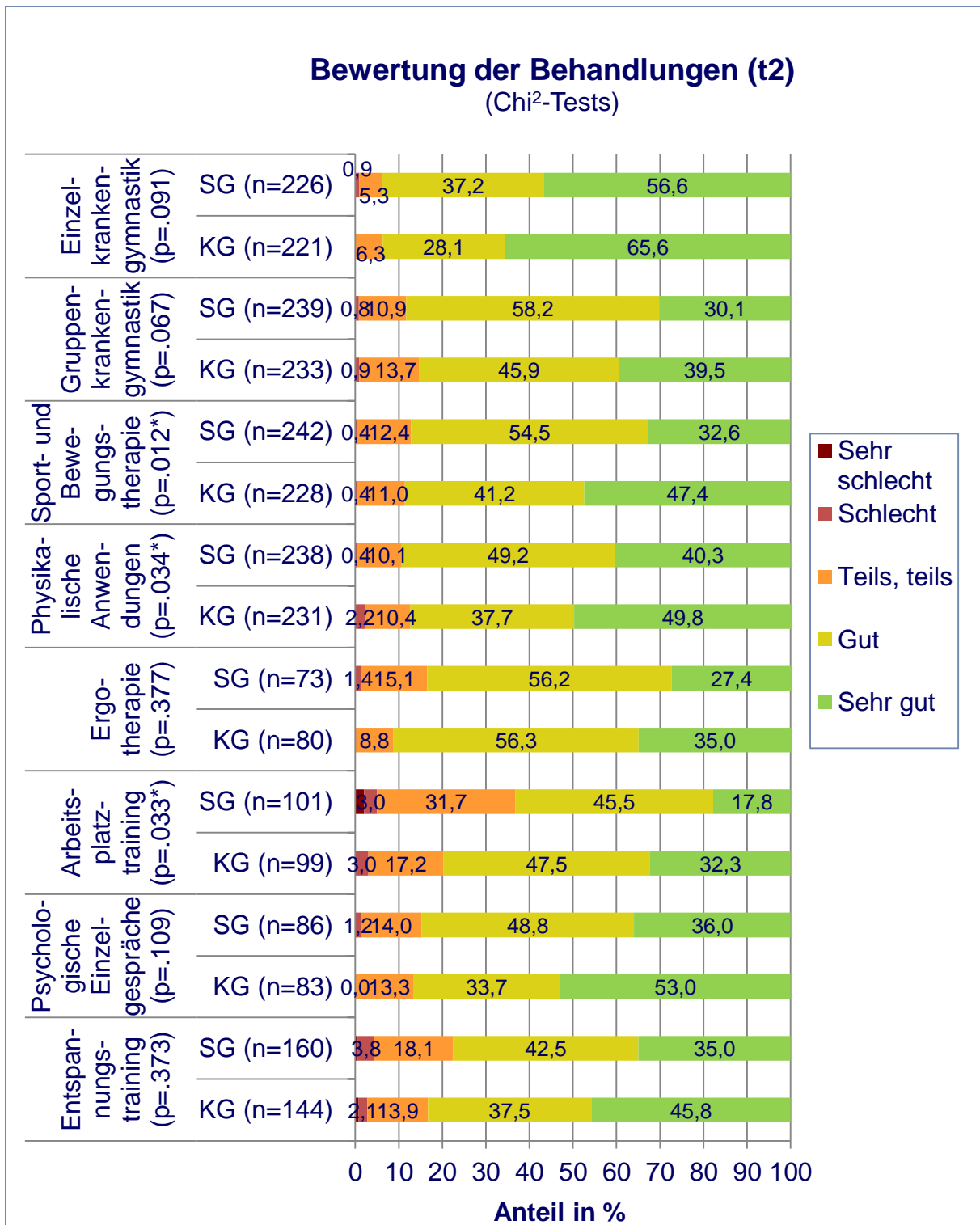


Abbildung 89: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Behandlungen t2; Verteilung der Antworten

Betrachtet man nur die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, so gleichen sich die Ergebnisse weitgehend. Die Unterschiede in den Bewertungen des Arbeitsplatztrainings und der psychologischen Einzelgespräche sind jedoch etwas größer, die in den Bewertungen der Gruppenkrankengymnastik, der physikalischen Anwendungen und der Ergotherapie hingegen etwas kleiner als in der

Gesamtgruppe. Signifikante Gruppenunterschiede gibt es in den Bewertungen der des Arbeitsplatztrainings ( $p=.008^*$ ) und der psychologischen Einzelgespräche ( $p=.045^*$ ); beide fallen zugunsten der Kontrollgruppe aus.

### **Zufriedenheit mit Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining**

Ein wichtiges Element in der modernen Reha ist die Befähigung der Patienten zu eigenständig selbstverantwortlichem Handeln. Dazu sind in der Regel Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha nötig. Prominente Schwerpunkte sind in diesem Bereich Vorträge, Seminare und Schulungen zu

- krankheitsbezogenen Themen
- Ernährung, Übergewicht und Gewichtsabnahme
- Beruflicher Orientierung

In diesem Bereich gab es keine signifikanten Unterschiede in den Bewertungen von Studien- und Kontrollgruppe. Die Veranstaltungen zu allen drei Themenschwerpunkten wurden insgesamt als gut bewertet, wobei die Studiengruppenpatienten in der Tendenz etwas weniger zufrieden waren als die Kontrollgruppenpatienten.

Die Verlagerung der Antworten aus dem sehr guten und guten in den mittleren Bereich war für die Veranstaltung zur beruflichen Orientierung statistisch signifikant ( $p=.043^*$ ), für die anderen Themen nicht. Dieser Unterschied war in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, noch größer ( $p=.014^*$ ), die anderen Ergebnisse in dieser Gruppe unterschieden sich nur marginal von denen der Gesamtgruppe.

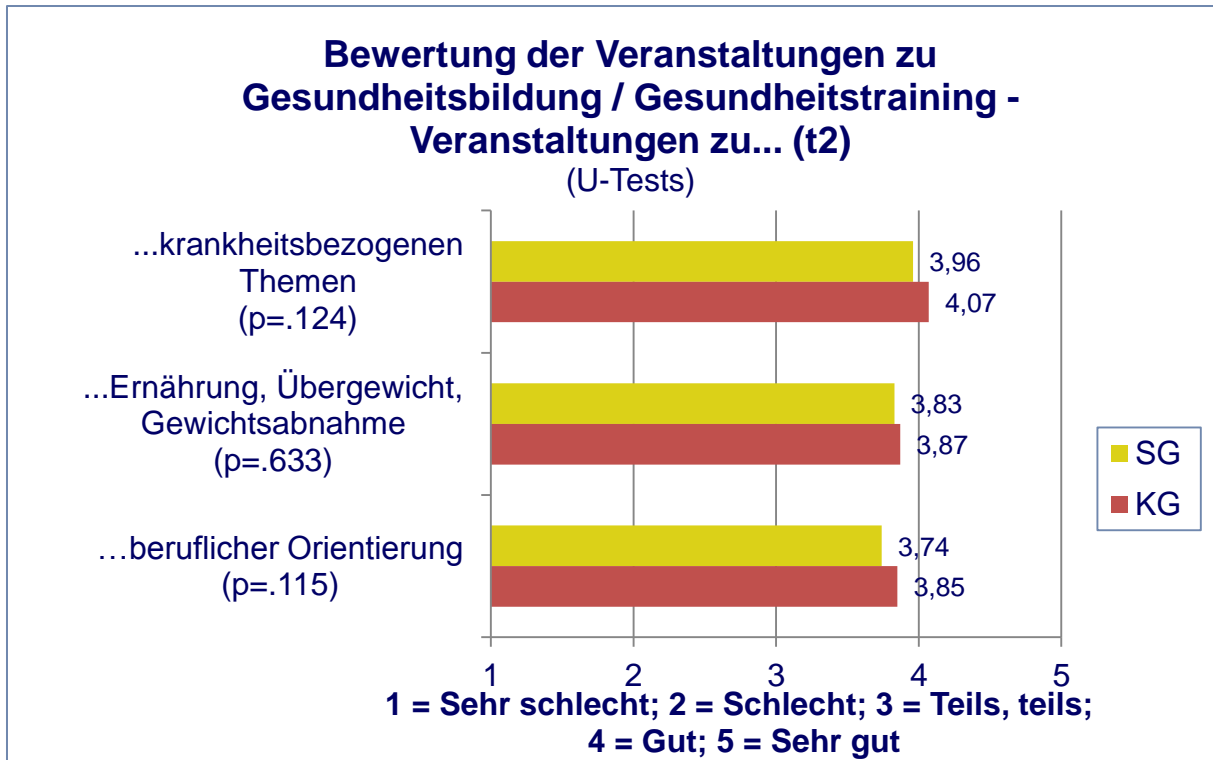


Abbildung 90: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining t2; Mittelwerte

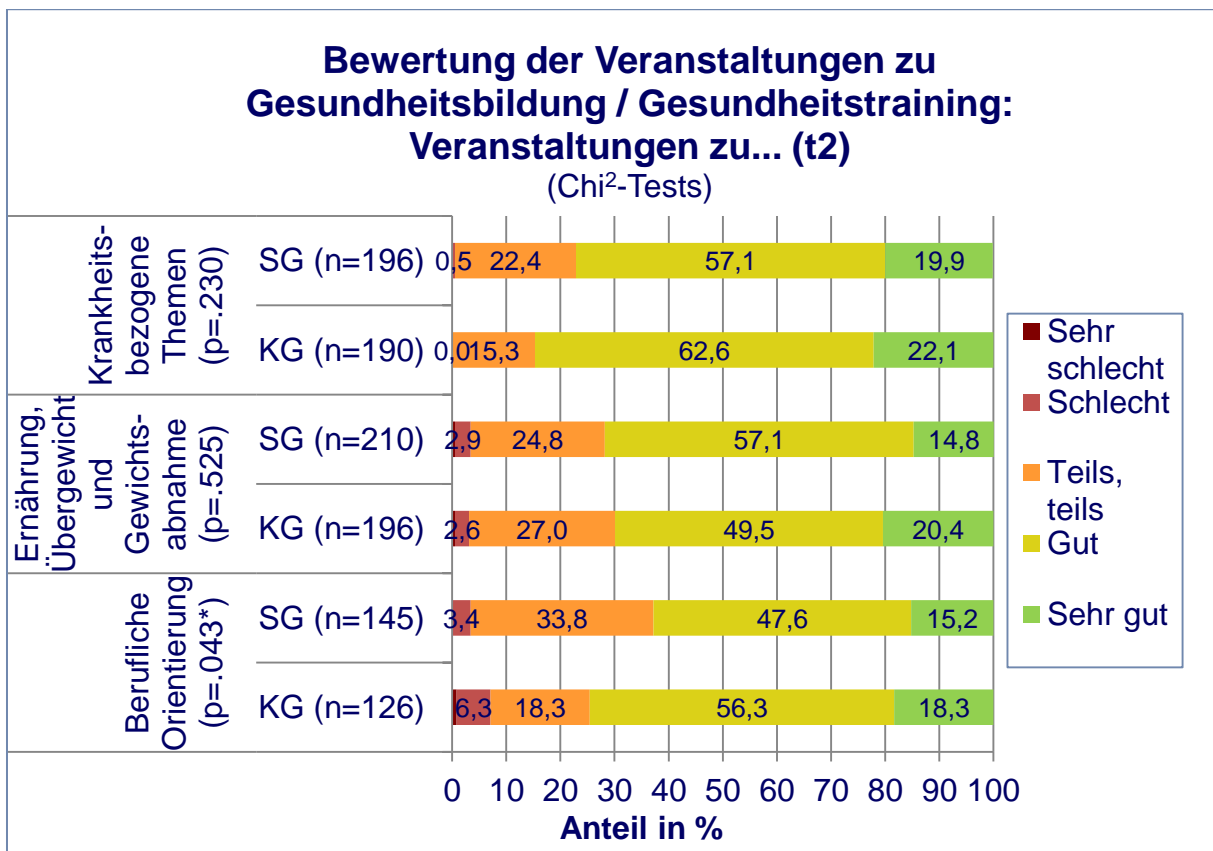


Abbildung 91: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining t2; Verteilung der Antworten

## Zufriedenheit mit Beratungen und Hilfen

Ergänzend zu eher allgemein gehaltenen Informationsveranstaltungen können individuell auf den einzelnen Patienten ausgerichtete Beratungen und Hilfen wichtige Bausteine für eine gelungene Krankheitsbewältigung darstellen. Dabei können die Inhalte je nach Problemfeld sehr unterschiedlich aussehen und umfassen oft

- arbeitsbezogene Beratungen und Hilfen sowie Leistungstests,
- Beratung und Hilfe in rechtlichen Dingen,
- Beratungen und Hilfen, um den Patienten die Fortführung von Behandlungen am Wohnort zu erleichtern,
- Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln.

Die aufgeführten Beratungen und Hilfen waren nicht bei allen Patienten gleichermaßen indiziert, die Patienten, die sie bekommen haben, äußerten sich in der Regel jedoch recht zufrieden. Auch hier zeigt sich in den Gruppenvergleichen durchweg eine leichte Überlegenheit der Kontrollgruppenpatienten, die in Bezug auf die Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln statistische Signifikanz erreicht ( $p=.035^*$ ). In diesem Item war der Anteil der Patienten, die ein „Sehr gut“ vergeben haben, bei den Studiengruppenpatienten nur etwa halb so groß wie bei den Kontrollgruppenpatienten, stattdessen haben sie deutlich häufiger ein „Gut“ oder ein „Teils, teils“ vergeben.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, fielen die Urteile über die Veranstaltungen über krankheitsbezogene Themen noch etwas besser aus, der Gruppenunterschied ist dadurch jedoch kaum beeinflusst worden. Die weiteren Ergebnisse der Subgruppe decken sich auch in diesem Fragebogenabschnitt mit denen der Gesamtgruppe.

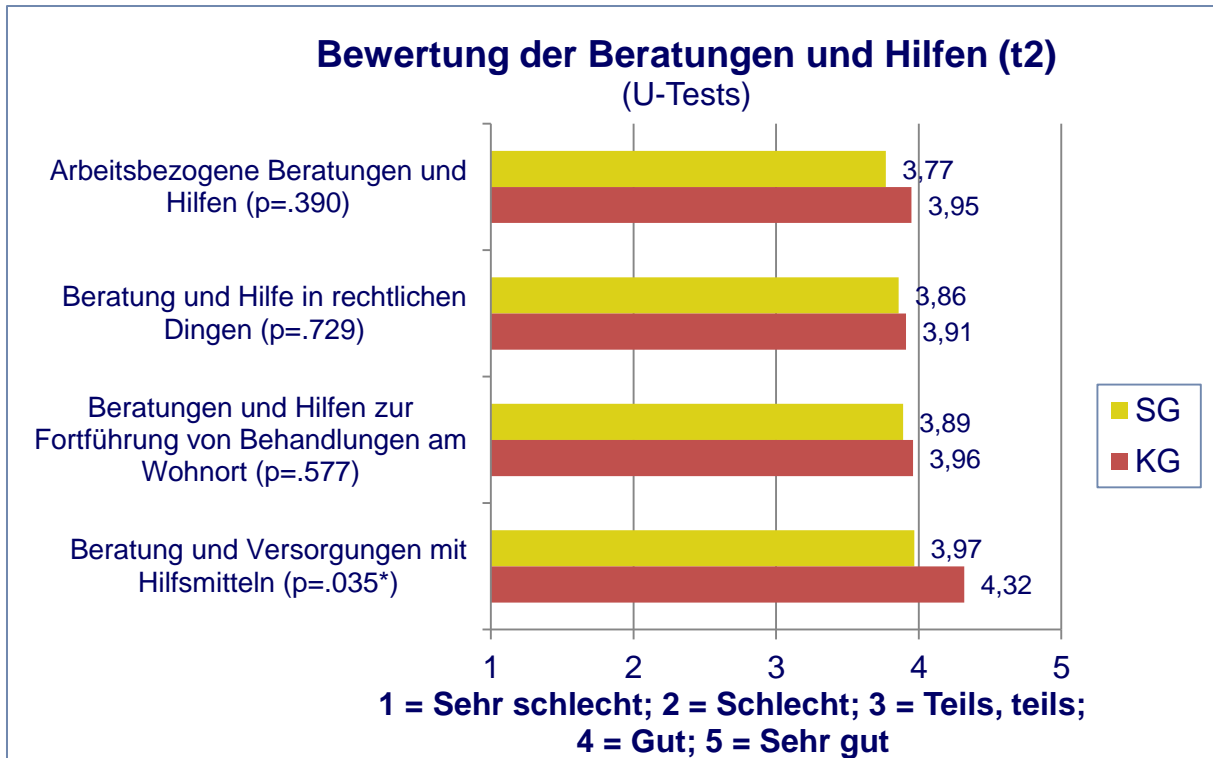


Abbildung 92: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Beratungen und Hilfen t2; Mittelwerte

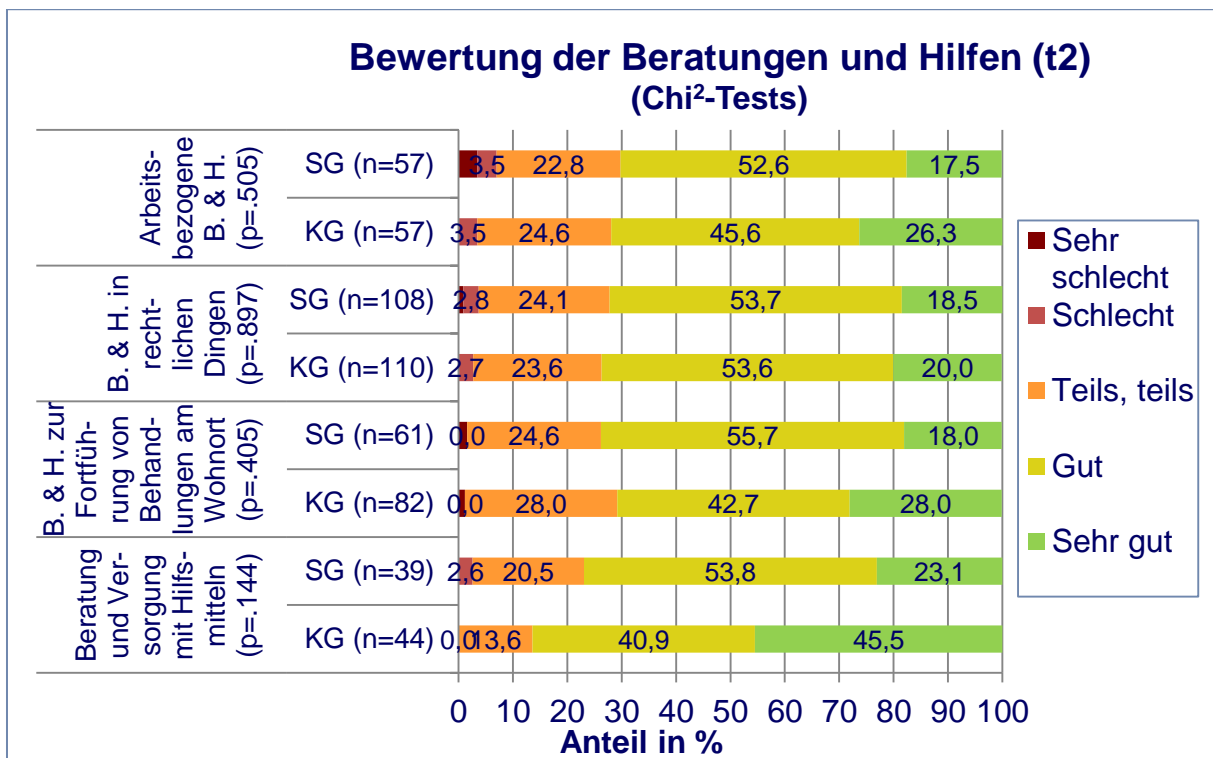


Abbildung 93: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Beratungen und Hilfen t2; Verteilung der Antworten

## Zufriedenheit mit Reha-Plan und Reha-Zielen

In dem Abschnitt Reha-Plan und Reha-Ziele geht es zum einen darum, inwieweit Arzt beziehungsweise Therapeut und Patient gemeinsam Reha-Ziele für den Patienten festgelegt und den geeigneten Weg dorthin diskutiert haben. Zum anderen sollten die Patienten Hilfestellungen für ein aktives Coping bekommen und gegebenenfalls im Sinne des biopsychosozialen Modells auf mögliche seelische Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung und ihrer Behandlung angesprochen werden. Sowohl die partizipative Zielvereinbarung als auch die Unterstützung der Patienten in der Krankheitsbewältigung unter Berücksichtigung auch psychosozialer Problembereiche gelten als wichtige Qualitätsmerkmale des Reha-Prozesses.

Nach den Ergebnissen in der Gesamtgruppe scheinen frühe Gespräche über Ziele in der deutlichen Mehrzahl der Fälle durchgeführt worden zu sein. Hilfestellungen zur Krankheitsbewältigung wurden weniger häufig bestätigt, Gespräche mit Arzt und Therapeut über seelische Probleme noch seltener, wobei diese Abstufung vermutlich in erster Linie die Indikationshäufigkeit abbildet. Signifikante Gruppenunterschiede waren nicht nachzuweisen, es zeigte sich aber auch in diesem Fragenblock in allen Items eine etwas schlechtere Bewertung durch die Patienten der Studiengruppe, die wieder eher im mittleren Bereich als extrem positiv bewertet haben.

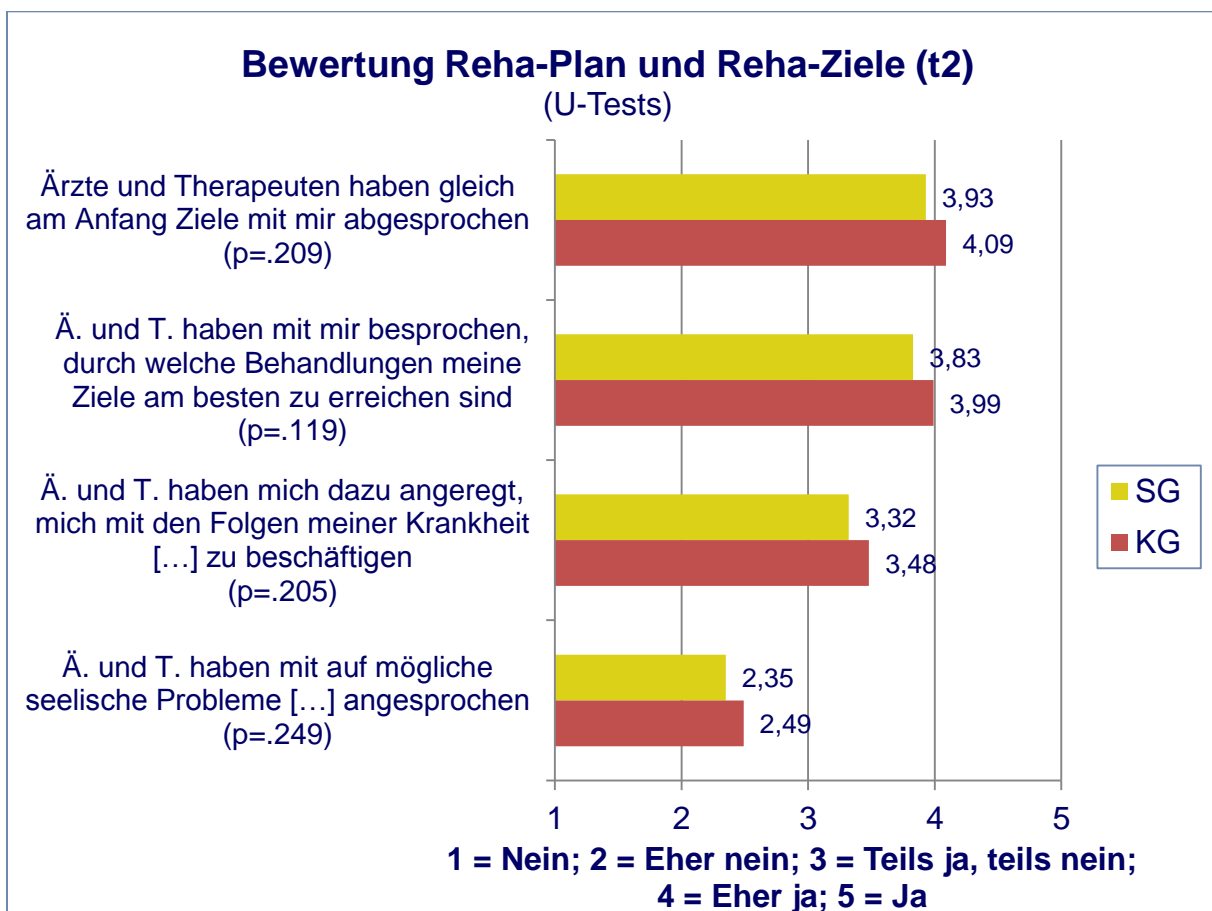
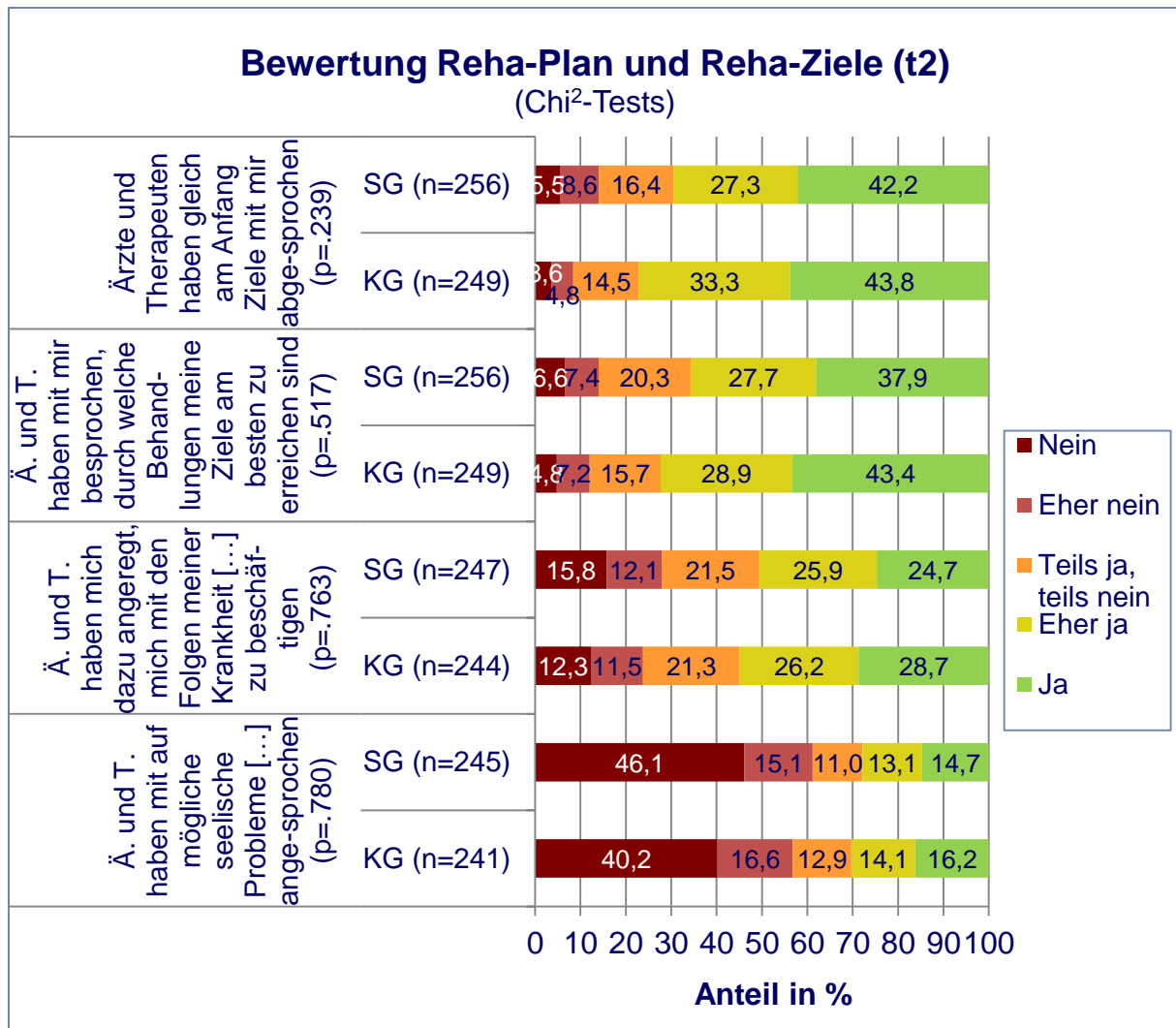
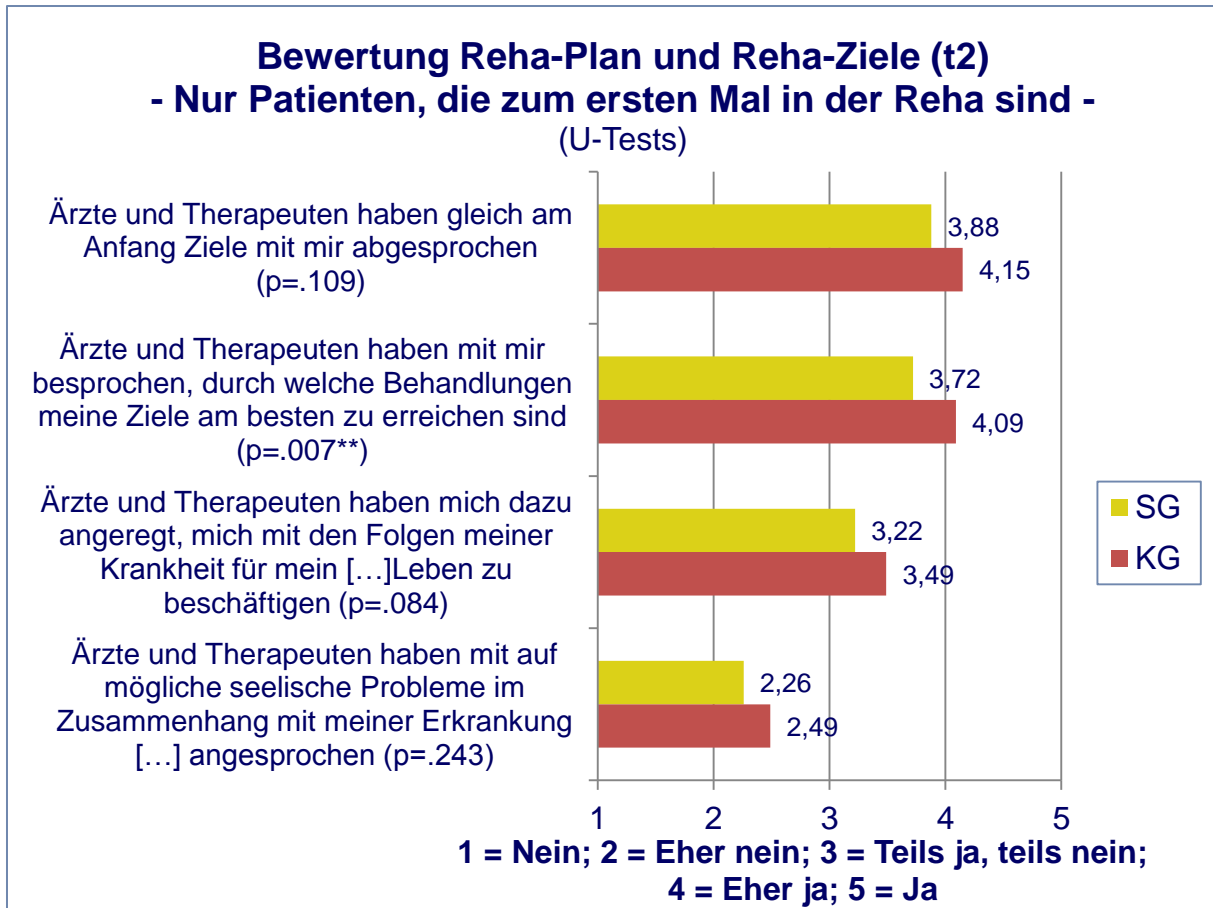


Abbildung 94: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung von Reha-Plan und Reha-Zielen t2; Mittelwerte



**Abbildung 95: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung von Reha-Plan und Reha-Zielen t2; Verteilung der Antworten**

Die beschriebenen Unterschiede waren in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, größer und erreichten trotz des geringeren Stichprobenumfangs zum Teil statistische Signifikanz. So haben in der Subgruppe die Studiengruppenpatienten vor allem das Gespräch über geeignete Wege zum festgelegten Ziel ( $p=.007^{**}$ ), tendenziell aber auch die Zielvereinbarung selbst ( $p=.109$ ) und die Hilfestellung zum Coping ( $p=.084$ ) häufiger vermisst als die Patienten der Kontrollgruppe. An diesen Stellen wird deutlich, dass offenbar die diagnosegruppenspezifischen Broschüren, die ja die Bedeutung der aktiven, verantwortlichen Beteiligung und das ganzheitliche Bild des Patienten nach dem biopsychosozialen Modell deutlich herausstellen, gerade bei unerfahrenen Patienten Erwartungen weckt und scheinbar auch die Wahrnehmung entsprechender Leistungen schärft, so dass Mängel von ihnen deutlicher wahrgenommen werden als von den weniger präzise informierten Patienten.



**Abbildung 96: Zufriedenheit mit der Reha t2: Bewertung Reha-Plan und Reha-Ziele – nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287); Mittelwerte**



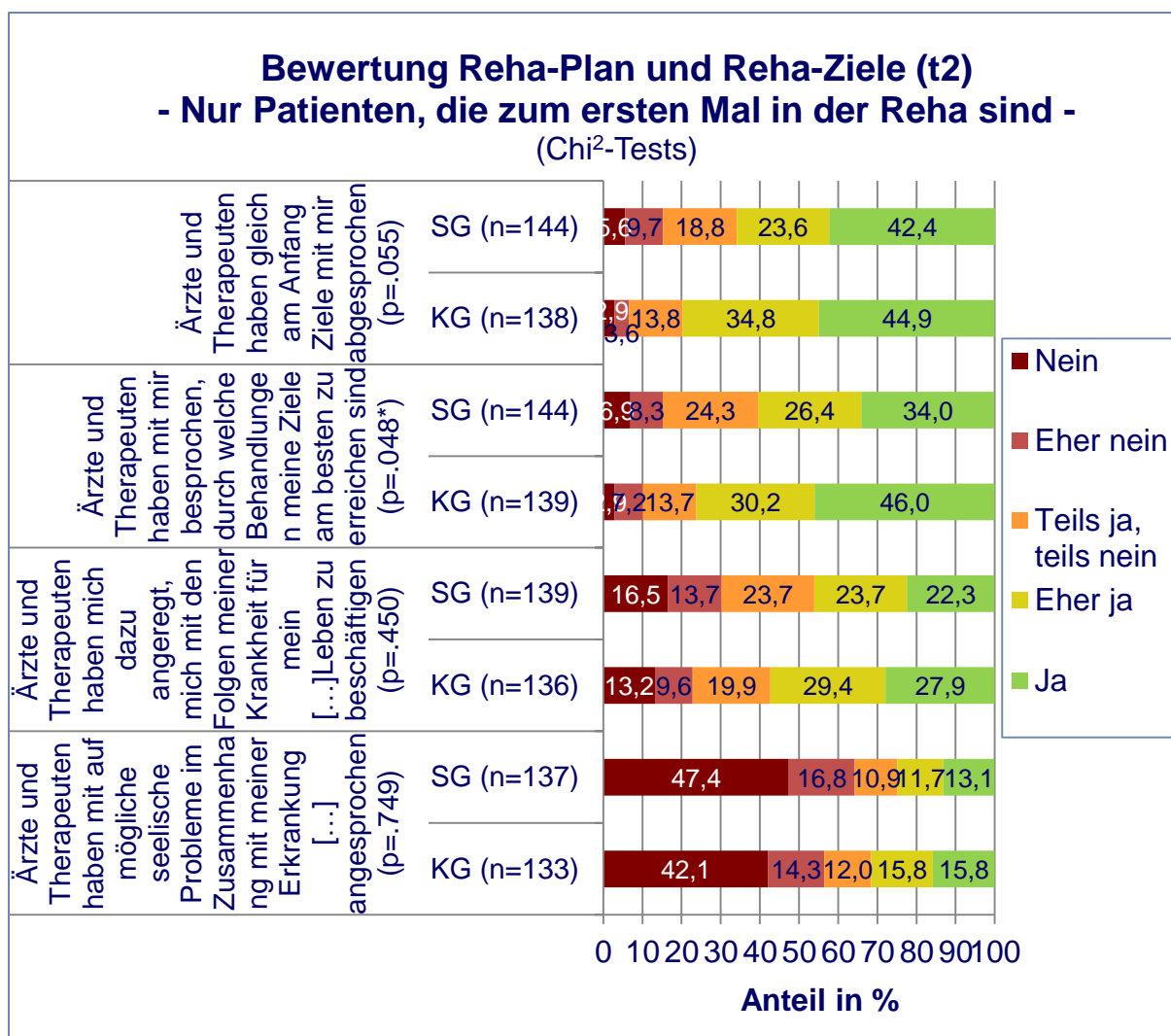


Abbildung 97: Zufriedenheit mit der Reha t2: Bewertung Reha-Plan und Reha-Ziele – nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287); Verteilung der Antworten

### Zufriedenheit mit Klinik und Unterbringung

Die Zufriedenheit mit der Klinik und der Unterbringung, also den „Hotelleistungen“, die einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden während der Maßnahme und damit sicherlich auch zur allgemeinen Erholung leisten, ist ausgesprochen hoch und liegt sowohl in der Gesamtgruppe als auch in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind, zwischen „Gut“ und „Sehr gut“. Auch in diesem Bereich sind die Kontrollgruppenpatienten tendenziell noch etwas zufriedener als die Studiengruppenpatienten, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Auch in diesen Fragen unterscheiden sich die Antworten der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, nur unerheblich von denen der Gesamtgruppe.

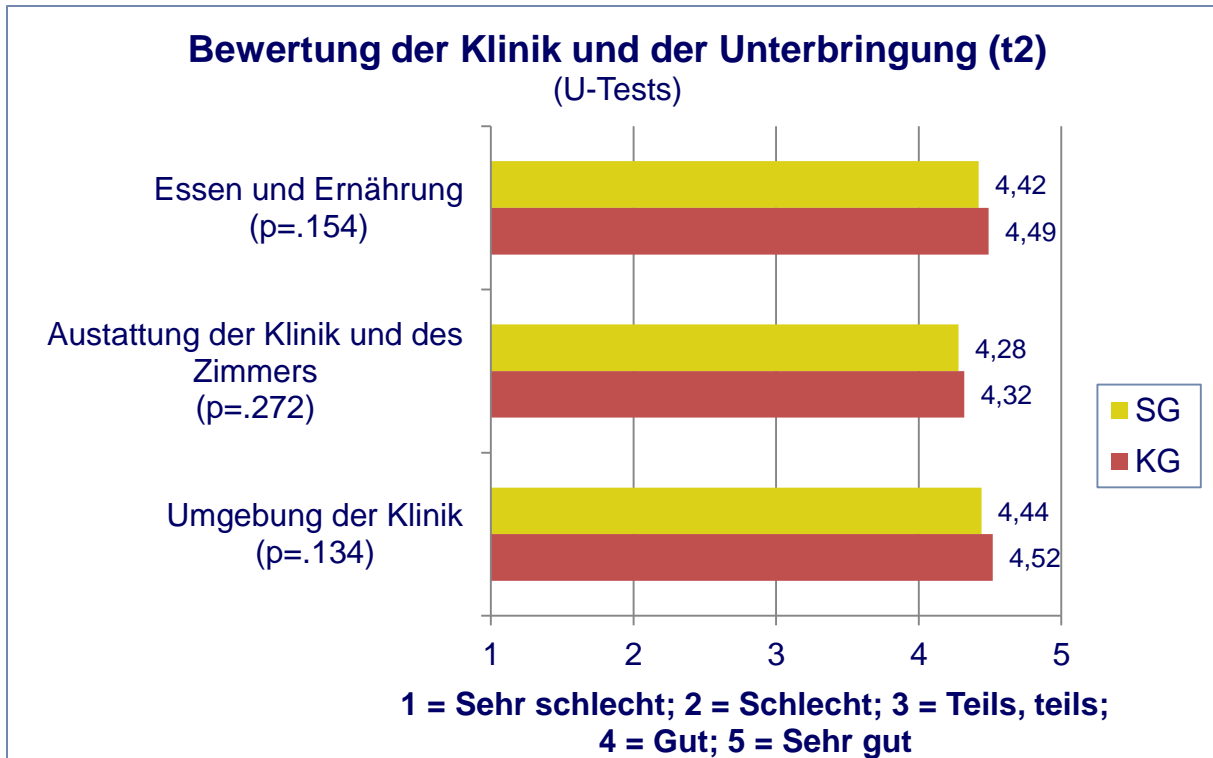


Abbildung 98: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung Klinik und Unterbringung t2; Mittelwerte

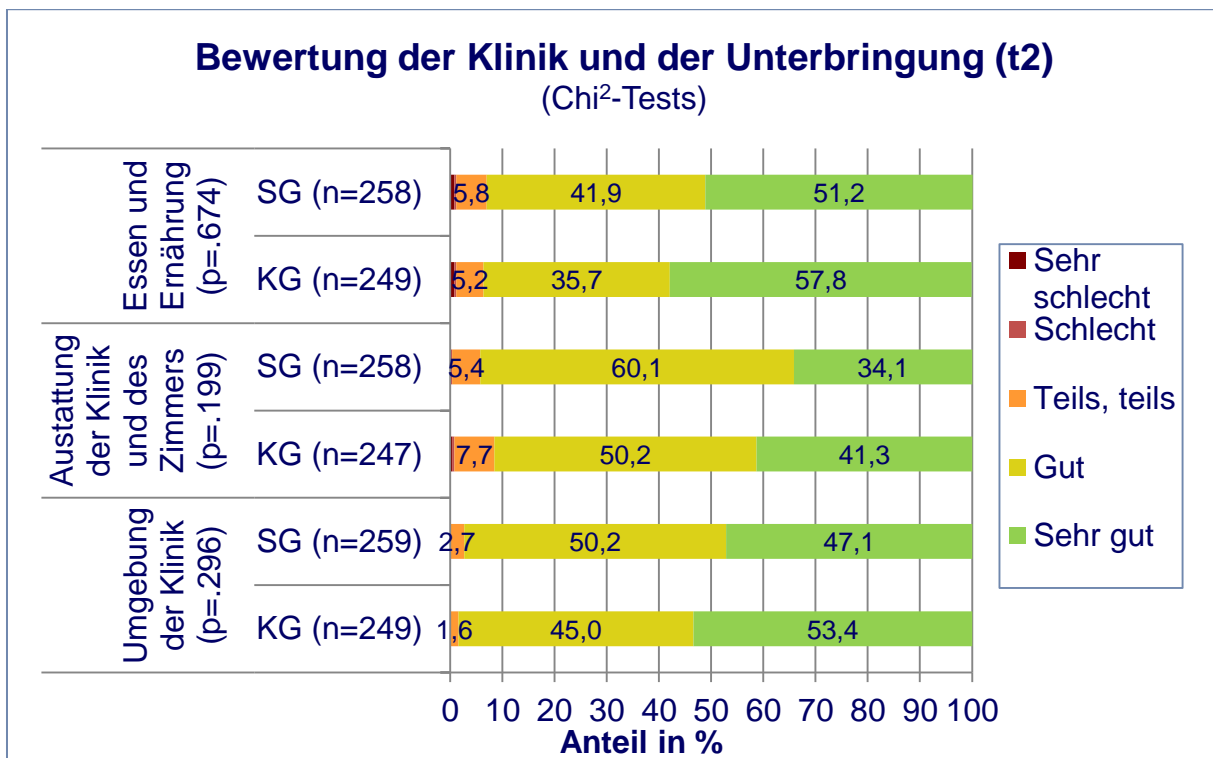


Abbildung 99: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung Klinik und Unterbringung t2; Verteilung der Antworten

## Zufriedenheit mit der Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation

Eine gute Vorbereitung der Patienten auf die Zeit nach der Reha, möglichst verbunden mit konkreten Verhaltensempfehlungen, kann Patienten helfen, Probleme an dieser wichtigen Schnittstelle zu reduzieren. Damit wird ihnen der Transfer des Gelernten in den Alltag erleichtert und der Reha-Erfolg stabilisiert.

In diesem Bereich sind die Urteile der Patienten etwas mäßiger ausgefallen; wiederum waren die Studiengruppenpatienten noch etwas weniger zufrieden als die Kontrollgruppenpatienten, wobei diese Effekte sehr klein sind und weit unterhalb der Signifikanzgrenze liegen.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, fielen die Urteile noch etwas kritischer aus, die Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch kaum größer.

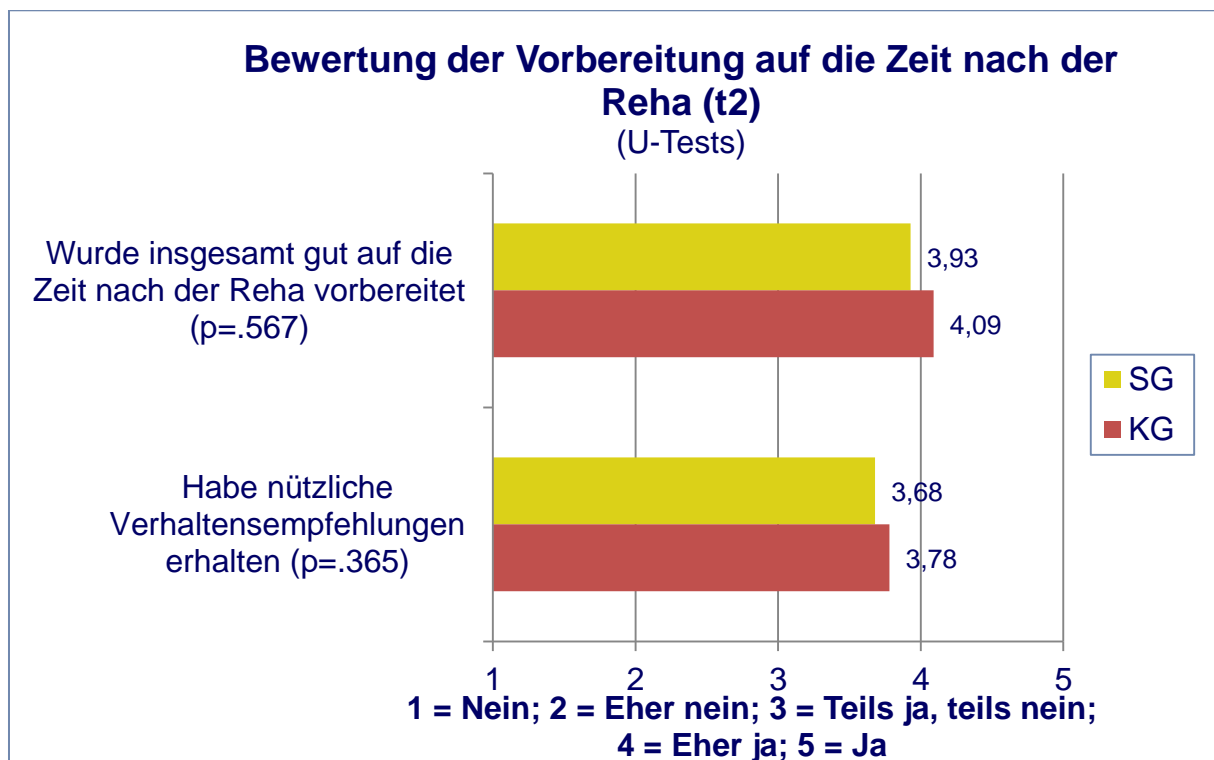


Abbildung 100: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha t2; Mittelwerte

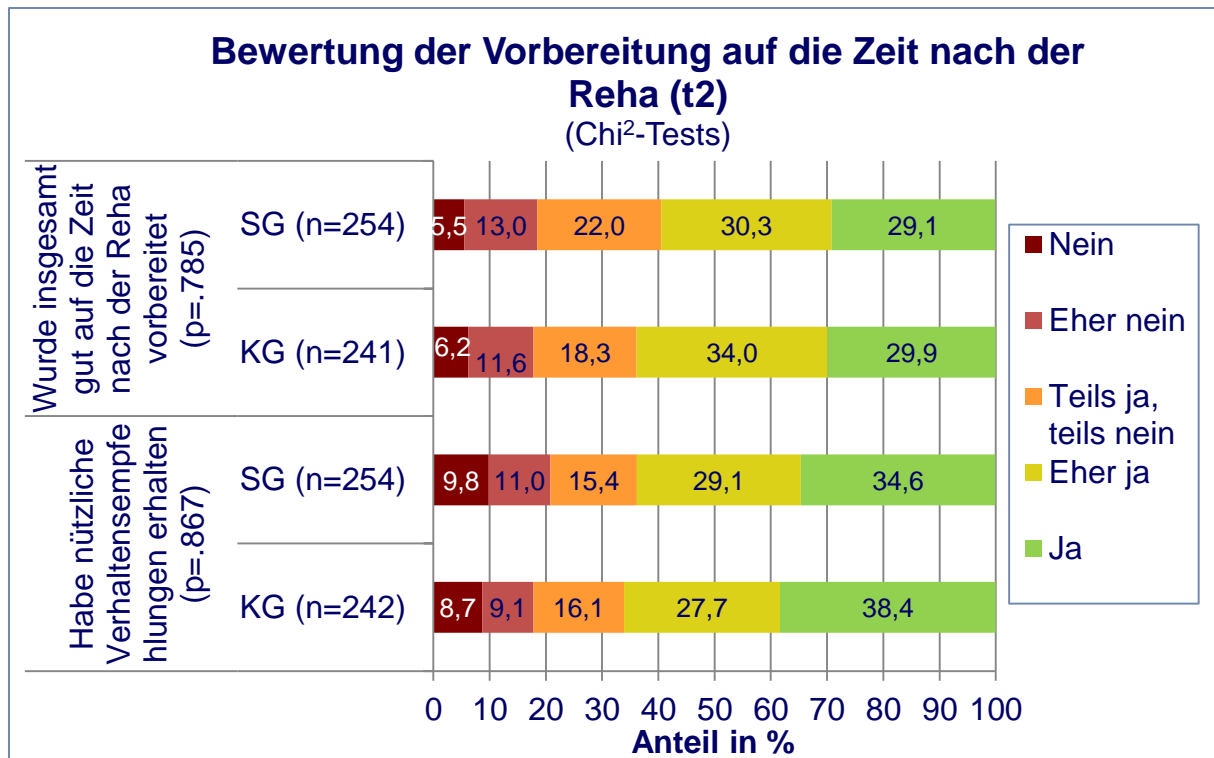


Abbildung 101: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Bewertung der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha t2; Verteilung der Antworten

### Zufriedenheit auf abstrakterer Ebene – Passung zwischen eigenen Bedürfnissen und erlebter Maßnahme

Dieser Abschnitt des Fragebogens wurde eingeleitet mit der Frage, ob die Betreuungen, Behandlungen und Beratungen, die der Patienten in der Klinik Münsterland erhalten hat, zur Linderung seiner Beschwerden geeignet waren. Damit wird bereits der Unterschied im Abstraktionsniveau zu den vorangegangenen Fragen deutlich; der Patient wird durch die angebotene Metaperspektive in die Rolle des Experten für seine Gesundheit und die erhaltene Maßnahme versetzt.

Die folgenden Fragen beschäftigten sich mit der Qualität der Behandlung aus Sicht des Patienten und mit der Passung der erhaltenen Leistungen zu den eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Fragen danach, inwieweit die erhaltenen Leistungen in der Summe als hilfreich erlebt worden sind, sie leiteten über zu der allgemeinen Zufriedenheit mit der Maßnahme und den Fragen, ob der Patient wiederkommen und ob er die Klinik weiterempfehlen würde.

Die Eignung der Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden wurde von Studien- und Kontrollgruppe gleichermaßen als sehr hoch eingestuft; über die Hälfte der Patienten beurteilten sie als „Gut geeignet“; weitere ca.

40% als „Eher geeignet“. Damit haben sich in beiden Gruppen weniger als 7% der Patienten deutlich kritisch geäußert.

Die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, gaben vergleichbare Werte an wie die Gesamtgruppe.

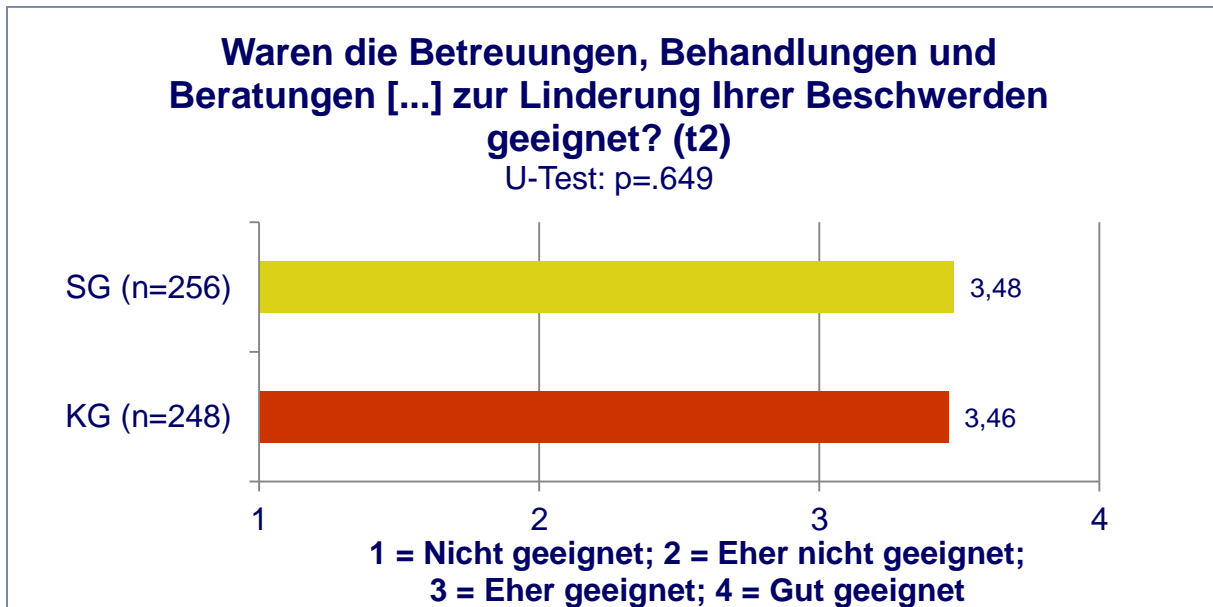


Abbildung 102: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Eignung der Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden t2; Mittelwerte

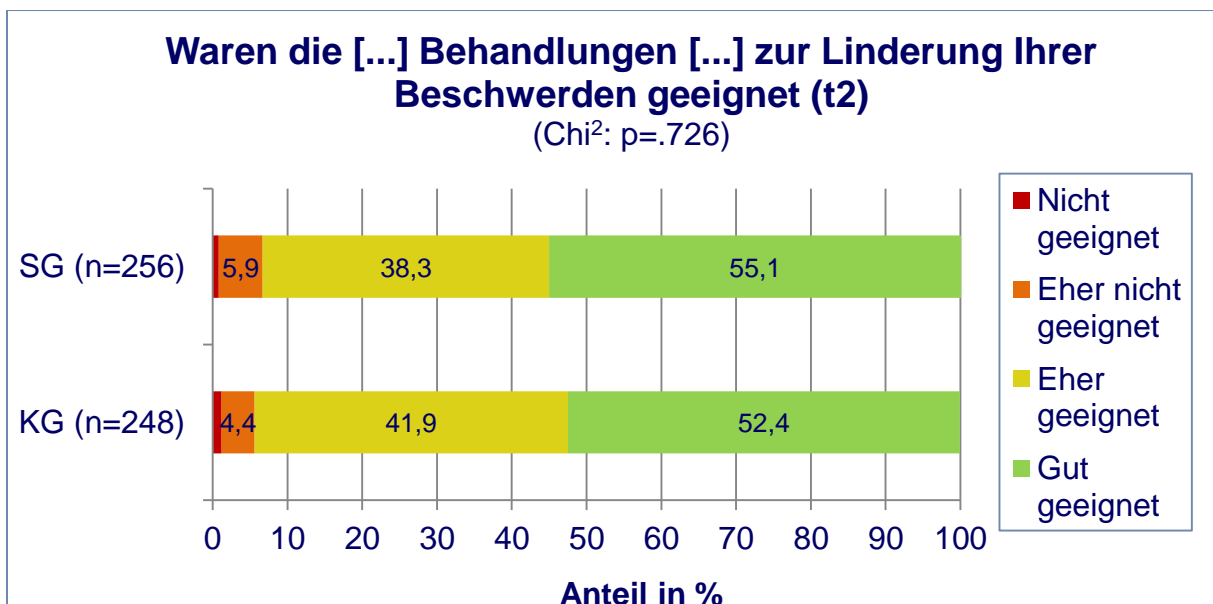


Abbildung 103: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Eignung der Betreuungen, Behandlungen und Beratungen zur Linderung der Beschwerden t2; Verteilung der Antworten

Offenbar hängt die wahrgenommene Qualität der Behandlung eng mit der subjektiven Eignung der Leistungen zur Linderung der Beschwerden zusammen,

denn auch diese wurde fast genauso positiv beurteilt. Da die verbalen Anker der Skala jedoch eine extremere Bedeutung der Pole nahelegen, wurden diese weniger häufig ausgewählt, die Antworten fanden sich stattdessen eher im mittleren Bereich. Auch in diesem Item unterschieden sich die Gruppen nicht.

Die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, beurteilten die Qualität mit Mittelwerten von 1,78 in der Studien- und 1,73 in der Kontrollgruppe minimal schlechter, der Gruppenunterschied war jedoch vergleichbar.

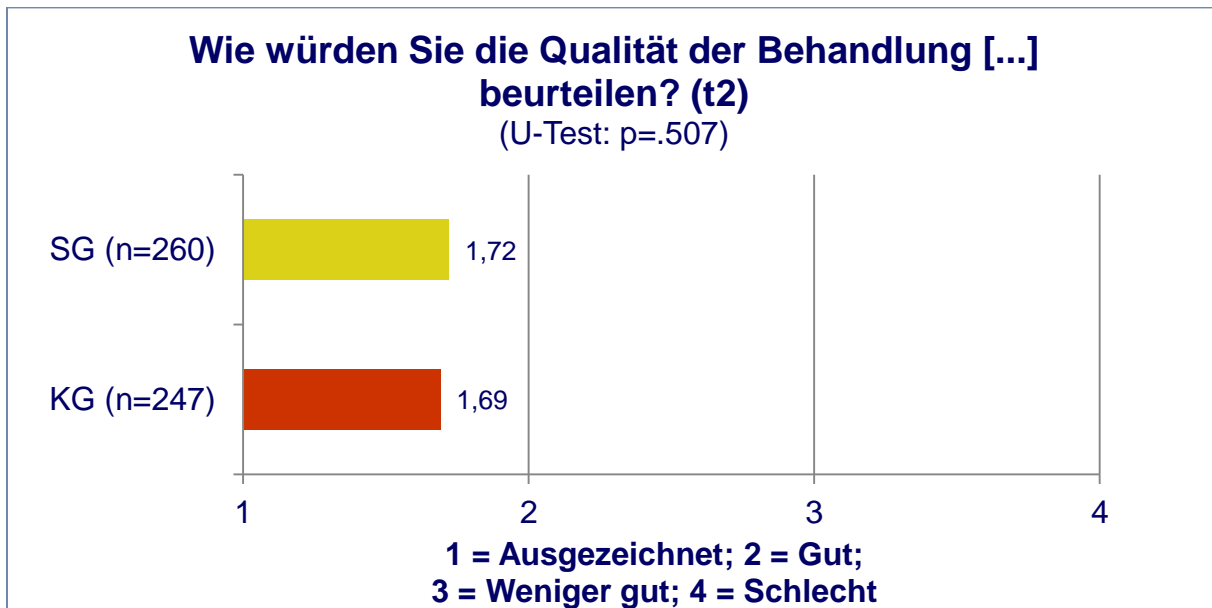


Abbildung 104: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Qualität der erhaltenen Behandlung t2; Mittelwerte

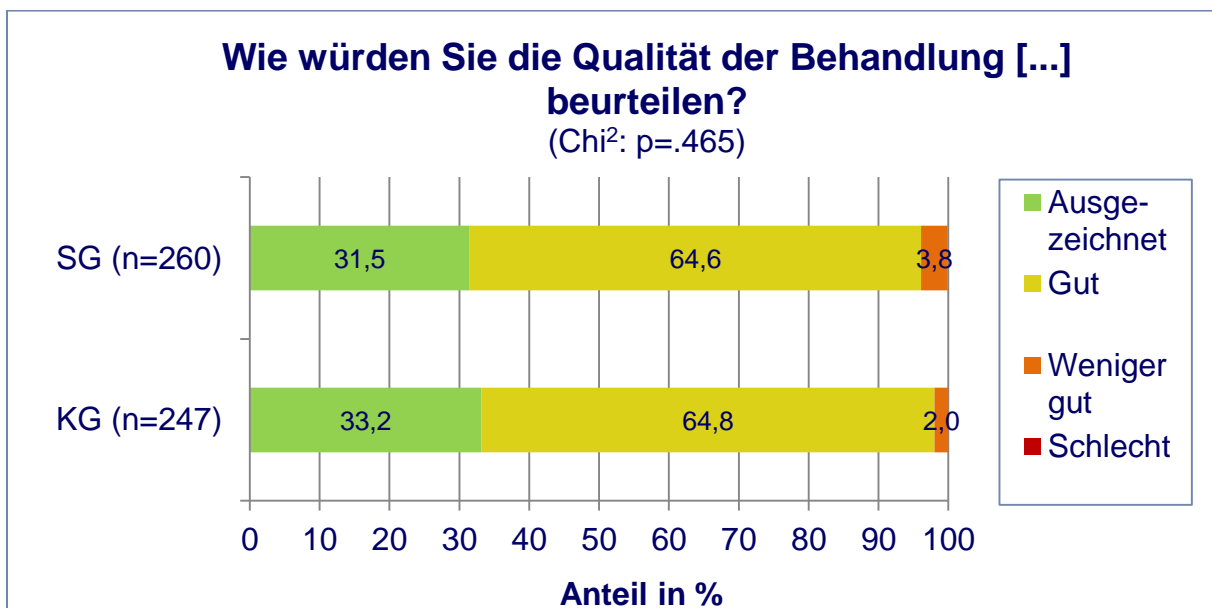


Abbildung 105: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Qualität der erhaltenen Behandlung t2; Verteilung der Antworten

Auch das nächste Item scheint mit den beiden bereits dargestellten stark zu korrespondieren: Die meisten Patienten gaben zum Ende der Reha an, im allgemeinen bis eindeutig die Behandlung erhalten zu haben, die sie haben wollten; weniger als 7% in beiden Gruppen gaben deutliche Diskrepanzen an.

Auch in diesem Item sind die Ergebnisse der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, fast identisch mit denen der Gesamtgruppe.

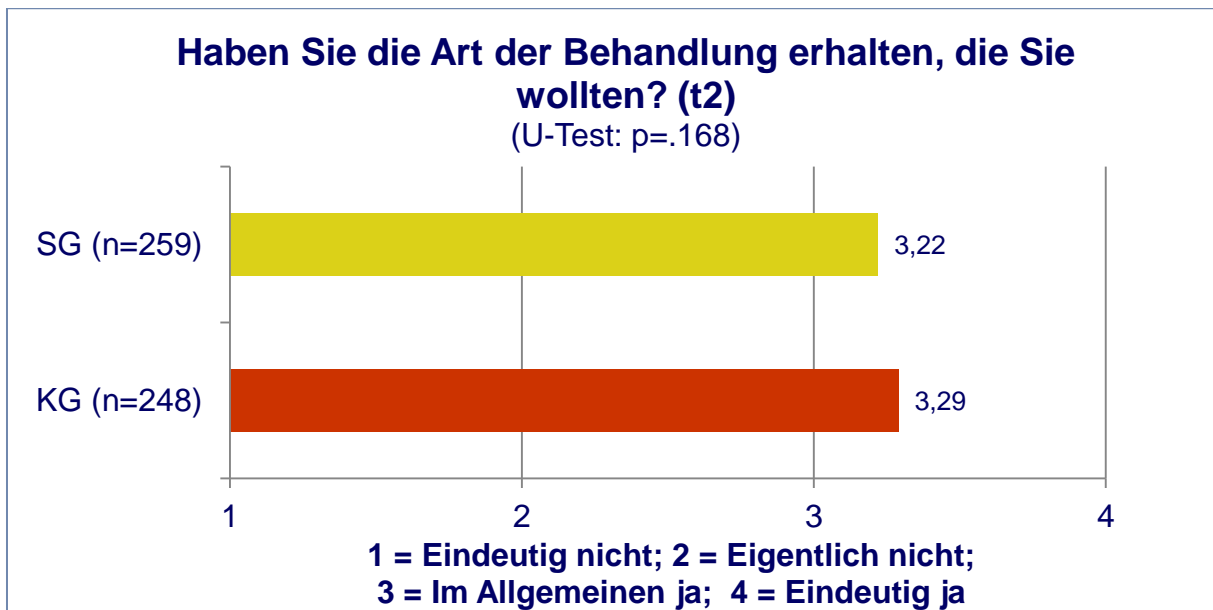


Abbildung 106: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? t2; Mittelwerte

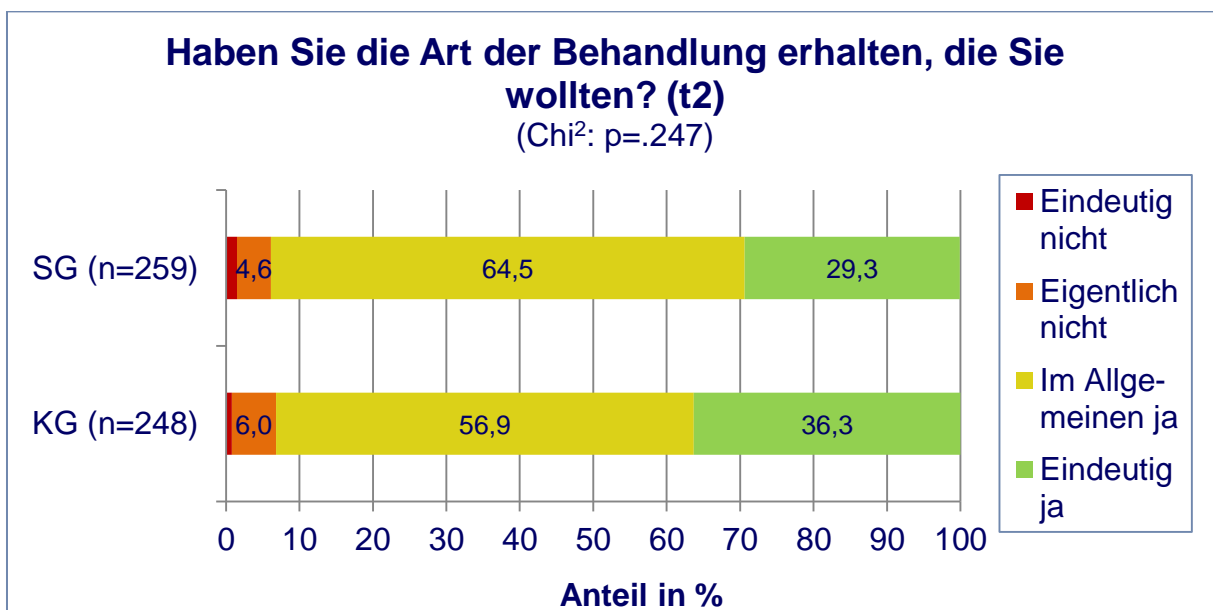


Abbildung 107: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Behandlung wie gewünscht? t2; Verteilung der Antworten

Wiederum äußerst positiv beantworteten die Patienten die Frage, inwieweit die Klinik ihren Bedürfnissen entsprochen hat. Über 40% antworteten mit „Fast allen“, mehr als 50% mit „Den meisten“, so dass kritische Stimmen auch an dieser Stelle nur 3,6% in der Kontrollgruppe und 6,9% in der Studiengruppe ausmachten; dieser Gruppenunterschied war jedoch nicht signifikant.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, war der Mittelwertsunterschied zwischen Studien- und Kontrollgruppe etwas größer, verfehlte jedoch immer noch deutlich die statistische Signifikanz ( $MW_{SG}=1,68$ ;  $MW_{KG}=1,60$ ;  $p=.298$ ).

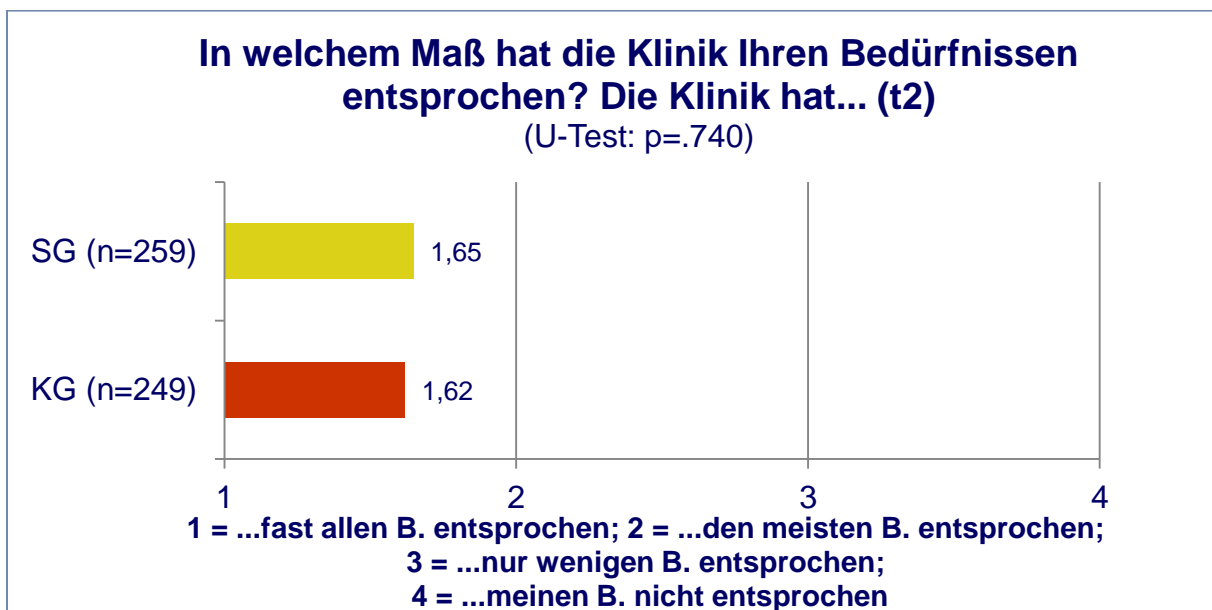


Abbildung 108: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Inwieweit hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? t2; Mittelwerte

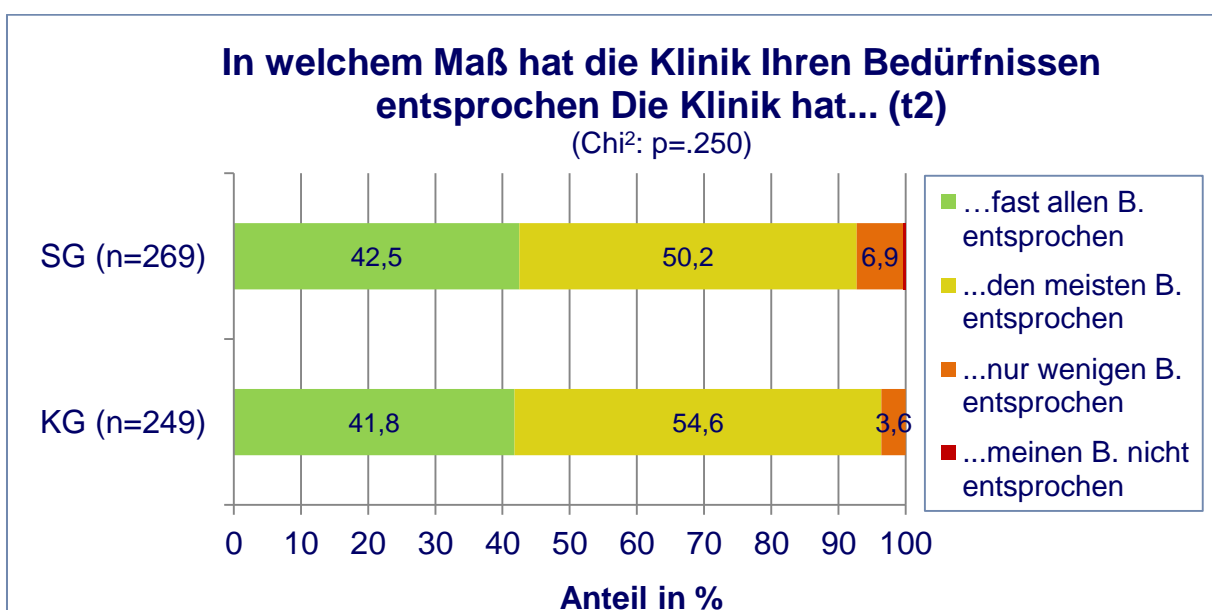


Abbildung 109: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Inwieweit hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? t2; Verteilung der Antworten



Mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe waren ca. 90% der Patienten sehr zufrieden oder zufrieden; nur knapp 7% äußerten sich kritisch. Dabei wählten die Studiengruppenpatienten im Vergleich zu den Kontrollgruppenpatienten wieder seltener die positivste Antwortalternative aus und antworteten häufiger im mittleren Bereich der Skala, so dass sie auch einen etwas schlechteren Mittelwert aufwiesen, der mit  $p=.053$  nur knapp die statistische Signifikanz verfehlte.

Auch in dieser Frage entsprechen die Antworten der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha gewesen sind, denen der Gesamtgruppe.

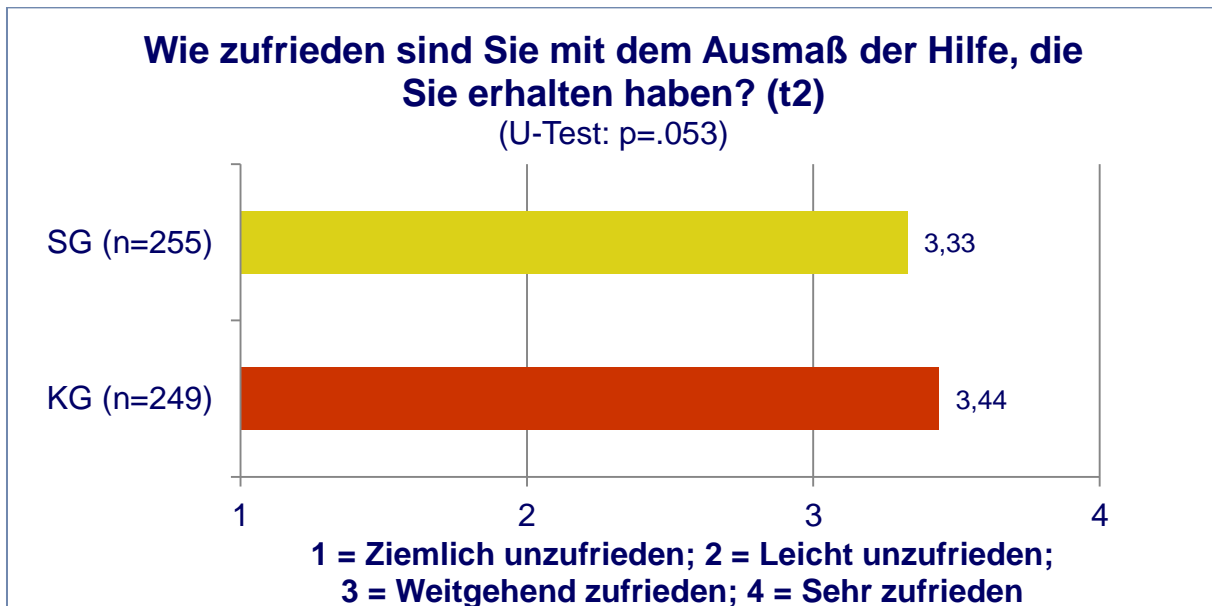


Abbildung 110: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Zufriedenheit mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe t2; Mittelwerte

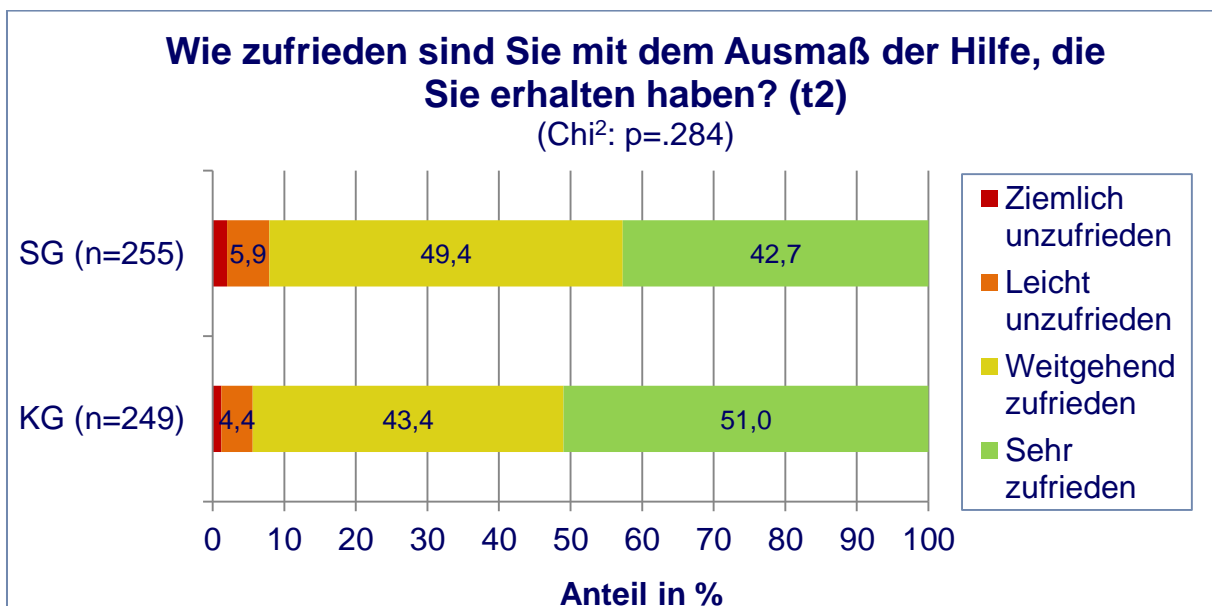


Abbildung 111: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Zufriedenheit mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe t2; Verteilung der Antworten

In der Frage, inwieweit die Behandlung dem Patienten geholfen hat, angemessener mit seinen Problemen umzugehen, wurde der Blick bereits ein wenig nach vorn gerichtet, denn ein konstruktiver Umgang mit der Erkrankung und ihrer Folgen ist entscheidend für die Ausgestaltung eines sowohl physisch als auch psychisch möglichst leidensgerechten Lebens und damit der weiteren Lebensqualität. Auch von diesem Effekt der Reha waren die Patienten weitgehend überzeugt: Fast 60% gaben an, dass die Maßnahme eine ganze Menge ihnen dabei geholfen hätte, besser mit ihren Problemen umzugehen, ein weiteres Drittel bescheinigten ihr zumindest eine begrenzte Hilfe. Auch hier waren die Studiengruppenpatienten wieder etwas kritischer als die Kontrollgruppenpatienten und kreuzten häufiger „Nein, eigentlich nicht“ an, ohne dass die Gruppenunterschiede signifikant geworden wären.

Betrachtet man nur die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, fällt auf, dass in diesem Item die Patienten der Studiengruppe etwas häufiger extrem und etwas seltener eingeschränkt positiv geantwortet haben. Dadurch gleichen sich die Mittelwerte auf jeweils 1,48 an.

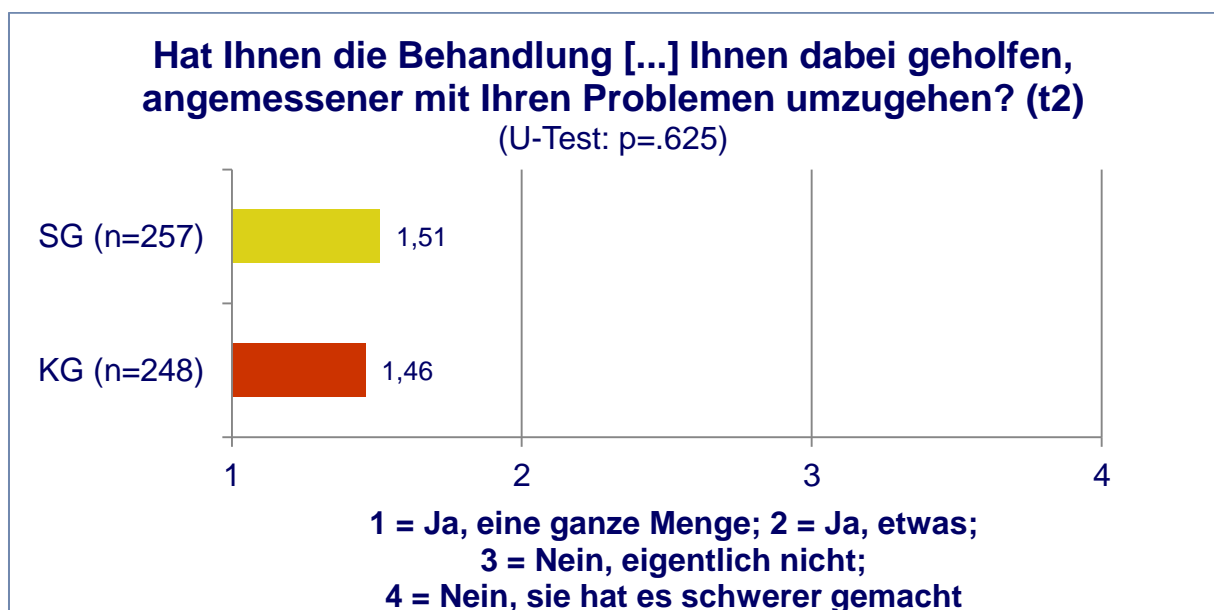


Abbildung 112: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Mittelwerte

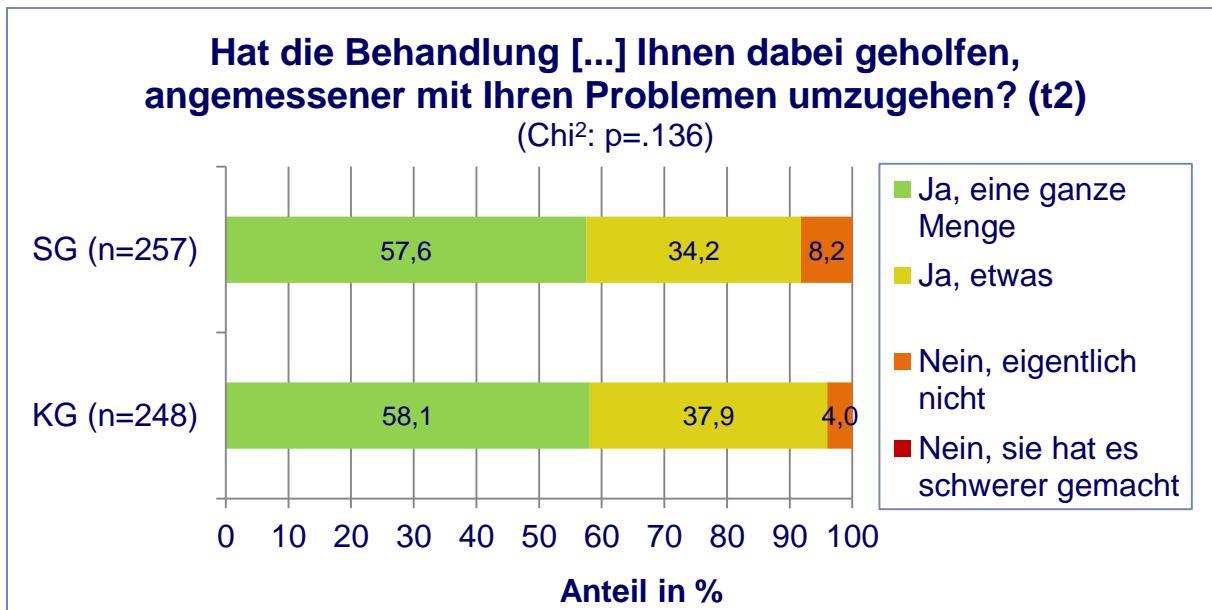


Abbildung 113: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Verteilung der Antworten

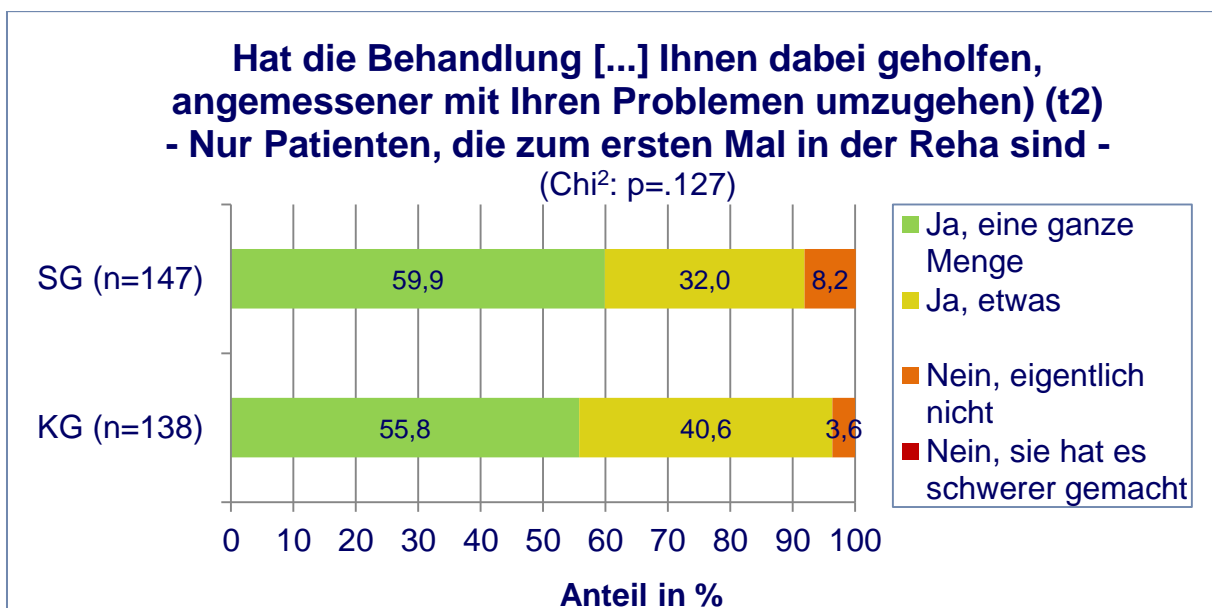


Abbildung 114: Zufriedenheit mit der Reha; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung t2; Verteilung der Antworten

Diesen Abschnitt abgeschlossen haben Items zur globalen Zufriedenheit der Patienten mit der Reha. An die direkte Frage nach der Zufriedenheit anschließend haben wir die Patienten um Auskunft darüber gebeten, ob sie einem Freund die Klinik Münsterland Freund weiterempfehlen würden, der ähnliche Probleme hat, und ob sie selbst noch einmal wiederkommen würden.

Die direkte Frage nach der Zufriedenheit im Großen und Ganzen beantworteten die Patienten insgesamt sehr positiv. Überrascht hat uns jedoch, dass sich anstelle der erwarteten Überlegenheit der Studiengruppe die Kontrollgruppenpatienten als mit der Behandlung im Großen und Ganzen signifikant zufriedener erwiesen und vor allem deutlich häufiger „Sehr zufrieden“ ankreuzten. Diese Ergebnisse treffen sowohl für die Gesamtgruppe zu als auch für die Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren.

In diesem Item zeigte sich am deutlichsten das zentrale Ergebnis des Projektes: Die diagnosegruppenspezifischen Broschüren wirken offenbar nicht nur der Erwartung passiver Therapien entgegen, sondern schüren auch durchaus Ansprüche, die in der Reha nicht immer leicht zu erfüllen sind. So entsteht gegebenenfalls an anderer Stelle wieder Unzufriedenheit – darauf gilt es von Seiten der Klinik zu reagieren. Wie dieses geschehen kann, stellen wir im Kapitel 11 genauer dar.

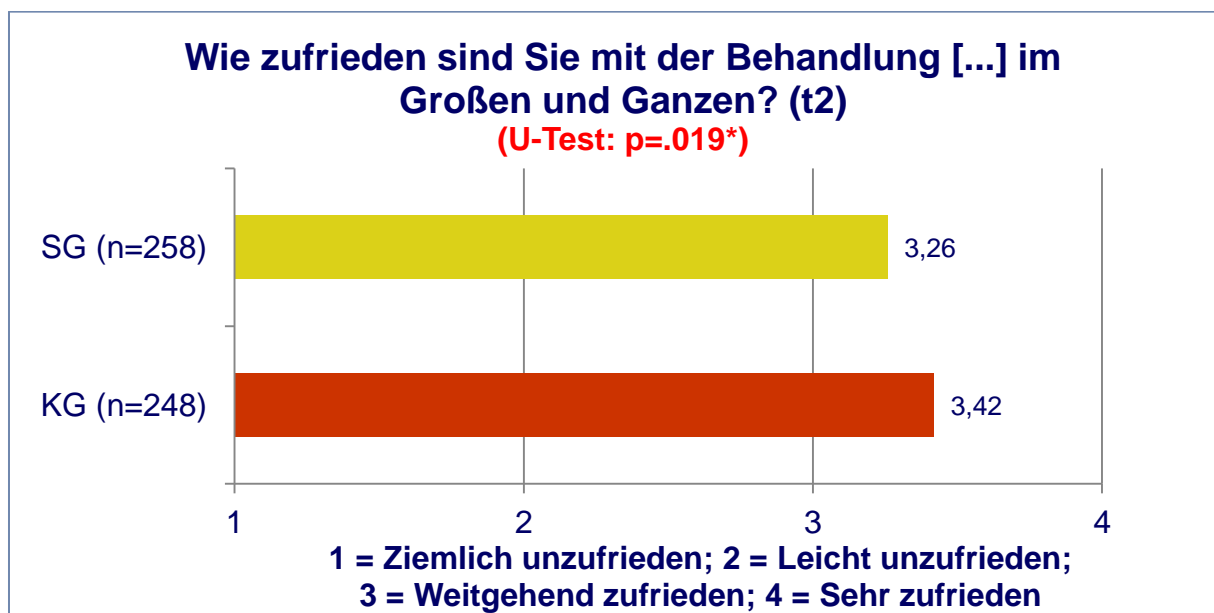


Abbildung 115: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Globale Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung t2; Mittelwerte

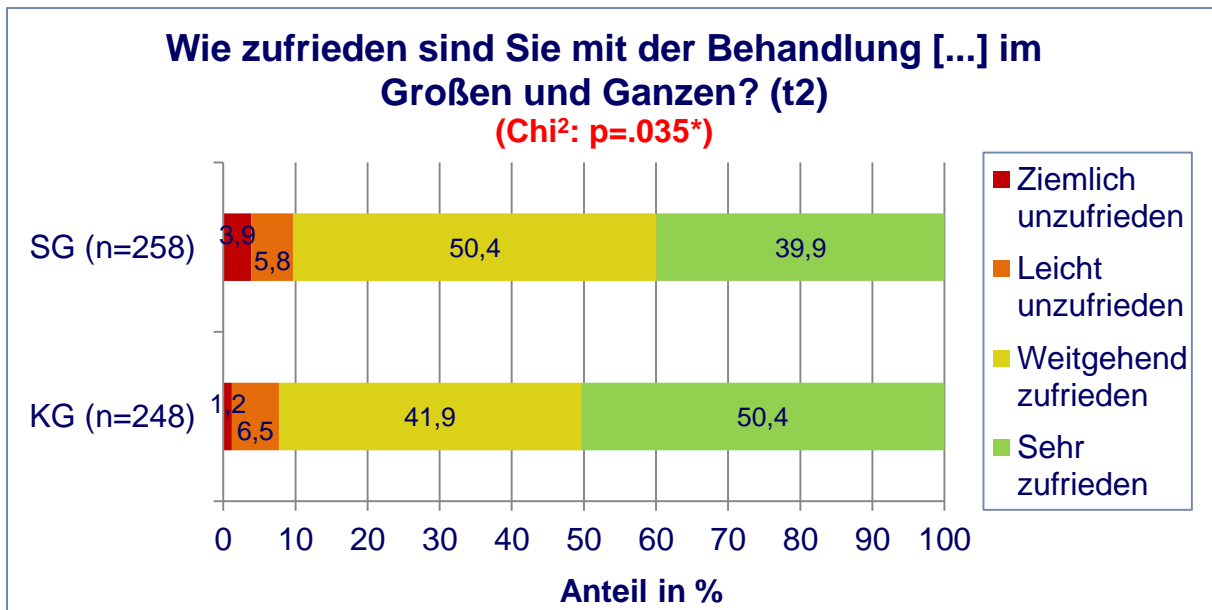


Abbildung 116: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Globale Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung t2; Verteilung der Antworten

Eine gute Klinik empfiehlt man weiter und man kommt auch gern wieder dorthin. Genau das würden jeweils etwa 95% der Patienten in Bezug auf die Klinik Münsterland tun. Der Gruppenunterschied in der allgemeinen Zufriedenheit hat in den Antworten auf diese beiden Fragen keine Entsprechungen gefunden; Studien- und Kontrollgruppe unterschieden sich nur wenig in ihren Antworten.

Auch diese Ergebnisse wiederholten sich im Prinzip in der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, so dass wir darauf nicht gesondert eingehen.

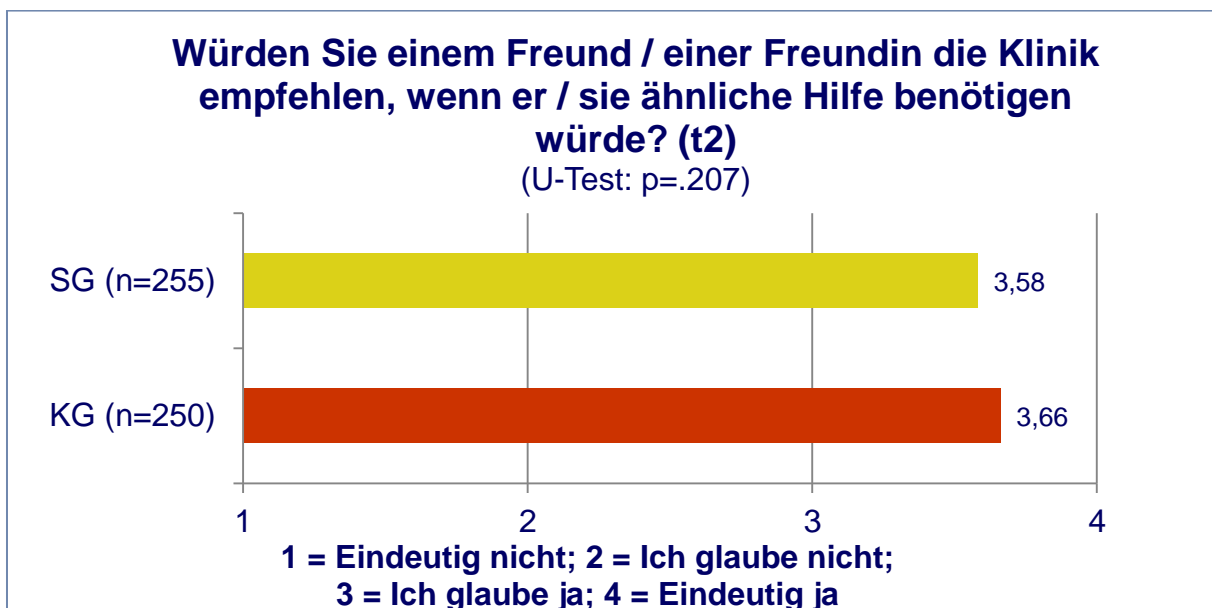


Abbildung 117: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie einem Freund die Klinik empfehlen? t2; Mittelwerte

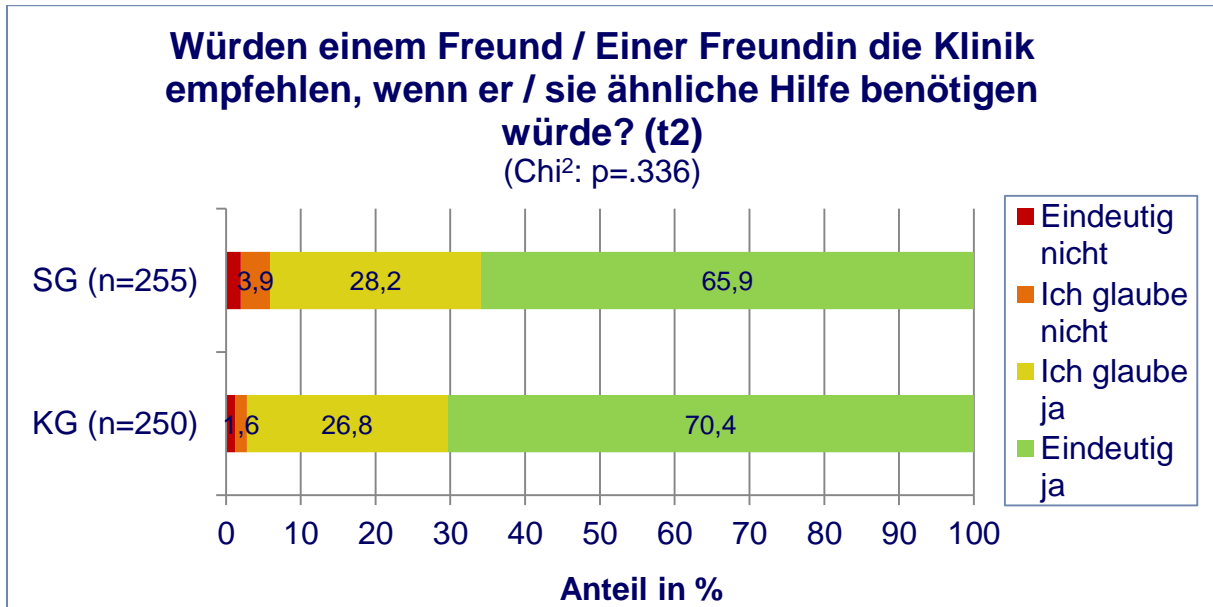


Abbildung 118: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie einem Freund die Klinik empfehlen? t2; Verteilung der Antworten

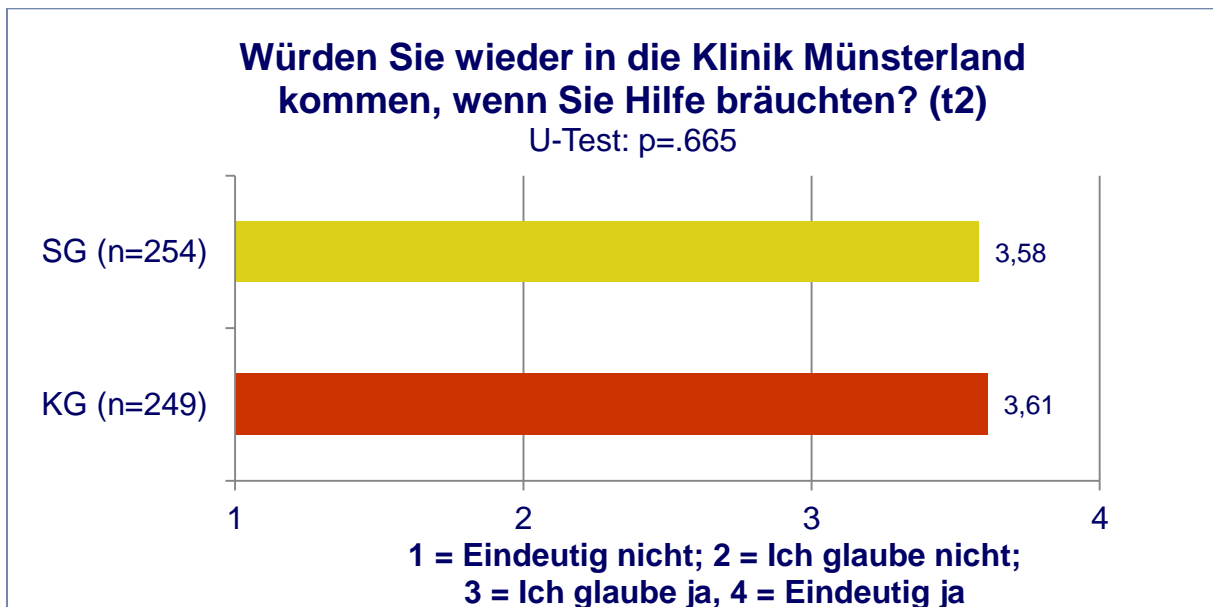
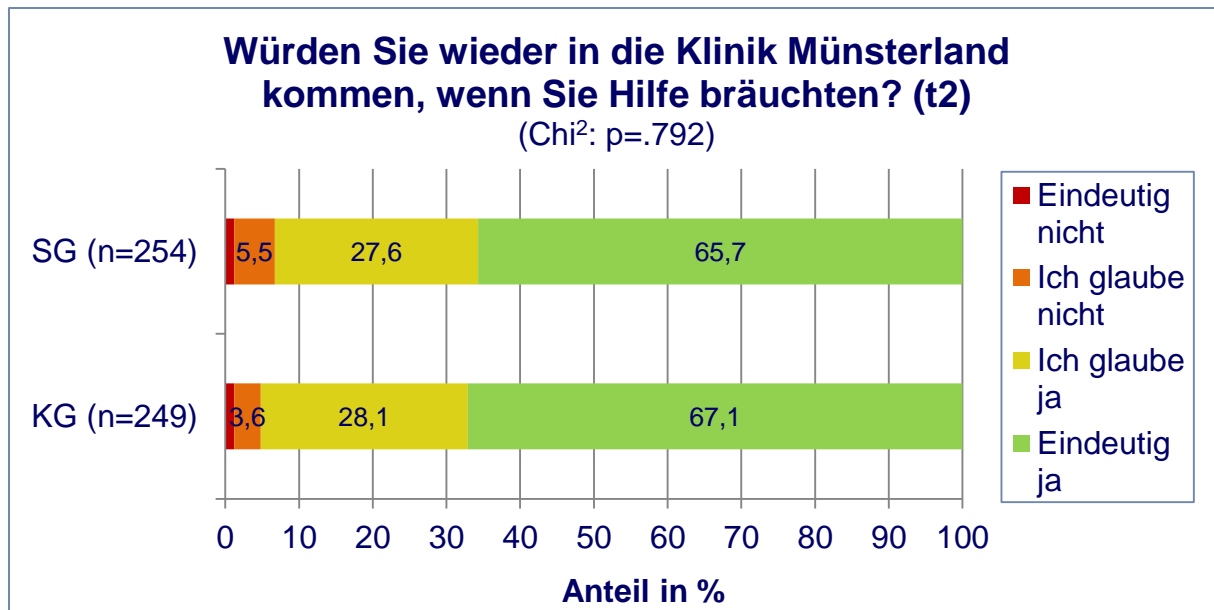


Abbildung 119: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie wieder in die Klinik Münsterland kommen? t2; Mittelwerte



**Abbildung 120: Zufriedenheit mit der Reha (n=510): Würden Sie wieder in die Klinik Münsterland kommen? t2; Verteilung der Antworten**

### 8.3.2.7 Reha-Erfolg

Unser zweites Hauptzielkriterium war der Reha-Erfolg. Wir hatten angenommen, dass realistischere Erwartungen und eine verbesserte Vorbereitung auf die Reha dazu führen würden, dass gerade am Anfang der Maßnahme weniger Reibungsverluste entstehen und die Patienten die Reha effizienter für sich nutzen könnten. Als zentrales Erhebungsinstrument haben wir den IRES-min eingesetzt und durch den SPE ergänzt. So haben wir nicht nur das subjektive Befinden der Patienten erhoben, sondern auch untersucht, inwieweit der Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren Reha-Erfolge im Sinne der darin thematisierten Bedeutung der Reha für eine Verbesserung der Teilhabe und der Erwerbsfähigkeit fördern können.

Im IRES zeigten sich in der Skala Risikofaktoren keinerlei Effekte. In den Skalen Schmerzen, Burnout und berufliche Sorgen ließen sich signifikante Haupteffekte Zeit nachweisen, die sich auch im Summenscore wiederfanden. Sämtliche Haupteffekte Gruppe und auch sämtliche Interaktionen hingegen waren zu gering, um statistische Signifikanz zu erreichen. Daraus wird deutlich, dass sich das subjektive Befinden der Patienten während der Reha in fast allen Bereichen deutlich verbessert hat, Studien- und Kontrollgruppe aber kein unterschiedliches Beschwerdeniveau aufwiesen und sich auch nur leicht zugunsten der Studiengruppe verschieden entwickelten. Damit

kann von einem nur sehr geringen Einfluss der diagnosegruppenspezifischen Broschüren auf das subjektive Befinden ausgegangen werden.

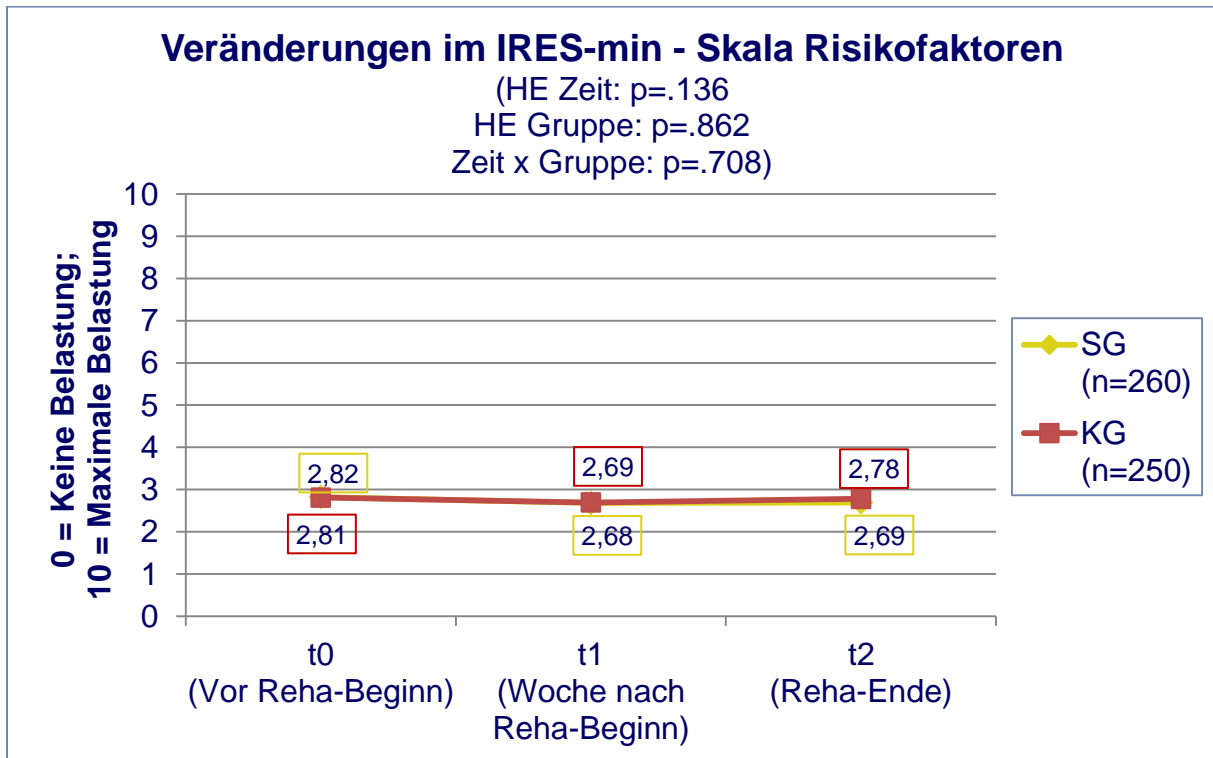


Abbildung 121: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Risikofaktoren

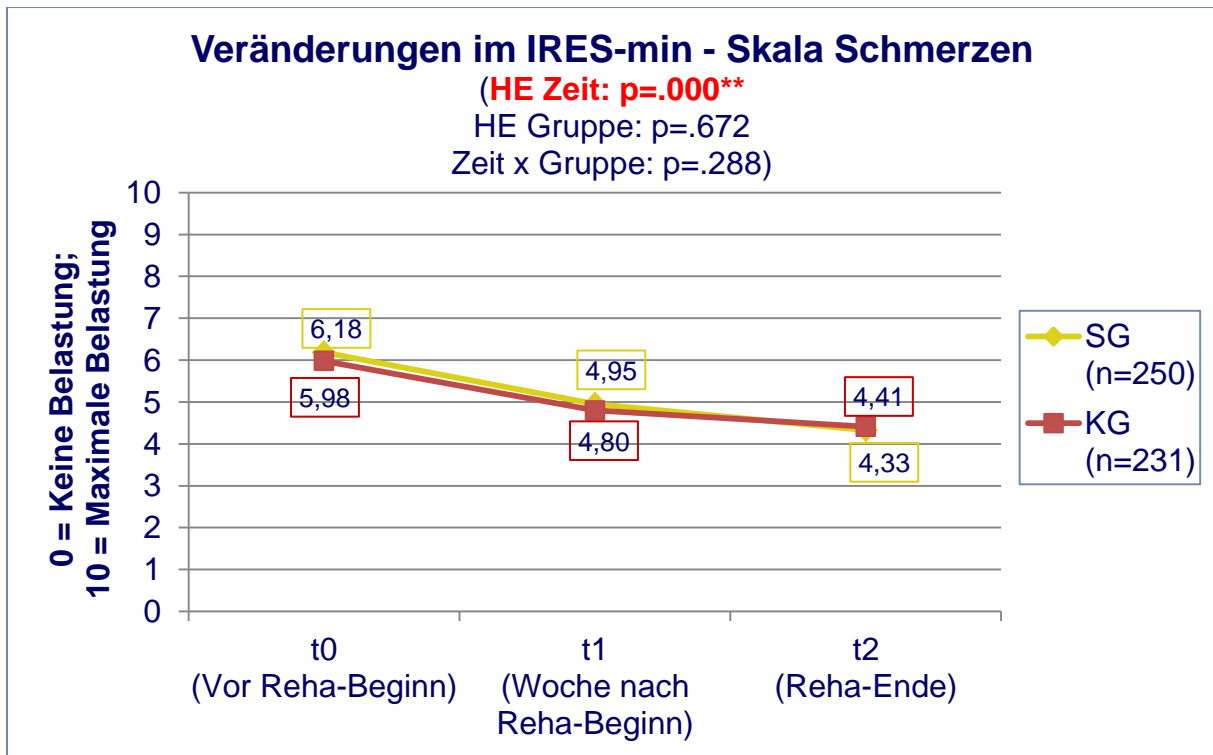


Abbildung 122: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Schmerzen



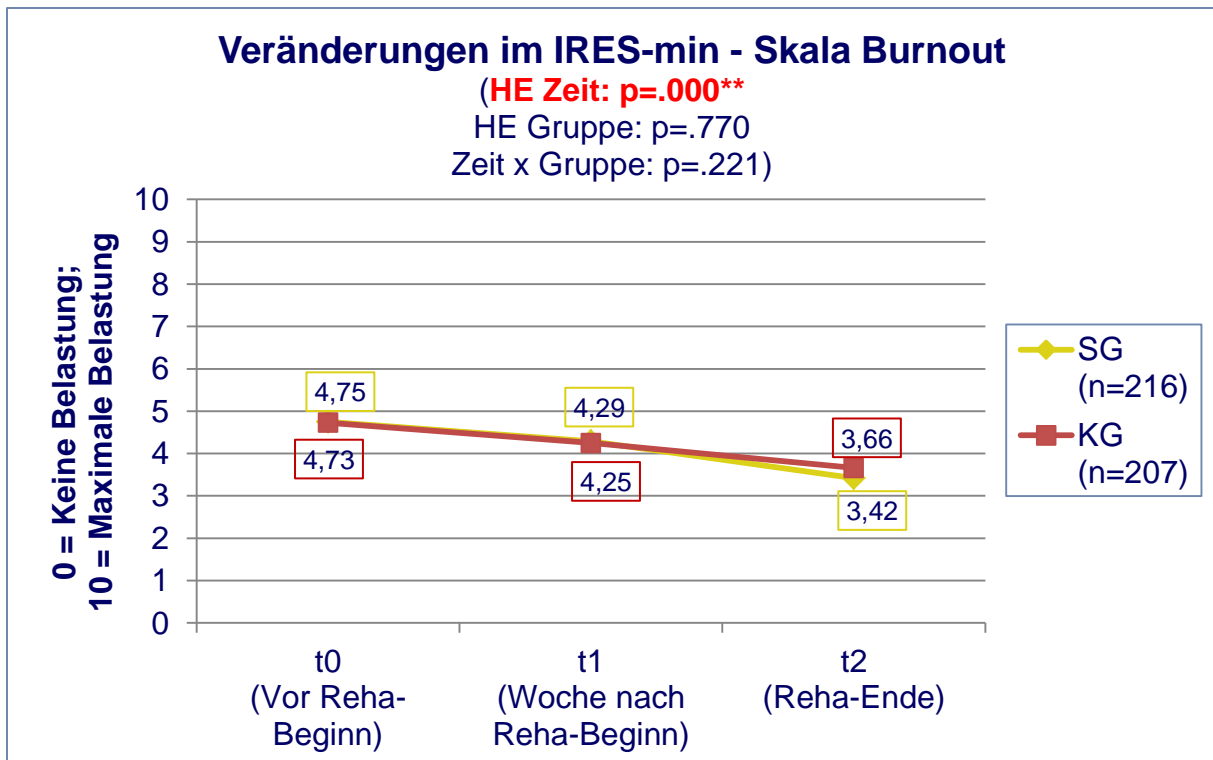


Abbildung 123: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Burnout

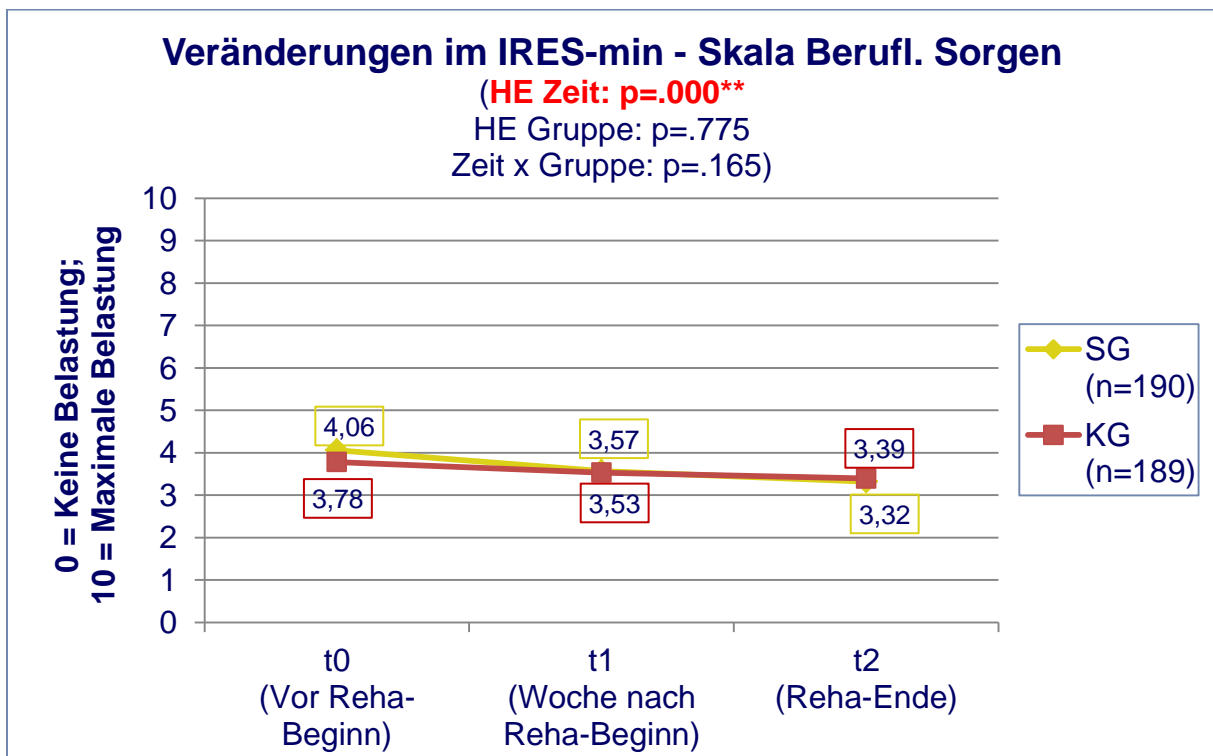


Abbildung 124: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Skala Berufliche Sorgen

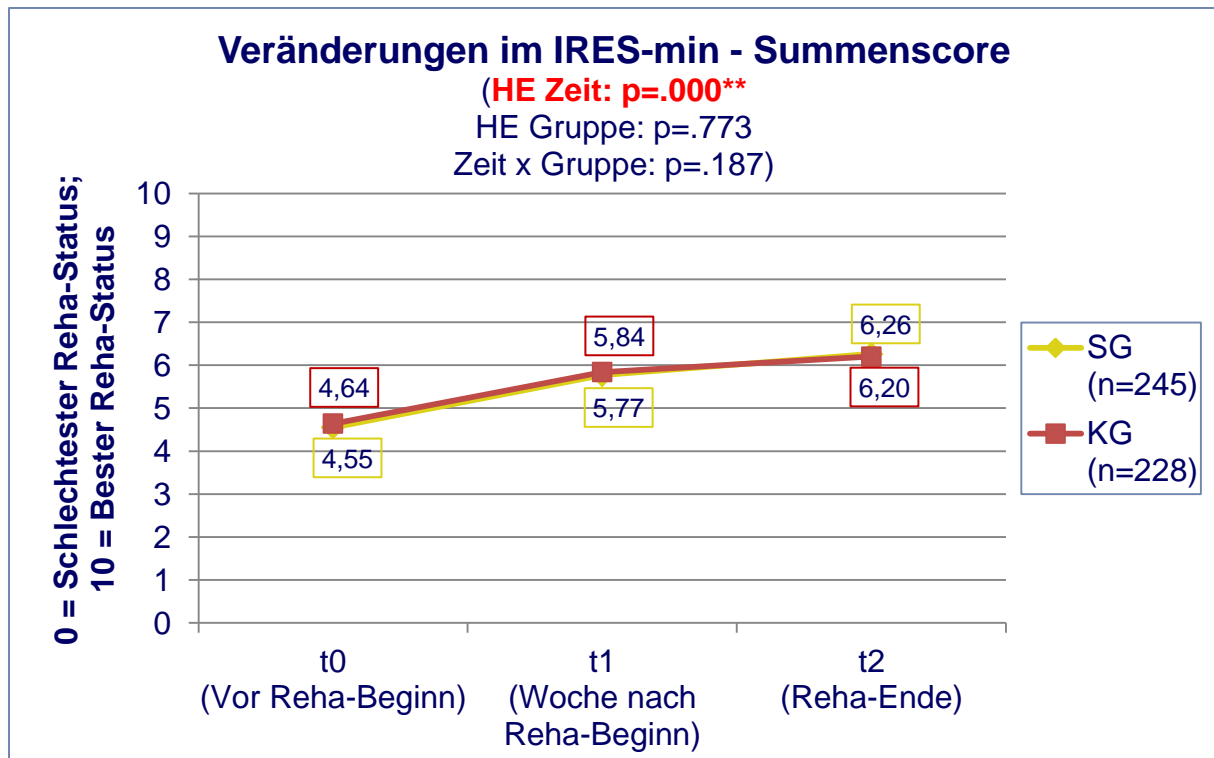


Abbildung 125: Reha-Erfolg (n=510): IRES-min; Summenscore

Die Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, gaben insgesamt etwas höhere Belastungswerte an als die Gesamtgruppe. Dabei lagen die Studiengruppenpatienten noch etwas über der Kontrollgruppe; zusätzlich war ihre Überlegenheit in der Entwicklung noch geringer als in der Gesamtgruppe, so dass bei den unerfahrenen Rehabilitanden kein Effekt der diagnosegruppenspezifischen Broschüren auf die IRES-Werte nachgewiesen werden konnte.

Das Bild im SPE gleicht den mit dem IRES erzielten Ergebnissen weitgehend, auch hinsichtlich der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit ist eine grundsätzliche Verbesserung sichtbar, die jedoch von beide Gruppen gleichermaßen angegeben wurde.

Zu t0 glaubten etwas weniger Studiengruppen- als Kontrollgruppenpatienten, dass sie bis zum Erreichen des Rentenalters erwerbstätig sein können. Sie schlossen zu t1 zur Kontrollgruppe auf, verloren zu t2 aber wieder einen Teil ihres Optimismus, während die Werte in der Kontrollgruppe weitgehend konstant blieben.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, waren die Kontrollgruppenpatienten zu t0 pessimistischer als die Studiengruppenpatienten in der Gesamtgruppe. Zu t1 hatten sich ihre Werte deutlich verbessert, um jedoch zu t2 wieder etwas abzufallen. Die Studiengruppenpatienten hingegen konnten ihre Zuversicht von t0 zu t1 deutlich steigern und zu t2 sogar noch etwas ausbauen;

sämtliche Gruppenunterschiede waren jedoch weit von statistischer Signifikanz entfernt.

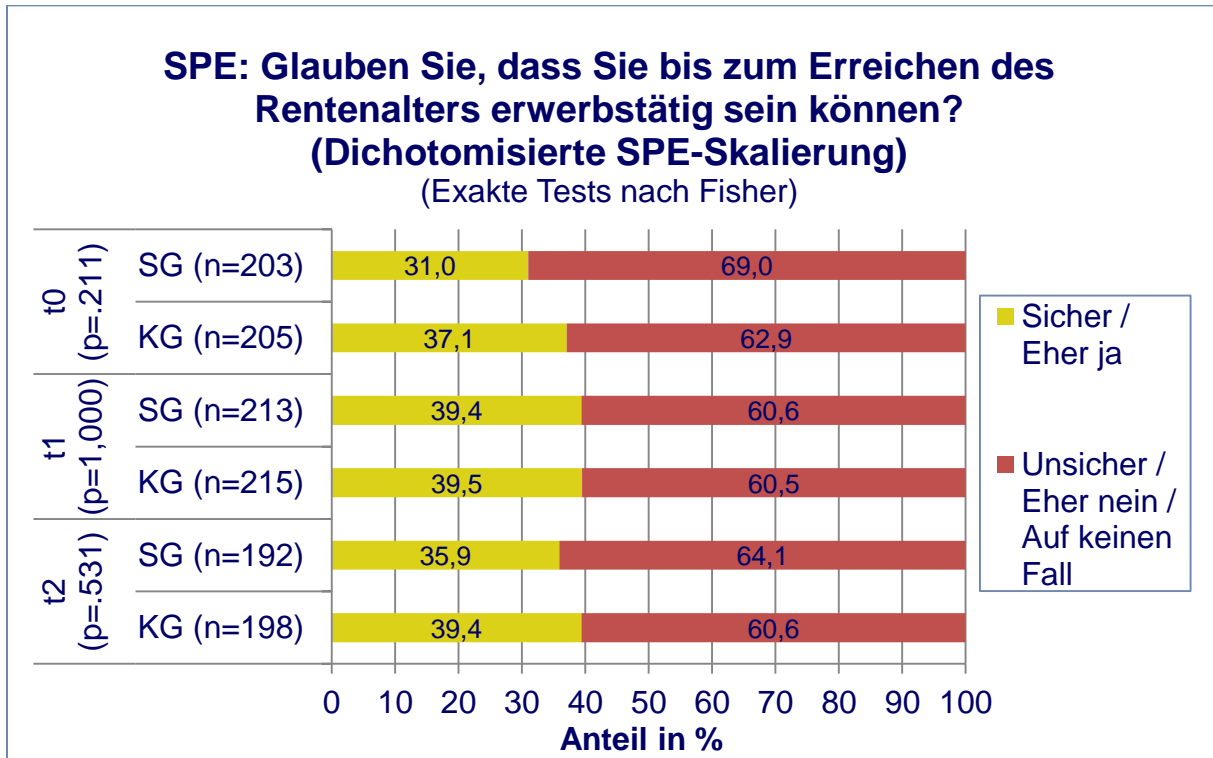


Abbildung 126: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 1: Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter

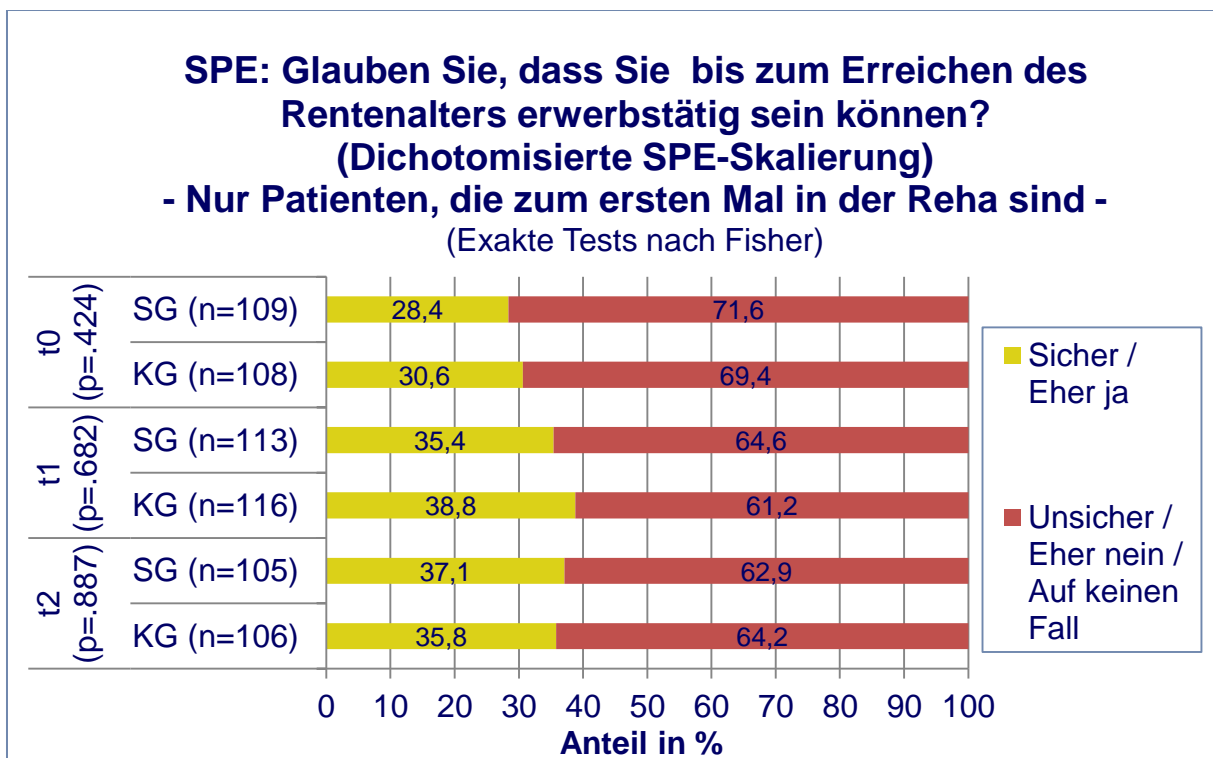


Abbildung 127: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE Item 1: Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter

An eine dauerhafte Gefährdung ihrer Erwerbsfähigkeit glaubten etwas weniger Patienten. Die Anteile der Studiengruppenpatienten, die an dieser Stelle keine Gefahr sahen, nahmen jeweils von t0 zu t1 und von t1 zu t2 leicht zu, während die Kontrollgruppenpatienten mit dem Beginn der Reha zuversichtlicher wurden und anschließend auf dem gleichen Niveau blieben.

Auch in diesem Item starteten die Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, pessimistischer als die Patienten der Gesamtgruppe. Zu den anderen Messzeitpunkten zeigten sie jedoch ähnliche Werte wie die Gesamtgruppe. Damit ließ sich auch bei ihnen zu keinem Messzeitpunkt ein signifikanter Gruppenunterschied nachweisen und es kann nur von einem kleinen Effekt der verbesserte Vorabinformation zu t0 ausgegangen werden.

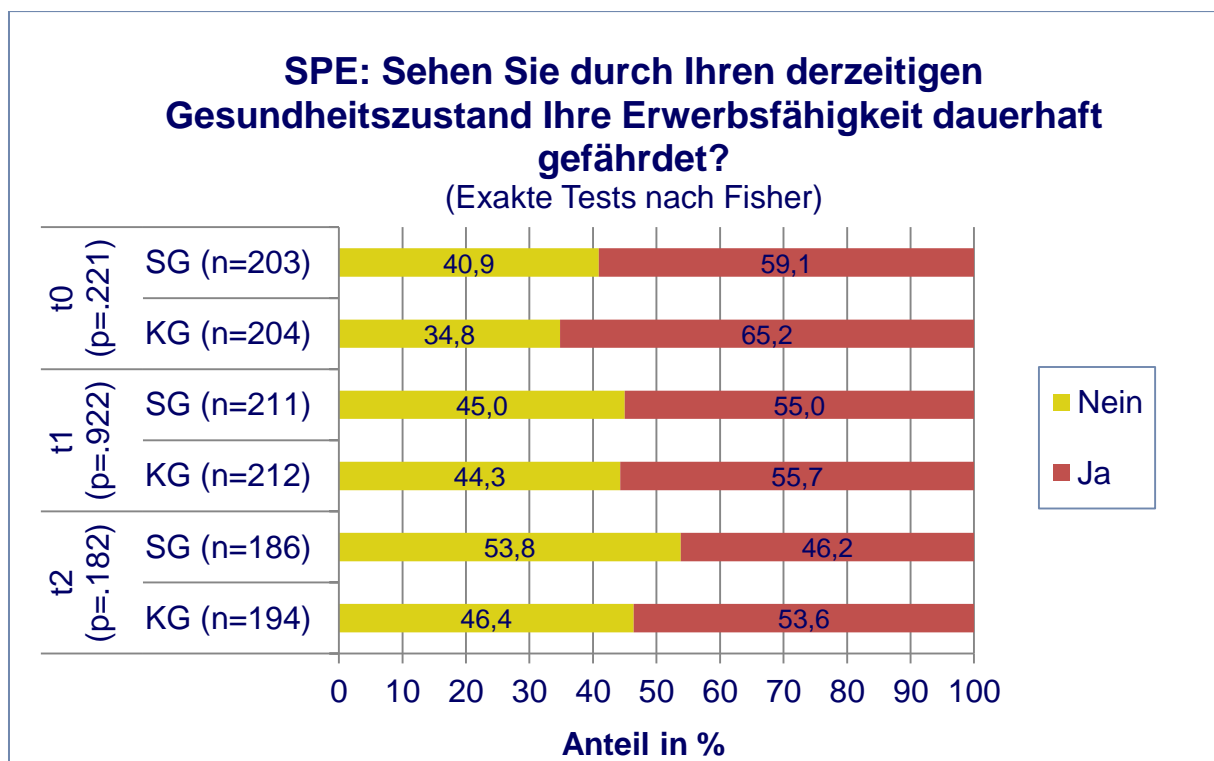
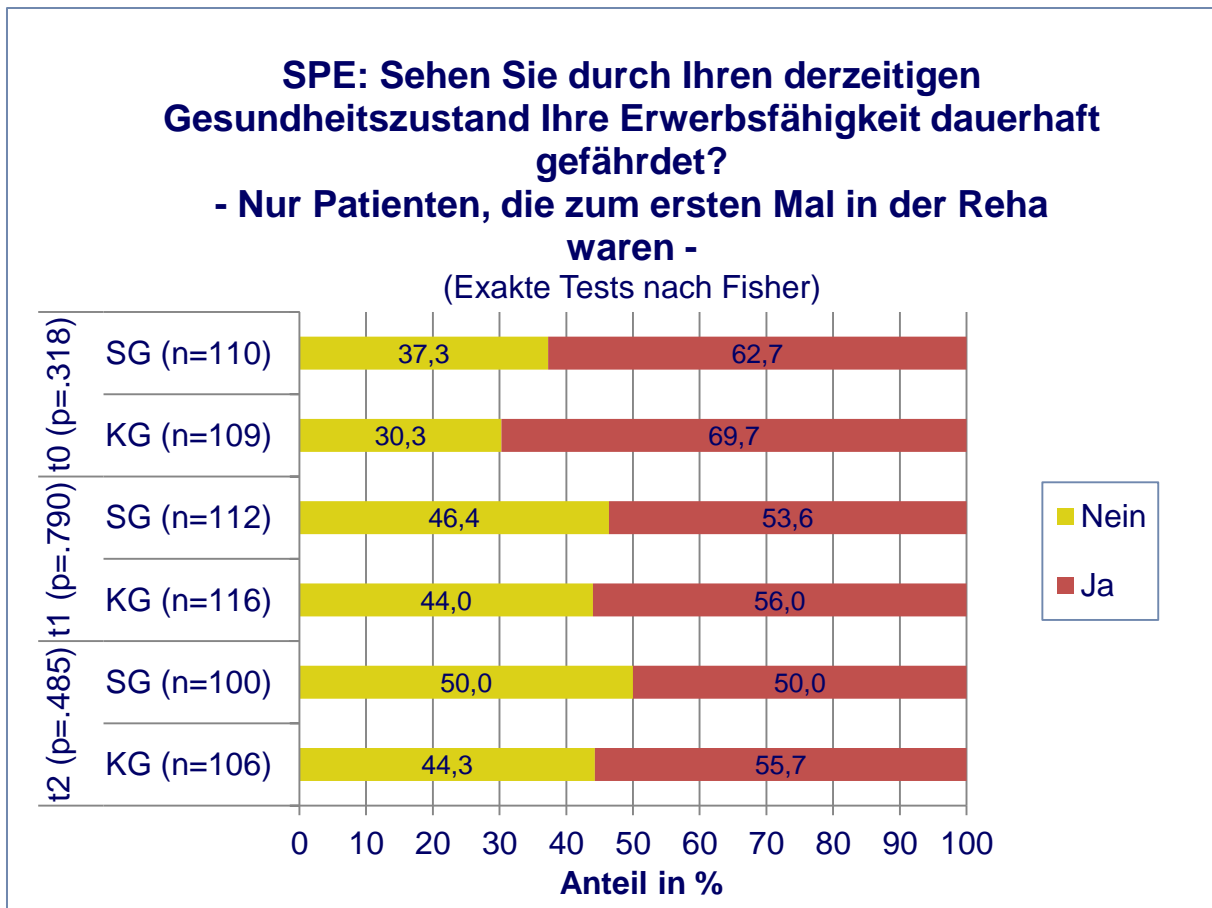


Abbildung 128: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 2: Dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit



**Abbildung 129: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Item 2: Dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit**

Die Absicht, einen Antrag auf Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen, veränderte sich in beiden Gruppen über die Zeit kaum; die Studiengruppenpatienten äußerten an einem solchen Schritt zu allen Messzeitpunkten tendenziell etwas weniger Interesse als die Kontrollgruppenpatienten.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, war die Absicht, einen entsprechenden Rentenanspruch zu stellen, insgesamt etwas größer als in der Gesamtgruppe. Studien- und Kontrollgruppe waren jedoch zu allen Zeitpunkten absolut vergleichbar, so dass in dieser Subgruppe noch nicht einmal geringe Effekte der Intervention zu Tage getreten sind.

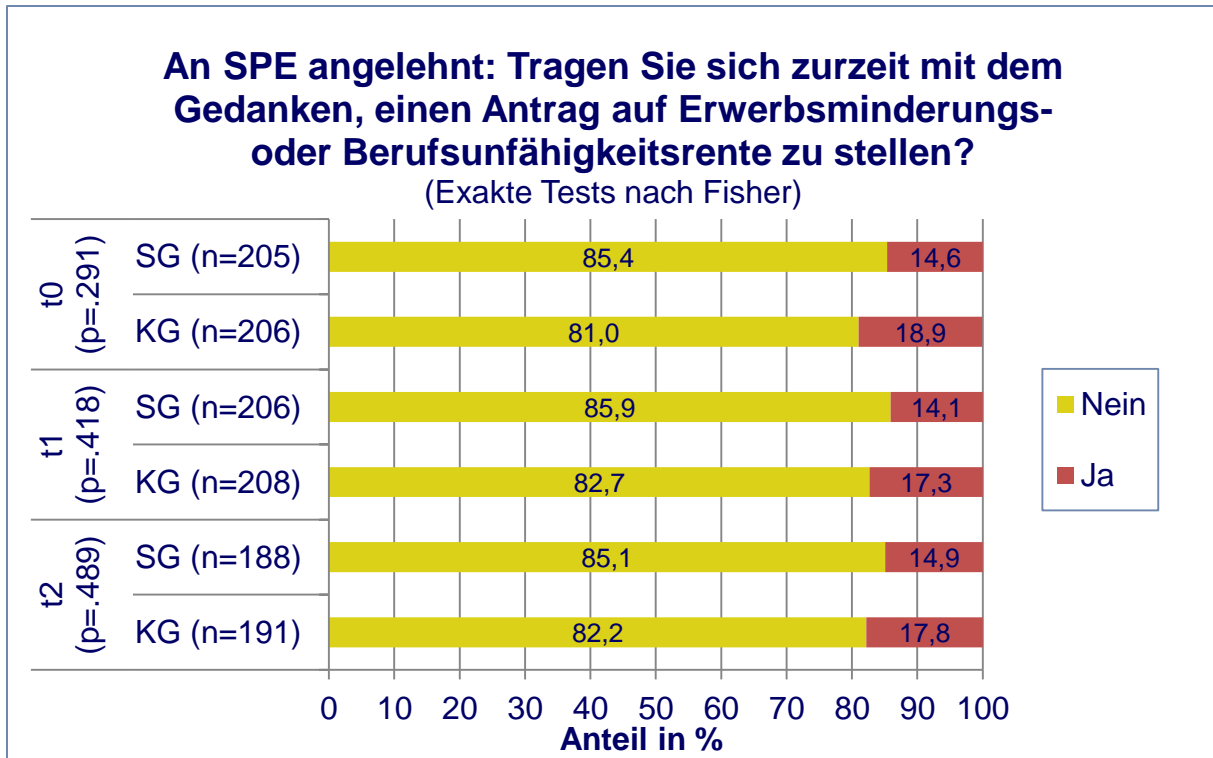


Abbildung 130: Reha-Erfolg (n=510): SPE Item 3: Absicht, einen Antrag auf Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen

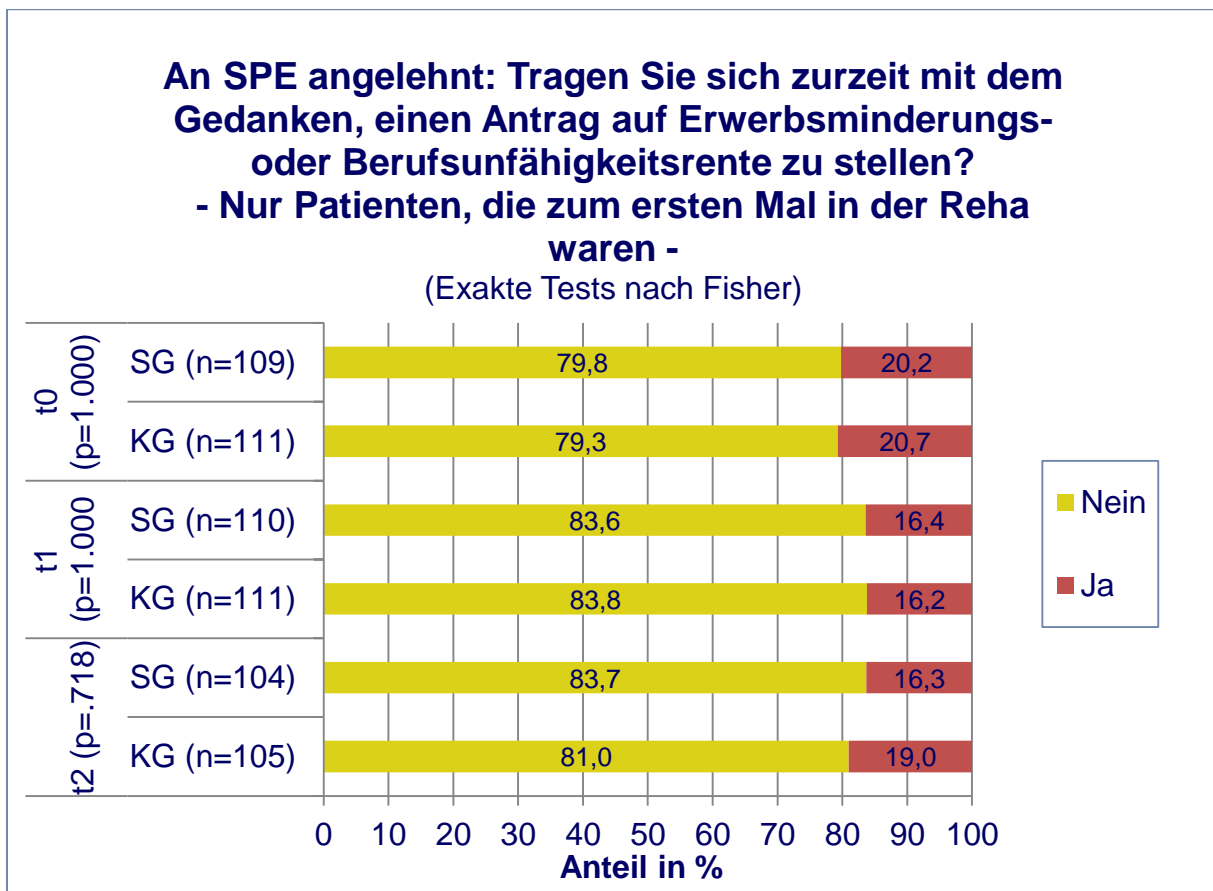


Abbildung 131: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Item 3: Absicht, einen Antrag auf Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen

Die varianzanalytische Auswertung der SPE-Summenscores zeigt, dass die subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit über die Zeit signifikant abgesunken ist, sich die Gruppen jedoch vergleichbar entwickelt haben, so dass auch im SPE kein Effekt der Intervention festgestellt werden kann.

In der Gruppe der Patienten, die zum ersten Mal in der Reha waren, zeigte sich zunächst eine etwas stärkere Verbesserung der Kontrollgruppenpatienten gegenüber den Kontrollgruppenpatienten der Gesamtgruppe, auf die anschließend wieder ein kleiner Rückschritt gefolgt ist. Die Studiengruppenpatienten hingegen konnten ihren Optimismus bezüglich ihrer Prognose der Erwerbsfähigkeit kontinuierlich ausbauen. Dennoch war auch hier im Gegensatz zu dem Haupteffekt Zeit die Interaktion nicht signifikant.

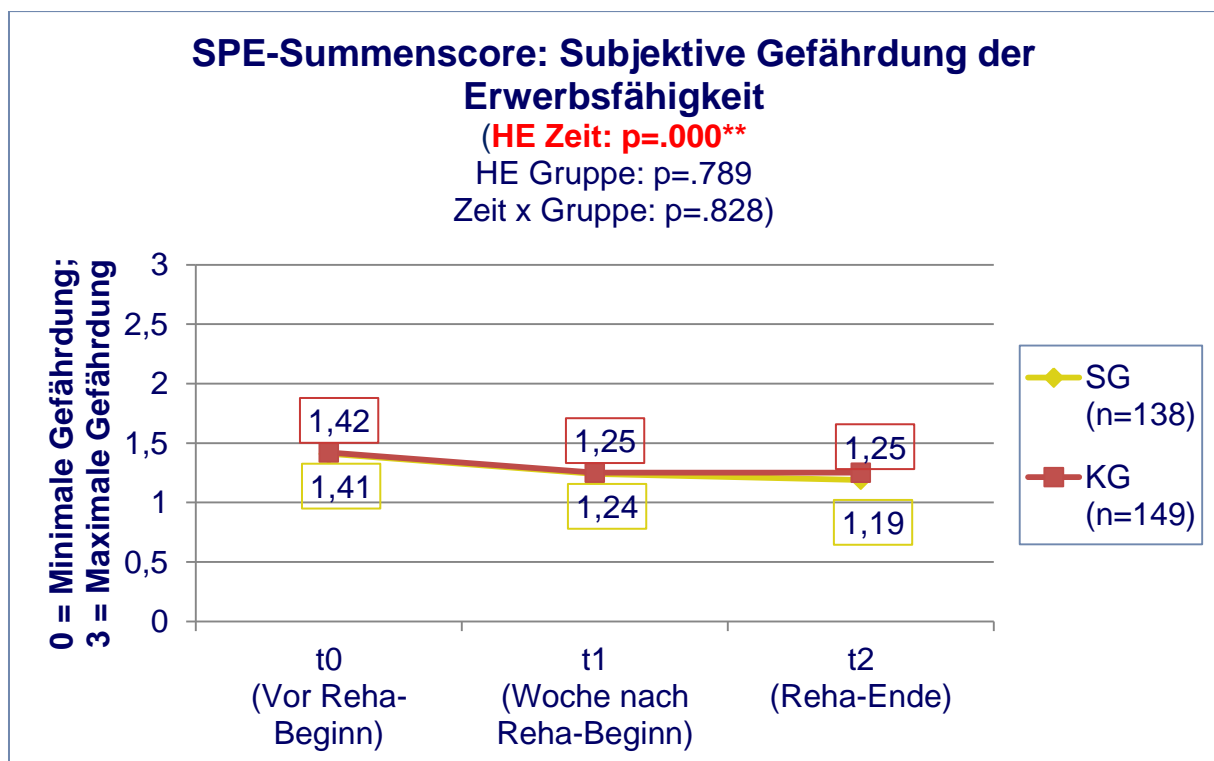


Abbildung 132: Reha-Erfolg (n=510): SPE Summencore: Subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

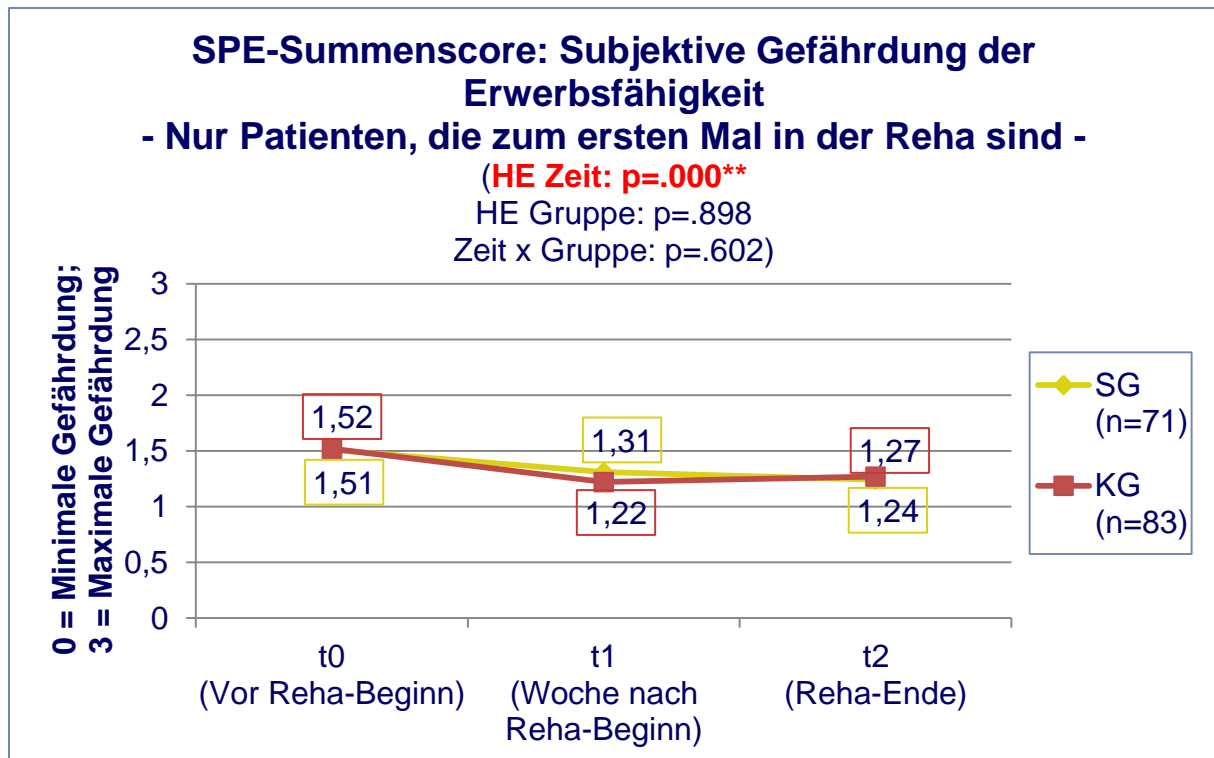


Abbildung 133: Reha-Erfolg; nur Patienten, die zum ersten Mal in der Reha sind (n=287): SPE-Summenscore: Subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

### 8.3.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der patientenseitigen Evaluation

Die dargestellten Ergebnisse unserer Evaluation des diagnosegruppenspezifischen Materials haben gezeigt, dass die Patienten nach eigenen Angaben das erhaltene Print-Material in hohem Ausmaß wahrgenommen und intensiv genutzt haben. Beides traf auf die Website in erheblich geringerem Ausmaß zu, so dass sich die Erkenntnis aus der Bedarfsanalyse, dass das Print-Material von den Patienten als erheblich wichtiger angesehen wird, in der Evaluation bestätigt hat. Die Patienten bewerteten das Material durchgängig im Mittel als gut bis sehr gut und nützlich für die Vorbereitung ihrer Reha; auch der eigene Informationsstand vor Beginn der Reha wurde zu allen Messzeitpunkten als gut bis sehr gut eingestuft. Insgesamt waren in diesem Fragenkomplex so gut wie keine signifikanten Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe nachzuweisen.

Natürlich muss gerade bei der Abfrage subjektiver Bewertungen angenommen werden, dass zusätzlich zu den Interventionseffekten auch Selektionseffekte und Effekte sozialer Erwünschtheit die Antworten besonders positiv ausfallen lassen können. Da wir, um die Fragebögen nicht zu umfangreich werden zu lassen, auf



entsprechende Kontrollfragen verzichtet haben, ist es uns nicht möglich, diese Effekte zu quantifizieren. Wir gehen jedoch davon aus, dass sie das grundsätzliche Muster verstärken, aber nicht verzerren. Nimmt man das entstandene Bild ernst, sprechen die ausgesprochen positiven Rückmeldungen zu dem Material dafür, dass das Material für die Patienten wie von uns erhofft eine hohe Attraktivität aufweist. Weiterhin deutet die intensive Nutzung darauf hin, dass das Informationsbedürfnis – sowohl der unerfahrenen als auch der erfahrenen Rehabilitanden – vor Beginn einer solchen Maßnahme recht stark ist. Die gute Bewertung des eigenen Informationsstandes wiederum zeigt, dass diesem offenbar bereits vor der Reha zufriedenstellend begegnet wird. Das gilt erstaunlicherweise für Studien- und Kontrollgruppe im gleichen Ausmaß, auch wenn der Umfang der erhaltenen Informationen in beiden recht unterschiedlich ist. Wie ist das zu erklären? Möglicherweise haben die Patienten bereits aus anderen Quellen, beispielsweise aus Fernsehsendungen, aus Gesprächen mit ihrem Arzt, ihrem Therapeuten oder mit Freunden und Verwandten mehr Vorabinformationen erhalten als erwartet, so dass wir die Bedeutung von Informationsmaterial aus der Klinik schlicht überschätzt haben. Ebenso kann der psychologische Effekt, dass sich erst während der Beschäftigung mit einem Thema weiterführende Fragen ergeben, eine Rolle spielen. Es könnte sein, dass den Kontrollgruppenpatienten aus diesem Grund in geringerem Ausmaß aufgefallen ist, über welche Informationen sie noch nicht verfügen, so dass ihre Zufriedenheit mit dem Informationsstand der der Studiengruppe entsprochen hat. Auch dieser Effekt zeichnete sich bereits in der Bedarfsanalyse ab, in der wir uns in den Gesprächen mit den Patienten unter anderem danach erkundigten, wie gut sie über die Inhalte der Reha Bescheid wussten, und oft zunächst ein Stirnrunzeln zur Antwort bekamen, mit dem sichtbar ein Denkprozess zum ersten Mal in Gang gesetzt wurde. Auch diesen Patienten war offenbar vorher nicht aufgefallen, dass sie über diesen Bereich in dem ihnen vorliegenden Informationsmaterial nichts hatten finden können.

Wie bereits dargestellt, waren wir in unserer Argumentationslinie davon ausgegangen, dass eine Optimierung der Vorabinformationen auch eine erwartungsmodulierende Wirkung hat. So sollten die diagnosegruppenspezifischen Broschüren unter anderem dazu beitragen, über die Darstellung moderner rehabilitativer Behandlungsansätze die Erwartung eines Programms mit Fokus auf Erholung und Entspannung zu reduzieren und die Patienten statt dessen frühzeitig auf den Erhalt eines leitlinienorientierten, eher aktiven trainierenden Programms vorzubereiten.

Die Antworten der Patienten auf die Fragen, (a) ob sie vermuten, dass sie bestimmte Leistungen erhalten werden, und (b) inwieweit ihnen diese wahrscheinlich helfen werden, haben gezeigt, dass sowohl die Studiengruppen- als auch die Kontrollgruppenpatienten vor allem Leistungen erwarteten, die ihnen aus der Behandlung orthopädischer Erkrankung bereits bekannt sind. Dazu gehörten vor

allem Einzel- und Gruppenkrankengymnastik sowie physikalische Anwendungen, in etwas geringerem Ausmaß auch Sport- und Bewegungstherapie sowie Entspannungstraining. Grundsätzlich wurde diesen auch das größte Hilfefotenzial zugeschrieben, wobei sich an dieser Stelle signifikante Gruppenunterschiede zeigten. So maßen die Studiengruppenpatienten den „klassischen“ Behandlungsmethoden, vor allem von der Einzelkrankengymnastik und den physikalischen Anwendungen, weniger Bedeutung bei als die Kontrollgruppenpatienten. Statt dessen setzten sie größere Hoffnungen auf Leistungen, die direkt mit Teilhabe in Verbindung stehen, wie arbeitsbezogene Hilfen, Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln und Ergotherapie, so dass durchaus eine gewisse erwartungsmodulierende Wirkung der diagnosegruppenspezifischen Broschüren weg von den eher passiven Therapien hin zu teilhabeorientierten Leistungen konstatiert werden kann.

Im zweiten Schritt der Untersuchung der Erwartungen sind wir der Frage nachgegangen, ob die veränderten Erwartungen auch realistischer waren, denn nur dann können Enttäuschungen vermieden und Zufriedenheit sowie gegebenenfalls Reha-Erfolg gesteigert werden. Diese Frage haben wir zunächst über eine indirekte Messung zu beantworten versucht und die Erwartungen an den Erhalt von Leistungen vor Beginn der Reha mit dem tatsächlichen Erhalt laut Patient zum Ende der Reha verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Erwartungen der Studiengruppenpatienten bezüglich des Erhalts von Sport- und Bewegungstherapie in höherem Maße erfüllt worden sind als die der Kontrollgruppenpatienten; ansonsten unterschieden sich die beiden Gruppen in der Realitätsnähe ihrer Erwartungen an die Reha nicht signifikant. Stark abweichend von diesen Ergebnissen war das Resultat der direkten Frage, ob die Reha so war, wie die Patienten es erwartet hatten. Entgegen unserer ersten Annahme zeigten sich darin nicht die Studiengruppen- sondern die Kontrollgruppenpatienten im Mittel signifikant überlegen. Vermutlich haben die Studiengruppenpatienten aufgrund der umfangreicheren und konkreteren Vorabinformation auch sowohl umfangreichere als auch konkretere Erwartungen ausgebildet und Abweichungen von den in den Broschüren dargestellten Leistungen deutlich stärker wahrgenommen als es die Kontrollgruppenpatienten auf der Basis eher unspezifischer Vermutungen getan haben. Offenbar ist eine eindeutige Erfüllung der Erwartungen umso wichtiger, je konkreter die Erwartungen sind. Ist das nicht möglich, sollten Abweichungen von dem angekündigten Vorgehen sehr gut begründet werden, wenn keine Quelle der Unzufriedenheit entstehen soll.

Ein enger Zusammenhang besteht laut Theorie zwischen den Erwartungen an die Reha und formulierten Reha-Zielen, wenn diese nach dem SMART-Schema das Kriterium „realistisch“ erfüllen sollen. Um eine Steuerung der Angaben durch eine vorgefertigte Liste zu vermeiden, haben wir diese freitextlich erfasst. Eine inhaltsanalytische Auswertung ergab, dass erwartungsgemäß die typischen Ziele

orthopädischer Patienten wie Schmerzreduktion / Schmerzfreiheit, Verbesserung von Beweglichkeit und Mobilität, aber auch Ziele rund um das Thema Rückkehr ins Arbeitsleben besonders häufig genannt wurden. Insgesamt unterschieden sich Studien- und Kontrollgruppenpatienten nicht signifikant in der Häufigkeit, mit denen ihre Ziele einer von 26 Kategorien zugeordnet werden konnten. Betrachtet man die Differenzen des Häufigkeiten der einzelnen Kategorien in Studien- und Kontrollgruppe, so fällt auf, dass die Studiengruppenpatienten etwas konkretere und insgesamt aktivere und stärker teilhabeorientierte Ziele angegeben haben, die einen Blick nach vorn belegen, während die Kontrollgruppenpatienten häufiger eher allgemeinere Ziele benannt haben, die etwas weniger dynamisch wirkten.

Offenbar wiederholte sich in den Reha-Zielen tatsächlich das Bild der in den Erwartungen gefundenen leichten Unterschiede, so dass auch hier Hinweise auf einen stärkeren Fokus der Studiengruppe auf Training und Teilhabe zu finden waren.

Zum Ende der Reha äußerten die Patienten insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Maßnahme, wobei die Bewertungen der Studiengruppenpatienten in der Regel etwas weniger häufig extrem positiv ausfielen und dafür öfter im mittleren Bereich der Skalen zu finden waren als die der Kontrollgruppenpatienten. Damit ergaben sich für sie allen Bereichen bis auf die Pflege in der Regel etwas geringere Mittelwerte als in der Kontrollgruppe, die sich auch in einem signifikanten Gruppenunterschied in der globalen Bewertung niederschlugen.

Auch diese Ergebnisse sprechen sehr dafür, dass das diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial nicht nur falsche Erwartungen reduziert, sondern durchaus auch Erwartungen weckt oder konkretisiert. So ergeben sich inhaltlich neue Schwierigkeiten, die geweckten Erwartungen zu erfüllen, oder die Patienten sogar positiv zu überraschen und für die Reha zu begeistern. Damit scheinen wir mit Re.In nicht wie geplant Enttäuschungen durch unrealistische Erwartungen reduziert, sondern deren Inhalt von der Erwartung einer Zeit der Erholung auf die Erwartung einer multimodalen, ganzheitlichen Therapie mit erheblichen Effekten auf die Teilhabefähigkeit verschoben zu haben. Diesen durch das alltägliche Handeln der Klinikmitarbeiter im Reha-Alltag gezielt zu begegnen, indem die Patienten eine entsprechende Therapie erhalten oder Abweichungen gut begründet werden, ist sicher eine wichtige Voraussetzung dafür, die neu entwickelten Motivationsschwerpunkte der Patienten in die angestrebte Richtung nutzen zu können.

Unser zweites Hauptzielkriterium neben der Zufriedenheit der Patienten mit der Reha zum Ende der Maßnahme betraf den Reha-Erfolg, den wir zum einen über Verbesserung des Reha-Status nach dem IRES-min, zum anderen über eine Verringerung der subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nach den SPE operationalisiert haben. In beiden Instrumenten zeigten sich signifikante positive

Effekte der Reha über die Zeit. Die Interaktionseffekte deuteten eine leichte Überlegenheit der Studiengruppenpatienten an; sie blieben jedoch durchweg unter der Signifikanzgrenze, so dass wir nur einen sehr geringen Einfluss der diagnosegruppenspezifischen Broschüren auf den Reha-Erfolg verzeichnen konnten.

Die geringen Unterschiede in der Entwicklung der beiden Gruppen sind kaum allein durch methodische Effekte wie der vielleicht zu geringen Änderungssensitivität der Instrumente oder der gegenüber der Power-Analyse geringeren Anzahl Probanden zu erklären. Vielmehr scheint angesichts der Komplexität der Reha die von uns durchgeführte Intervention in Bezug auf den Reha-Erfolg eher schwach zu sein.

Unter dem Strich bleibt zusammenfassend zu sagen, dass die Patienten nach eigener Aussage das ihnen dargebotene Material schätzten und gern nutzten. Die erwarteten Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe sind jedoch aus verschiedenen Gründen weitgehend ausgeblieben. Nach unserer Meinung besteht die wichtigste Erkenntnis aus der Evaluation darin, dass eine intensivere Information der Patienten zu einem frühen Zeitpunkt nicht nur unerwünschte Erwartungen reduziert, sondern auch neue weckt und konkretisiert. Diese sollten nach Möglichkeit eingelöst werden. Wenn Abweichungen von dem in den Broschüren dargestellten Vorgehen nötig sind, sollten sie dem Patienten beispielsweise im ärztlichen Aufnahmegespräch oder bei den Visiten gut erklärt werden, damit kein neuer Herd der Unzufriedenheit entsteht.

## 8.4 Mitarbeiterseitige Evaluation

### 8.4.1 Methodik

#### 8.4.1.1 Design und Instrumente

##### Teil a:

Um zu überprüfen, ob der Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren auch für die Mitarbeiter in ihrem Arbeitsalltag spürbar ist, haben wir während der Datenerhebung bei den Patienten die aufnehmenden Assistenzärzte und die Bezugstherapeuten der Patienten (Physiotherapeuten) gebeten, uns für jeden Patienten auf einem eigens entwickelten Kurzformular drei Fragen zu beantworten:

1. „Wie gut ist der Patient über seine Behandlung informiert?“ (Skala: 0 = Gar nicht, 10 = Sehr gut)
2. „Wie gut ist er über die Behandlung informiert, die er in der Klinik Münsterland bekommen wird?“ (Skala: 0 = Gar nicht, 10 = Sehr gut)
3. „Glauben Sie, dass der Patient zur Vorbereitung das diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial erhalten hat?“ (Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein)

Die Ärzte sollten dieses Formular direkt im Anschluss an das ärztliche Aufnahmegespräch ausfüllen, die Therapeuten wurden gebeten, es spätestens in der Woche nach der Aufnahme des Patienten zu bearbeiten, damit wirklich der Stand in der Anfangsphase der Reha abgebildet wird, bevor in der Klinik Erlerntes in erheblichem Ausmaß zum Tragen kommen kann.

Mit den ersten beiden Fragen wollten wir überprüfen, ob sich der Informationsstand der Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben, spürbar von dem der Patienten unterscheidet, die es nicht bekommen haben. Mit der dritten Frage wollten wir untersuchen, ob die beiden Gruppen für die entsprechenden Mitarbeitergruppen unterscheidbar sind, ob sie also im Umgang mit Ihnen einen Unterschied wahrnehmen. Die ersten beiden Fragen wurden durch Mittelwertsvergleiche mit T-Tests ausgewertet, für die letzte Frage kamen jeweils Kontingenztafeln zum Einsatz.

### **Teil b:**

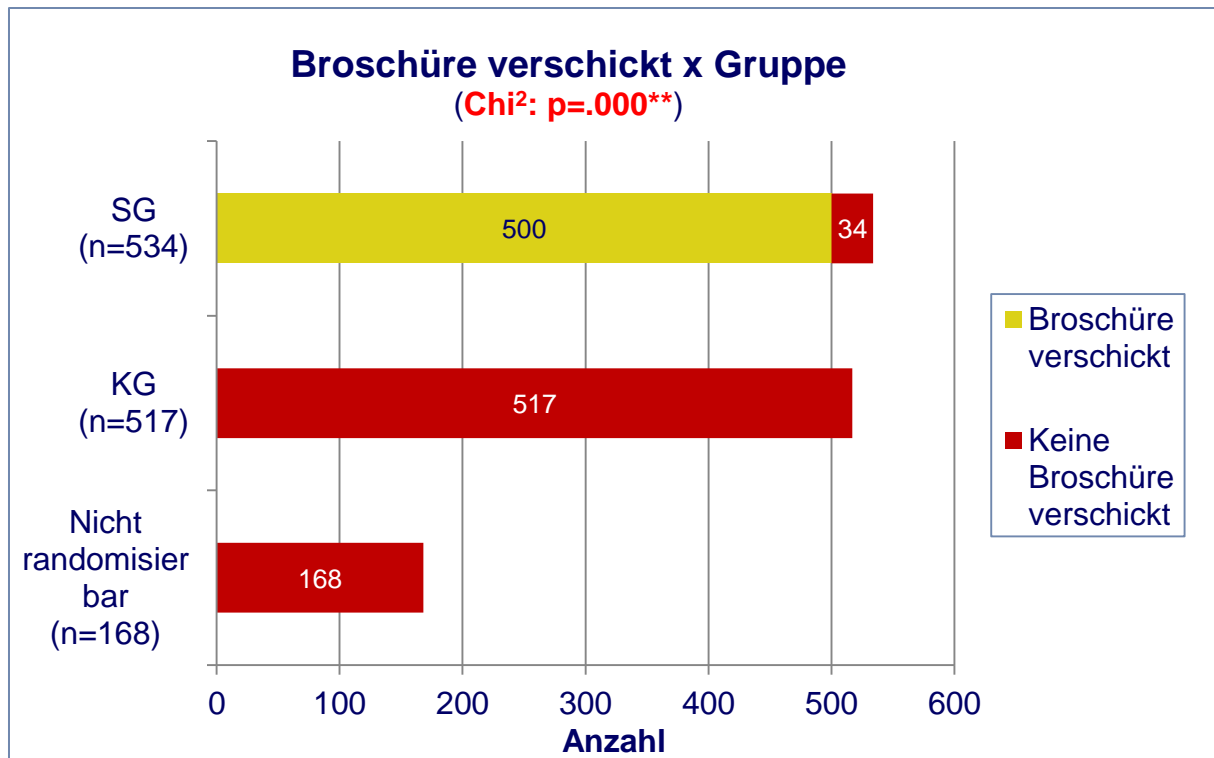
Ein weiterer Schritt in der mitarbeiterseitigen Evaluation bestand darin, nach Abschluss der Datenerhebung bei den Patienten Mitarbeiter der für das Projekt relevanten Abteilungen in kurzen Gesprächen darüber zu befragen, ob sie seit der Einführung des diagnosegruppenspezifischen Materials Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag, vor allem im Kontakt mit den Patienten wahrgenommen hätten. Spezielle Instrumente haben wir dazu nicht eingesetzt.

### **8.4.1.2 Stichprobe**

#### **Teil a:**

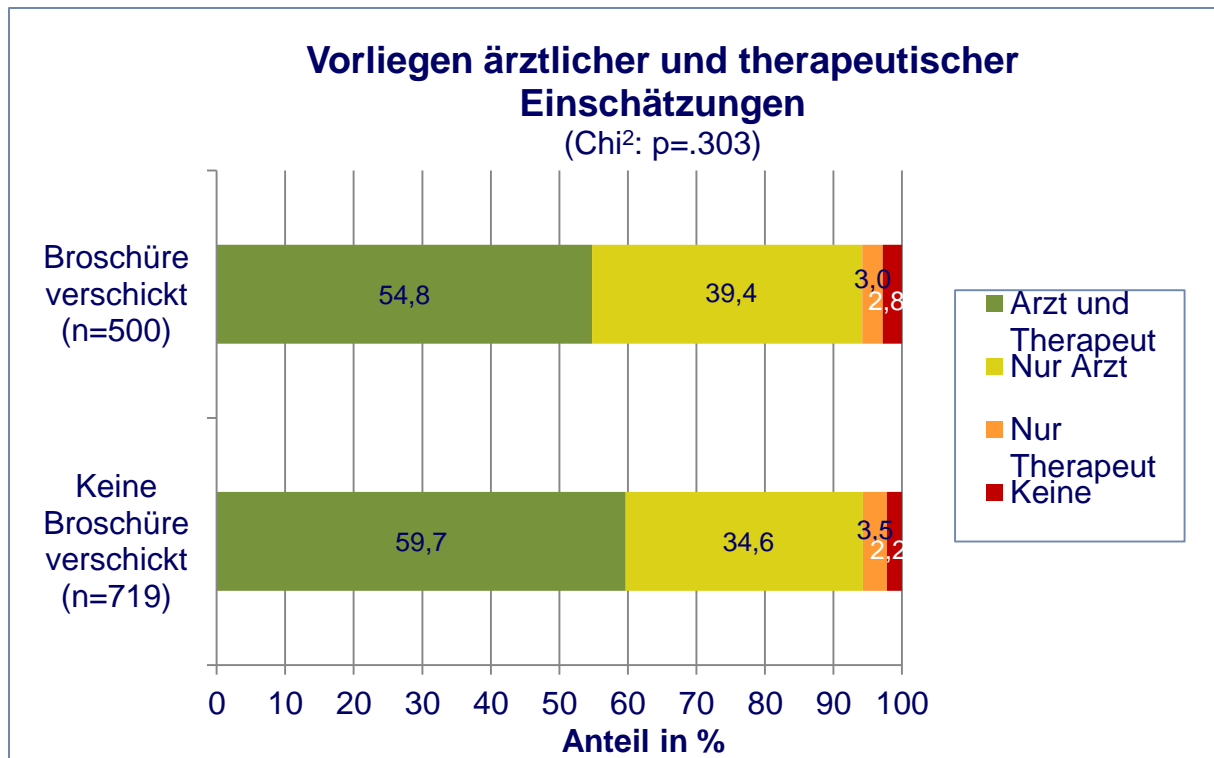
Dem fragebogenbasierten Teil der Evaluation haben wir die Daten der 1219 Patienten zugrunde gelegt, für die eine Zuordnung zu den Diagnosegruppen und damit auch eine Randomisierung vorlag, und die in dem Zeitraum unserer Datenerhebung, also zwischen dem 14.01.2014 und dem 11.07.2014, angereist sind.

Insgesamt wurden 500 Broschüren an Patienten dieser Gruppe verschickt, die aufgrund der Randomisierung allesamt der Studiengruppe zugeteilt worden waren. 719 Patienten hingegen haben keine Broschüre erhalten. Diese setzen sich zusammen aus den 517 Patienten der Kontrollgruppe, den 168 Patienten, die nicht randomisiert werden konnten waren, weil ihre Reha-relevante Diagnose keiner der fünf Hauptdiagnosegruppen zuzuordnen war, und 34 Patienten der Studiengruppe, die trotz der Zuteilung zur Studiengruppen keine diagnosegruppenspezifische Broschüre bekommen haben. Von diesen Patienten lag uns in der Regel die Zuordnung zu einer Diagnosegruppe so spät vor, dass es nicht mehr möglich war, ihnen das entsprechende Material vor ihrer Anreise noch zuzusenden. Damit sind 97,2% der Patienten mit dem der Randomisierung entsprechenden Material versorgt worden.



**Abbildung 134: Verschickte Broschüren in der Gruppe der Patienten, die in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen wurden**

Von den hier einbezogenen Patienten wurden 703 sowohl von ihrem Stationsarzt als auch von ihrem Bezugstherapeuten eingeschätzt. Für 446 Patienten liegen nur Einschätzungen des Arztes vor, für 40 nur Einschätzungen des Therapeuten und für 30 Patienten gar keine. Die geringeren Anzahlen therapeutischer Einschätzungen sind vor allem dadurch zu erklären, dass nicht alle Patienten in ihrer Reha Einzelkrankengymnastik verordnet bekommen und somit auch einen Bezugstherapeuten haben. Weiterhin haben die Therapeuten ihre Patienten teilweise zu spät zum ersten Mal gesehen, oder es fand ein Therapeutenwechsel statt, so dass Unklarheit darüber bestand, welcher Therapeut die Einschätzung dann vornehmen sollte. Von den Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben und von denen, die es nicht erhalten haben, liegen vergleichbar häufig Arzt- und Therapeuteneinschätzungen vor (p=.303).



**Abbildung 135: Vorliegen ärztlicher und therapeutischer Einschätzungen des Informationsstandes der Patienten zu Beginn der Reha**

Im Hinblick auf die Charakterisierung der einbezogenen Patienten sind für diese Fragestellung nur wenige Merkmale interessant, auf die wir uns in der Stichprobenbeschreibung auch beschränken wollen.

Die 1219 Patienten der untersuchten Gruppe waren zu 63% männlich (n=446), zu 37% weiblich (n=773) und im Mittel 54,5 Jahre alt (SD=12,2; Min=19; Max=92).

Gut 1/3 der Patienten litten unter chronischen Rückenschmerzen, etwa 1/4 der Patienten hatte einen Gelenkersatz bekommen. Weitere 14% waren nach einer Operation an der Wirbelsäule in der Klinik Münsterland, für 7% lautete die Reha-relevante Diagnose Verschleiß und 2% waren amputiert. 14% waren keiner dieser Hauptdiagnosegruppen zuzuordnen und waren damit auch nicht randomisierbar.



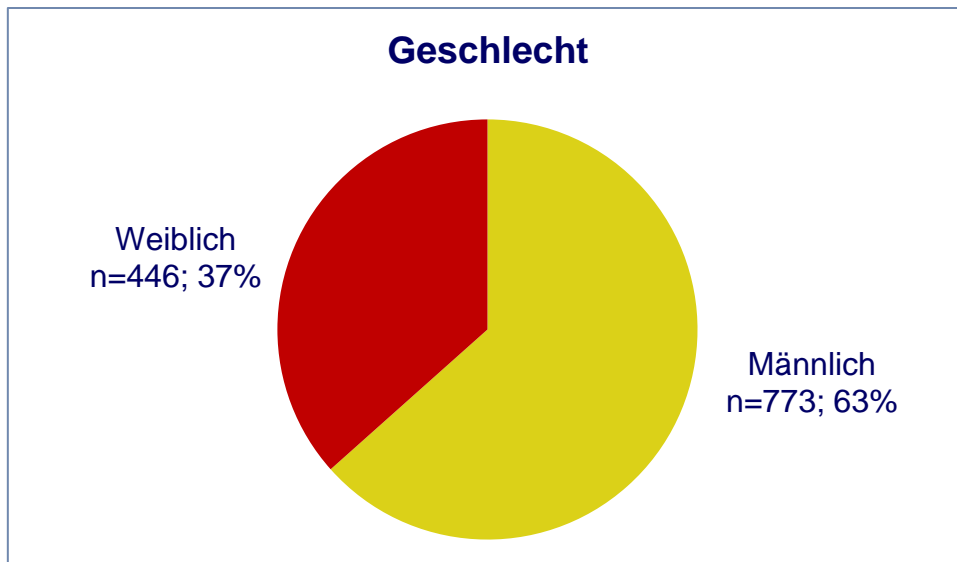


Abbildung 136: Geschlechterverteilung bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten

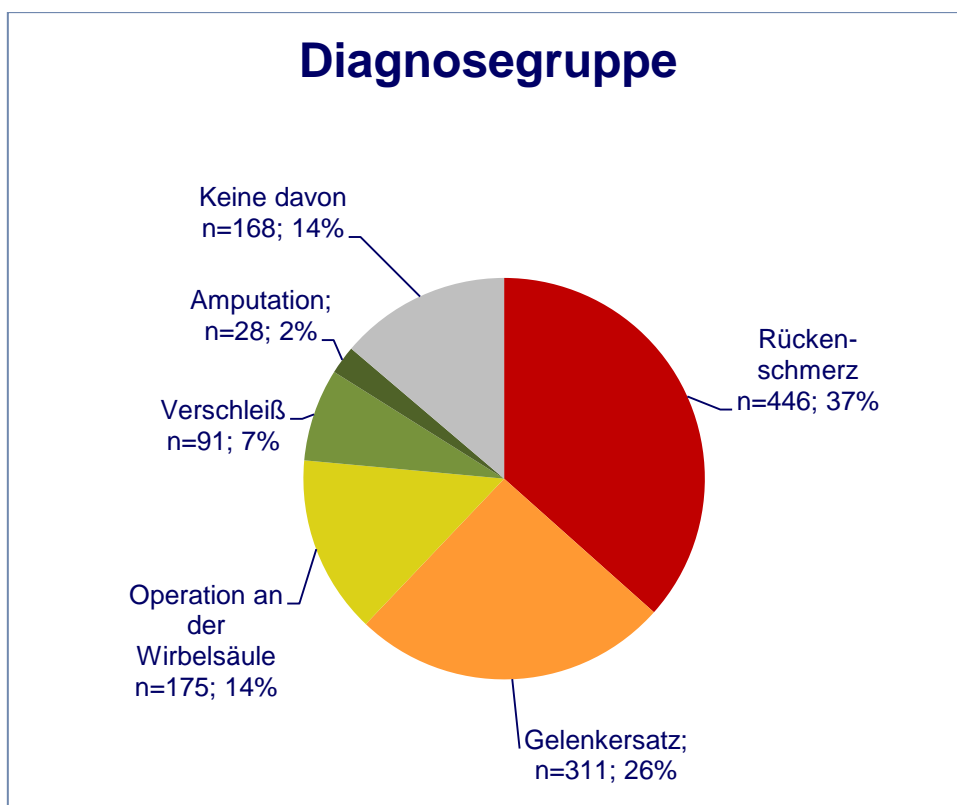
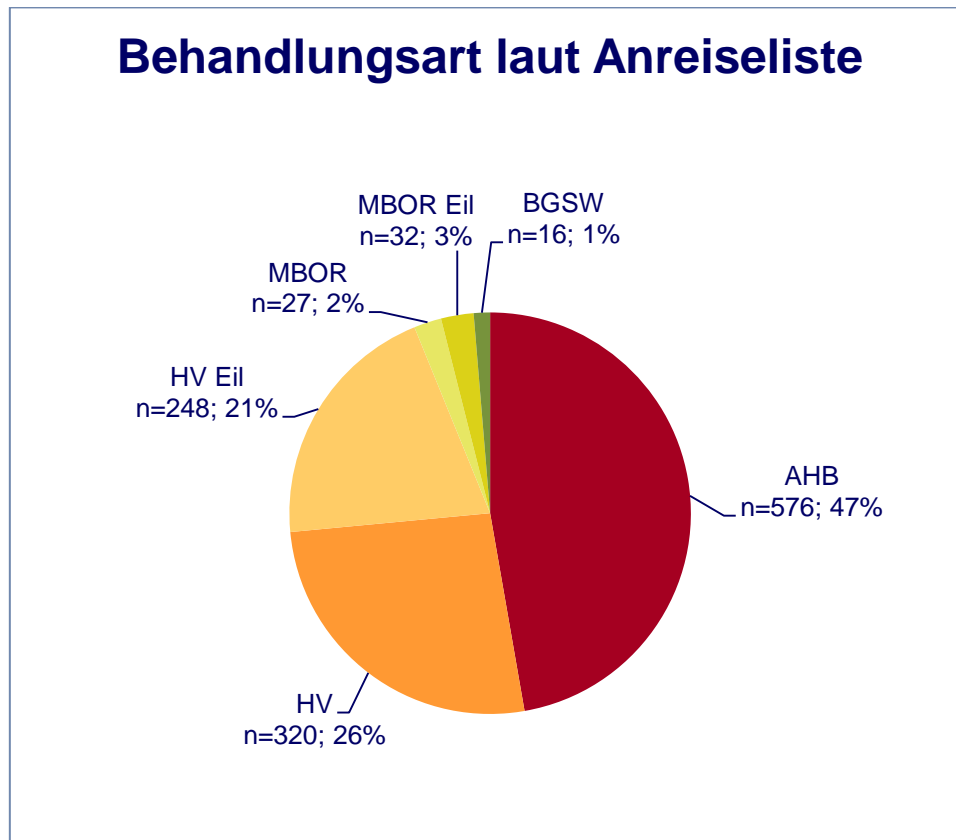


Abbildung 137: Verteilung der Diagnosegruppen bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten

Bezieht man wie in der obigen Grafik die Patienten, die in keine der Hauptdiagnosegruppen fallen, mit ein, zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Diagnosegruppen in den beiden Gruppen der Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben, und der Patienten, die es nicht bekommen haben ( $\chi^2$ :  $p=.000^{**}$ ). Dieses ist damit zu begründen, dass die

Patienten, die keiner der Hauptdiagnosegruppen zuzuordnen waren, folgerichtig kein diagnosegruppenspezifisches Informationsmaterial erhalten haben. Nimmt man diese Sonderfälle heraus, sind die beiden Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosegruppen vergleichbar ( $\chi^2$ :  $p=.142$ ).

Laut Anreiseliste waren AHB und HV-Patienten mit jeweils knapp 50% in etwa gleichem Maße vertreten.



**Abbildung 138: Behandlungsarten laut Anreiseliste bei den in die mitarbeiterseitige Evaluation einbezogenen Patienten**

In nur einer der beschriebenen Variablen, der Verteilung der Diagnosegruppen, zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten, die die diagnosegruppenspezifischen Broschüren zugeschickt bekommen hatten, und denen, die ihre Reha ohne diese zusätzlichen Informationen antraten. Dieses ist jedoch wie gesagt nur dann der Fall, wenn die nicht randomisierbaren Patienten mit einbezogen werden; ansonsten waren die beiden Gruppen in allen Variablen vergleichbar.

### **Teil b:**

In die Befragung einbezogen wurden 17 Mitarbeiter der Abteilungen, die auch schon an der Bedarfsanalyse mitgewirkt hatten, in Einzelnen

- der ärztliche Leiter
- der ärztliche Dienst (2 Oberärzte, 2 Assistenzärzte)
- Mitarbeiter der Physio- und Sporttherapie (2 Physiotherapeutinnen)
- Mitarbeiter der Ergotherapie (1 Ergotherapeut)
- Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes und des Sozialdienstes (3 Mitarbeiter des psychologischen Dienstes, 1 Mitarbeiterin des Sozialdienstes)
- der Verwaltungsleiter
- der stellvertretende Verwaltungsleiter
- Mitarbeiter der Verwaltung (2 Mitarbeiterinnen der Patientenverwaltung, 1 Mitarbeiterin an der Rezeption)

Auf eine genauere Beschreibung der Stichprobe verzichten wir aus Gründen des Datenschutzes.

## **8.4.2 Ergebnisse**

### **Teil a:**

Die Ärzte stufen die Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung zu Beginn der Reha im guten mittleren Bereich ein (MW=6,60; SD=2,16), wobei ihre Einschätzungen der beiden Gruppen mit Mittelwerten von 6,54 (SD=2,19) beziehungsweise 6,64 (SD=2,19) vergleichbar waren ( $p=.407$ ). Für die Einschätzung der Informiertheit der Patienten hinsichtlich der Behandlung, die auf sie zukommen würde, zeigte sich ein ähnliches Bild auf etwas geringerem Niveau. Dort lagen die Mittelwerte bei 5,10 (SD=2,62) respektive 4,97 (SD=2,65); auch dieser Unterschied ist mit  $p=.396$  nicht signifikant.

Insgesamt haben die Ärzte die Anzahl verschickter Broschüren ziemlich exakt eingeschätzt: Sie haben 488 Patienten für Empfänger dieser Informationen gehalten, tatsächlich waren es 467 der von ihnen bewerteten Patienten. Die Einschätzung, wer das Material erhalten hat und wer nicht, ist mit einer Trefferquote von 52% ( $p=.627$ )

jedoch nicht besonders valide – die Gruppen scheinen sich für sie nicht wahrnehmbar zu unterscheiden.

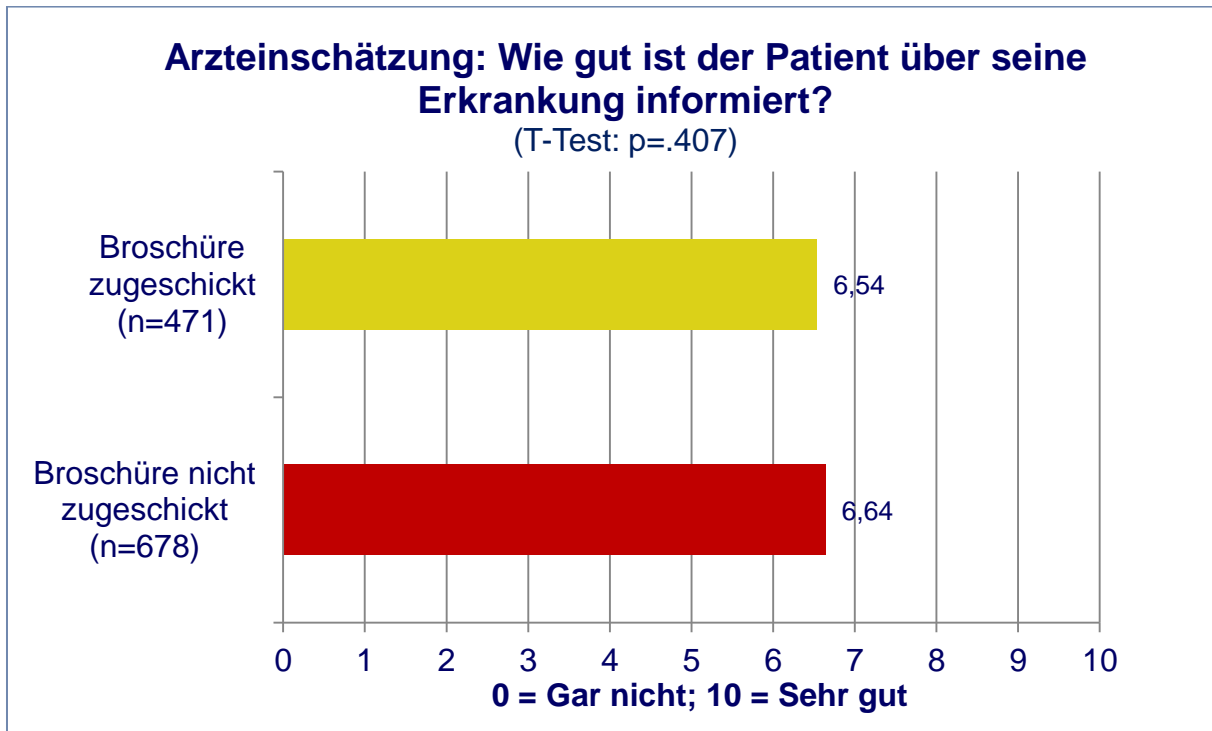


Abbildung 139: Arzteinschätzung: Wie gut ist der Patient über seine Erkrankung informiert?

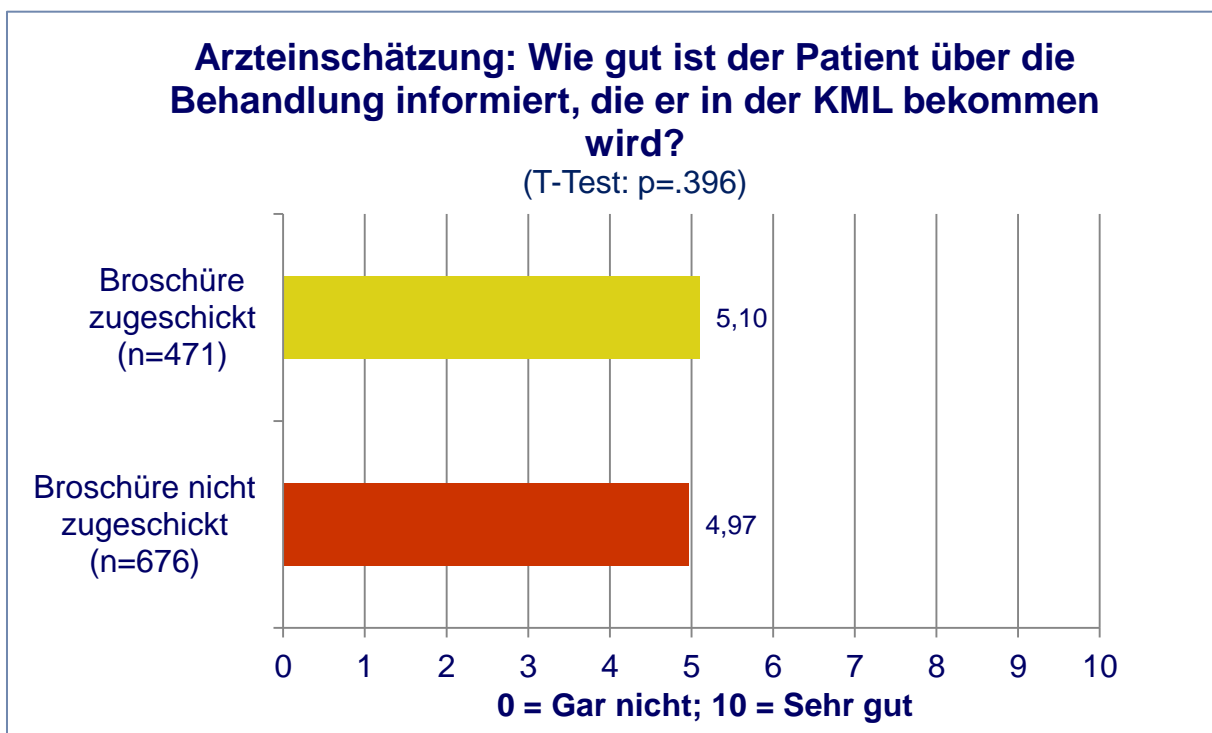


Abbildung 140: Arzteinschätzung: Wie gut ist der Patient über die Behandlung informiert, die er in der Klinik Münsterland bekommen wird?

Hat der Patient das diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial erhalten?		Tatsächlich		
		Ja	Nein	$\Sigma$
Arzt	Ja	204	284	488
	Nein	263	389	652
	$\Sigma$	467	673	1140

Chi<sup>2</sup>: p=.627; Trefferquote: 52,0%

**Tabelle 4: Arzteinschätzung: Glauben Sie, dass der Patient zur Vorbereitung das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat?**

Entgegen unserer Annahme bescheinigten die Therapeuten den Patienten, die diagnosegruppenspezifisches Material erhalten haben, nicht nur keinen besseren, sondern sogar einen signifikant schlechteren Kenntnisstand hinsichtlich ihrer Erkrankung als den Patienten, die das Material nicht erhalten haben (MW=5,69; SD=2,36; bzw. MW=6,11; SD=2,2; p=.016\*). Den Informationsstand beider Gruppen hinsichtlich der zu erwartenden Behandlung hingegen schätzten auch sie vergleichbar ein (MW=4,99; SD=2,36 bzw. MW=5,07; SD=2,39). Ähnlich wie den Ärzten fiel es auch ihnen schwer, zu erraten, ob ein Patient die diagnosegruppenspezifische Broschüre bekommen hat oder nicht; die Trefferquote ist mit 59% etwas höher als die der Ärzte, legt aber mit einem p von .271 den Schluss nahe, dass auch die Therapeuten keine wirklich verlässlichen Anhaltspunkte für ihre Vermutung haben. Bemerkenswert ist hingegen, dass die Therapeuten, anders als die Ärzte, das Vorliegen der diagnosegruppenspezifischen Broschüren insgesamt deutlich unterschätzt haben: Sie haben in 159 Fällen angenommen, dass ein Patient das Material bekommen hat; tatsächlich waren es 286 der von ihnen bewerteten Patienten.

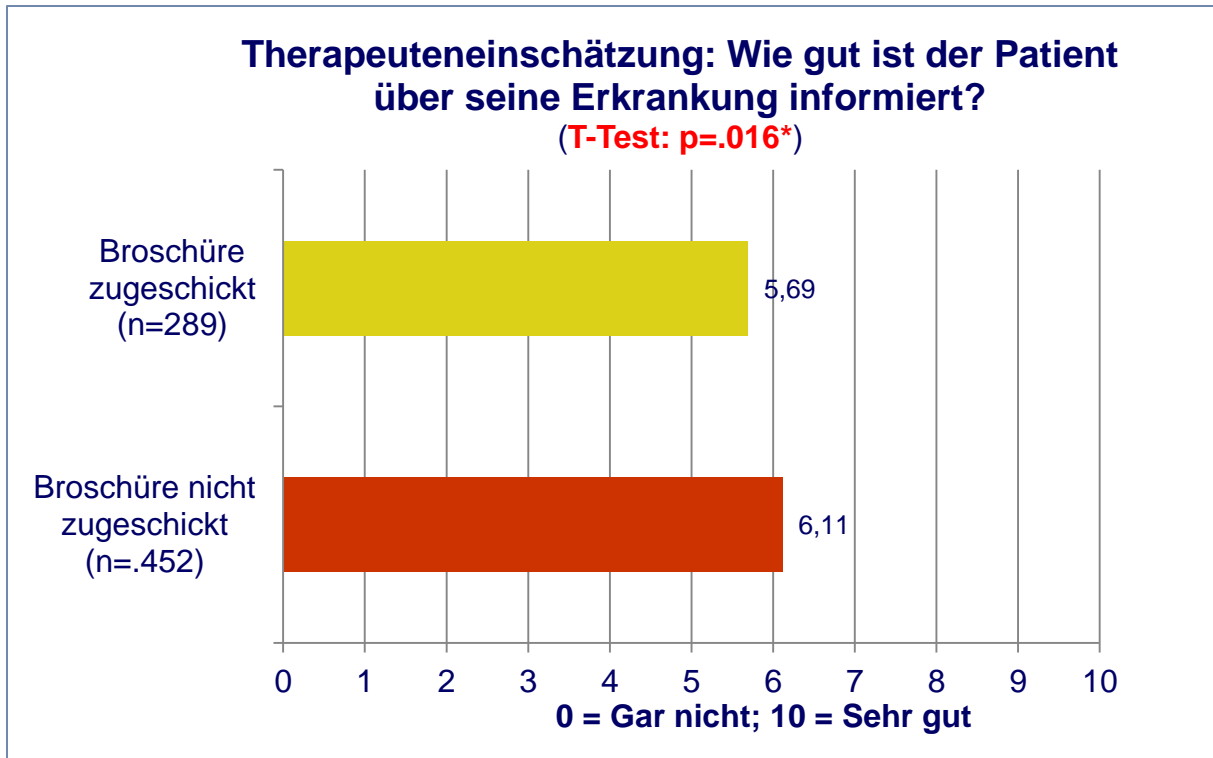


Abbildung 141: Therapeuteneinschätzung: Wie gut ist der Patient über seine Erkrankung informiert?

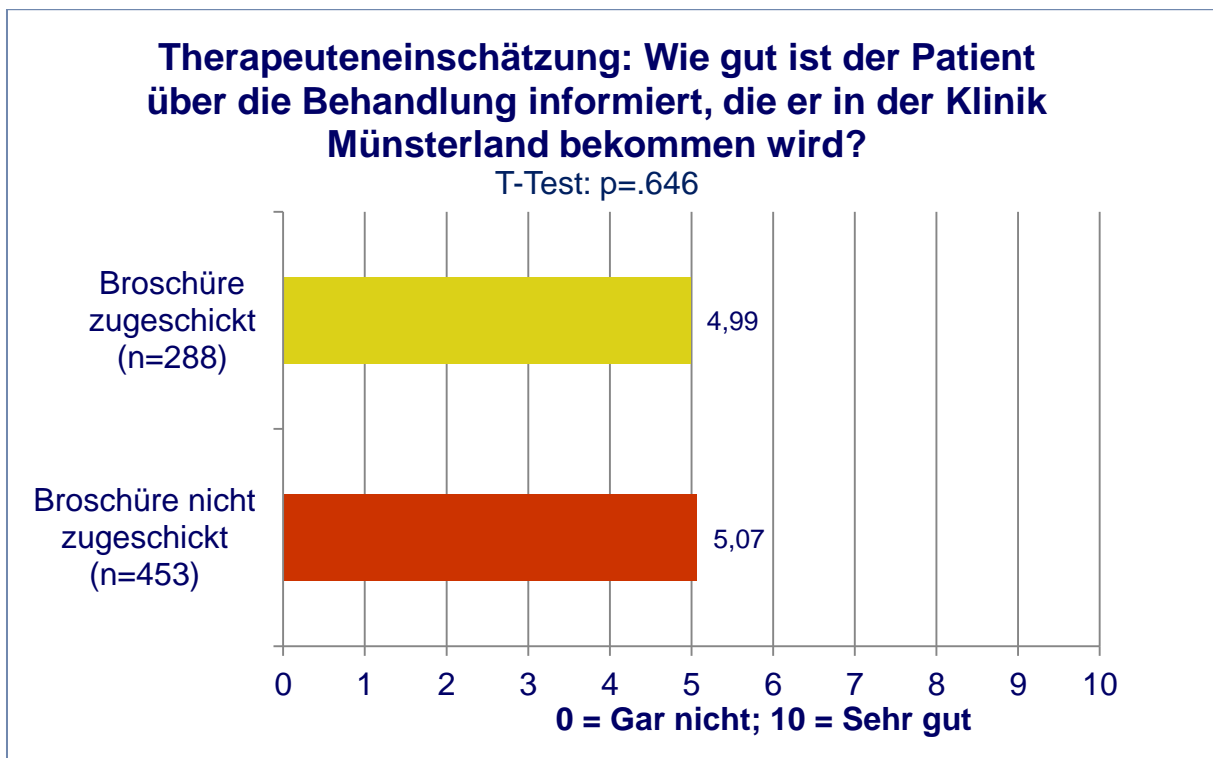


Abbildung 142: Therapeuteneinschätzung: Wie gut ist der Patient über die Behandlung informiert, die er in der Klinik Münsterland bekommen wird?

Hat der Patient das diagnosegruppenspezifische Informationsmaterial erhalten?		Tatsächlich		
		Ja	Nein	$\Sigma$
Therapeut	Ja	68	91	159
	Nein	219	359	578
	$\Sigma$	287	450	737

Chi<sup>2</sup>: p=.271; Trefferquote: 58,0%

**Tabelle 5: Therapeuteneinschätzung: Glauben Sie, dass der Patient zur Vorbereitung das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat?**

Die vorgenommenen diagnosegruppenspezifischen Auswertungen zeigen keine besonderen Abweichungen von den Ergebnissen der Gesamtgruppe. Einen Überblick geben die folgenden beiden Tabellen. Auffällig ist, dass die Ärzte und Therapeuten die Informiertheit der Rückenschmerzpatienten am geringsten einschätzen. Die höchsten Bewertungen hingegen bekommen die Amputierten von den Ärzten, für die sie jedoch am wenigsten genau erraten können, ob sie das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben. Die Therapeuten hingegen schreiben den Patienten nach Gelenkersatz den besten Informationsstand zu und erzielen bei diesen und den Patienten mit Verschleiß in der letzten Frage auch die höchste Trefferquote.

Arzteinschätzung						
	Informiertheit über Erkrankung		Informiertheit über Behandlung		Broschüre erhalten?	
	Broschüre erhalten	Broschüre nicht erhalten	Broschüre erhalten	Broschüre nicht erhalten	Vermutung des Arztes richtig	Vermutung des Arztes falsch
Rücken- schmerz	MW=5,89 SD=2,02 n=219	MW=5,81 SD=1,90 n=202	MW=4,48 SD=2,49 n=219	MW=4,27 SD=2,19 n=201	n=219 (52,4%)	n=199 (47,6%)
	p=.699		p=.368		p=.268	
Gelenk- ersatz	MW=7,40 SD=1,98 n=124	MW=7,32 SD=2,10 n=168	MW=6,14 SD=2,82 n=124	MW=5,65 SD=2,92 n=167	n=156 (54,0%)	n=133 (46,0%)
	p=.761		p=.151		p=.282	
WS-OP	MW=6,92 SD=2,14 n=72	MW=7,28 SD=1,89 n=88	MW=5,42 SD=2,45 n=72	MW=5,53 SD=2,54 n=88	n=70 (44,3%)	n=88 (55,7%)
	p=.251		p=.768		p=.148	
Ver- schleiß	MW=6,49 SD=1,61 n=43	MW=5,98 SD=2,41 n=43	MW=4,81 SD=1,84 n=43	MW=4,63 SD=2,44 n=43	n=49 (57,0%)	n=37 (43,0%)
	p=.250		p=.691		p=.278	
Ampu- tation	MW=7,38 SD=2,66 n=13	MW=7,43 SD=2,98 n=14	MW=4,92 SD=2,96 n=13	MW=4,57 SD=3,94 n=14	n=11 (40,7%)	n=16 (59,3%)
	p=.968		p=.797		p=.449	

Tabelle 6: Arzteinschätzungen der Informiertheit der Patienten (diagnosegruppenspezifisch)



Therapeuteneinschätzung						
	Informiertheit über Erkrankung		Informiertheit über Behandlung		Broschüre erhalten?	
	Broschüre erhalten	Broschüre nicht erhalten	Broschüre erhalten	Broschüre nicht erhalten	Vermutung des Therapeuten richtig	Vermutung des Therapeuten falsch
Rückenschmerz	MW=4,82 SD=2,38 n=97	MW=5,47 SD=2,11 n=107	MW=4,07 SD=2,09 n=96	MW=4,75 SD=2,31 n=108	n=107 (52,5%)	n=97 (47,5%)
	<b>p=.043*</b>		<b>p=.030*</b>		p=1,000	
Gelenkersatz	MW=6,35 SD=2,24 n=100	MW=6,60 SD=2,18 n=129	MW=5,63 SD=2,37 n=100	MW=5,67 SD=2,42 n=129	n=129 (56,6%)	n=99 (43,4%)
	p=.402		p=.889		p=.233	
WS-OP	MW=5,30 SD=2,20 n=53	MW=6,20 SD=2,18 n=60	MW=4,92 SD=2,01 n=53	MW=5,47 SD=2,41 n=60	n=59 (52,2%)	n=54 (47,8%)
	<b>p=.031*</b>		p=.195		p=1,000	
Ver-schleiß	MW=6,85 SD=1,77 n=27	MW=5,73 SD=2,26 n=26	MW=6,22 SD=2,24 n=27	MW=4,46 SD=2,64 n=26	n=30 (56,6%)	n=23 (43,4%)
	<b>p=.050*</b>		<b>p=.012*</b>		p=.372	
Ampu-tation	MW=6,33 SD=2,39 n=12	MW=6,20 SD=2,10 n=10	MW=4,42 SD=3,26 n=12	MW=4,30 SD=2,91 n=10	n=7 (33,3%)	n=14 (66,7%)
	p=.892		p=.931		p=.090	

**Tabelle 7: Therapeuteneinschätzungen der Informiertheit der Patienten (diagnosegruppenspezifisch)**

## Teil b:

Nach Ende der Datenerhebung haben wir mit Mitarbeitern der für unser Projekt besonders relevanten Abteilungen Gespräche geführt, um zu erfahren, ob sie im Zeitraum des bisherigen Einsatzes der neuen Materialien Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag, speziell im Kontakt mit den Patienten, bemerkt haben.

Die erhaltenen Antworten waren über die Abteilungen hinweg relativ ähnlich: Zum Teil sind einzelne einmalige Aufgaben für Klinikmitarbeiter dazugekommen, zum Teil haben sich auch Arbeitsabläufe für sie dauerhaft verändert, die vor allem mit dem Versand der diagnosegruppenspezifischen Broschüren zusammenhängen. Diese Veränderungen haben die Befragten uns geschildert und auf Nachfrage durchweg versichert, dass sie problemlos in den Arbeitsalltag integriert werden können und keine unzumutbare Mehrbelastung bedeuten. Im Folgenden führen wir die konkreten Angaben dazu inhaltsgetreu, aber nicht wörtlich auf. Ergänzend haben wir einige Statements mit eigenen Anmerkungen versehen, um im Zweifelsfall deren Einordnung zu vereinfachen.

- Während der Projektlaufzeit wurden im Projekt erstellte Unterlagen durch Klinikmitarbeiter geprüft und korrigiert. Darüber hinaus wurden durch die Klinik selbst weitere Unterlagen im Stil der Broschüren umgestaltet. (Stellvertretender Verwaltungsleiter)
- Im normalen Betrieb bedeutet der Einsatz des neuen Materials für die Klinikverwaltung (a) mehr Arbeit – es muss der Bestand der Broschüren im Auge behalten und rechtzeitig Nachschub bestellt werden; (b) einen erhöhten Platzbedarf für die Lagerung der Broschüren; (c) einen erhöhten Energieverbrauch – früher kamen die Unterlagen direkt vor Ort aus einem Schwarz-weiß-Drucker, nun werden sie farbig auf Glanzpapier gedruckt und müssen transportiert werden. Deshalb ist meine Vision, die Broschüren nicht mehr in Papierform zu verschicken, sondern sie den Patienten nur als pdf zu mailen oder sogar nur auf die pdfs auf der Homepage der Klinik zu verweisen. (Stellvertretender Verwaltungsleiter)

(Anmerkung: Da von unseren Probanden weniger als 50% die Klinikhomepage besuchen, scheint die Verwirklichung dieser Vision nicht zeitnah zu realisieren zu sein.)

- Damit die Versorgung der Patienten mit den Broschüren in die normalen Abläufe der Klinik integriert ist, mussten drei Abläufe geändert werden. (QMB)
- Wir müssen nun die diagnosegruppenspezifischen Broschüren mit in die Unterlagen für die Patienten legen. Welche es jeweils ist, entscheiden wir bei AHB-Patienten, die schnell eingeladen werden und bei denen die Gruppe normalerweise eindeutig ist, in der Regel selbst, die anderen werden von den Oberärzten eingruppiert. (Mitarbeiterin in der Patientenverwaltung)

(Anmerkung: Im Dauerbetrieb werden die in der Klinik eingehenden Unterlagen für die zukünftigen Patienten durch die Chefarztsekretärin mit einem Stempel versehen, der Ankreuzfelder für die möglichen Diagnosegruppen enthält. Die Oberärzte kreuzen dann nach Sichtung der Akte, vor allem der Reha-relevanten Diagnose, das entsprechende Feld an, so dass der Patientenverwaltung die Diagnosegruppe bei der Vorbereitung der Unterlagen für die Patienten bekannt ist.)

Im Kontakt mit den Patienten hingegen sind nur wenige Veränderungen aufgefallen; auch würden Patienten von sich aus nach vielfältiger Aussage nur sehr selten die Broschüren ansprechen. Darüber hinausgehende Aussagen und weiterführende Ideen waren (inhaltlich, aber nicht in jedem Fall wörtlich wiedergegeben):

- Wenn die Patienten die Broschüren ansprechen, dann äußern sie sich sehr positiv über Form und Inhalt der Broschüren. (Ärztlicher Direktor; Psychologin)
- Manchmal sprechen Patienten die Broschüren von sich aus an und sagen so etwas wie „Das stand ja auch in der Broschüre“ oder „Die Broschüre haben ich ganz gründlich gelesen“. Ich finde es gut, dass sie diese Informationen bekommen. Es ist zwar ganz schön viel, aber wenn ein bisschen davon hängen bleibt, ist das ja auch schon was. (Physiotherapeutin)
- Einige Patienten haben darauf hingewiesen, dass in den Broschüren steht, dass die bestimmte Behandlungen bekommen würden, und gefragt, weshalb das nicht der Fall ist. Vermutlich beziehen sie sich damit auf die abgedruckten Mustertherapiepläne. (Ärztlicher Direktor)
- In der letzten Zeit sind die Patienten grundsätzlich anspruchsvoller geworden. Viele waren schon einmal in einer anderen Klinik zur Reha und meinen, dass hier nun alles genauso laufen müsse. (Psychologin)

(Anmerkung: Bei dieser Aussage ist unklar, inwieweit das neue Informationsmaterial hierfür eine Rolle spielt, oder ob nur eine Koinzidenz, aber keine Kausalität vorliegt.)

- In der letzten Zeit wird das Arbeitsplatztraining etwas besser akzeptiert. (Ergotherapeut)

(Anmerkung: Auf Nachfrage zeigte sich, dass dieser Effekt weit nach Beginn des Einsatzes des neuen Informationsmaterials aufgetreten ist. Vermutlich kann er eher der Eröffnung der neuen MBOR-Halle als dem Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren zugeschrieben werden.)

- Etwa seit der Mitte der Datenerhebung ist ein neuer Befindlichkeitsfragebogen im Einsatz, der auch die Motivation zur Nutzung psychologischer Angebote abfragt – diese wird oft als hoch angegeben. (Psychologin)

- Späteres Statement nach der ursprünglichen Aussage, dass sich im Kontakt mit den Patienten nichts verändert habe: Nach etwas Nachdenken würde ich doch sagen, dass sich die Akzeptanz der psychologischen Angebote etwas verbessert hat. (Psychologe)
- In Einzelfällen haben Patienten die diagnosegruppenspezifischen Broschüren zur Sprache gebracht und weitere Verbesserungsvorschläge zum Inhalt gemacht. (Mitarbeiterin des Sozialdienstes)
- Offenbar haben Patienten aufgrund des einheitlichen Designs der Materialien mehr Mühe, die einzelnen Unterlagen voneinander zu unterscheiden. In letzter Zeit werden beispielsweise mehr Arztbögen, die eigentlich erst direkt zur Aufnahme mitgebracht werden sollen, mit den anderen Unterlagen zusammen mit zurückgeschickt – das ist datenschutzrechtlich problematisch. (Stellvertretender Verwaltungsleiter, Mitarbeiterin aus der Patientenverwaltung)  
Idee: Vielleicht sollte grundsätzlich das Design der Unterlagen konstant gehalten werden, aber auf den Deckblättern unterschiedliche Farben zum Einsatz kommen. (Mitarbeiterin in der Patientenverwaltung)
- Immer noch rufen viele Patienten an, um etwas zu fragen. Die meisten Fragen betreffen das Haus und Dinge, die mitzubringen sind; zum Beispiel wie viele Handtücher es gibt. (Mitarbeiterin in der Patientenverwaltung)
- Manche Patienten fragen auch, ob ihr Arzt den Arztbogen ausfüllen soll. Vielleicht sollte man ihn noch einmal umbenennen, zum Beispiel in „Fragebogen zu Ihrer Gesundheit“. (Mitarbeiterin in der Patientenverwaltung)
- Habe nur von einem Patienten gehört, der sich mit dem ganzen Info-Material überfrachtet fühlte. Ansonsten habe ich von Patienten oder Mitarbeitern nichts gehört und auch selbst keine Veränderungen in meinem Arbeitsalltag bemerkt. (QMB)

Einige Mitarbeiter haben sich in unserem Gespräch spontan Gedanken darüber gemacht, weshalb der Einsatz des neuen Materials für sie im Alltag so wenig spürbar ist. Auch diese geben wir inhaltsgetreu aber nicht unbedingt wörtlich wieder:

- Vermutlich sagen viele Patienten nur auf Nachfrage explizit, dass sie sich gut informiert fühlen oder bereits gut über ihre Erkrankung Bescheid wissen, wie auch bereits des Öfteren in Bezug auf projektfremdes Material, beispielsweise einem Sachbuch auf dem Nachtschrank, deutlich geworden ist. (Ärztlicher Direktor)
- Vermutlich sind keine Effekte der Broschüren im Alltag spürbar, weil die Broschüren zu umfangreich sind und die Patienten überfordern. (Assistenzarzt)

(Anmerkung: Diese Vermutung lässt sich aus unseren Daten nicht bestätigen. Selbst die Probanden, die höchstens einen Hauptschulabschluss haben, bestätigten eine hohen Nutzungsgrad und bewerteten Umfang und Verständlichkeit der Broschüren mit Schulnoten zwischen 1,5 und 1,8.)

- „Wir achten auf so viel anderes. Vielleicht liegt der Effekt ja einfach unter unserer Wahrnehmungsschwelle?!“ (Assistenzarzt)
- Zu Beginn der Reha sind viele Patienten in einem „Alles-neu-Modus“ und versuchen weiterhin so viele Informationen wie möglich zu bekommen, vielleicht sagen und zeigen sie deshalb nicht, dass sie durch die Broschüren schon recht gut informiert sind. (Physiotherapeutin)

In den geführten Gesprächen hat uns besonders überrascht und auch erschreckt, dass wir von Mitarbeitern aus dem ärztlichen Dienst, der Physiotherapie und dem psychologischen Dienst gehört haben, dass ihnen die diagnosegruppenspezifischen Broschüren trotz intensiver Bemühungen unsererseits zur internen Verbreitung gar nicht bekannt waren und sie sie gern einmal sehen würden. Auf diesem Hintergrund ist es natürlich kaum möglich, zu erraten, ob ein Patient dieses Material erhalten hat oder dessen Effekte im Arbeitsalltag wahrzunehmen.

### **8.4.3 Diskussion**

In der mitarbeiterseitigen Evaluation zeigte sich, dass die Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben, keinen für die Ärzte oder Therapeuten erkennbar besseren Informationsstand hinsichtlich ihrer Erkrankung oder der zu erwartenden Behandlung aufgewiesen haben als die Patienten, denen dieses Material nicht zur Verfügung gestanden hat. Weiterhin waren die beiden Patientengruppen für Ärzte und Therapeuten nicht zuverlässig zu unterscheiden, so dass wir nicht von deutlichen Veränderungen im Arbeitsalltag durch die Intervention ausgehen können.

Dieses Bild wird untermauert durch die Aussagen der interviewten Klinikmitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen. Für einzelne hat die Einführung des neuen Materials einige überschaubare Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag mit sich gebracht hat, im Kontakt mit den Patienten gab es für die meisten jedoch kaum spürbare Veränderungen.

Die Mitarbeiter selbst haben verschiedene mögliche Gründe für das Ausbleiben erheblicher Effekte angegeben. Diese fokussierten vor allem darauf, dass die

Patienten in der Regel kaum von sich aus auf die Broschüren, anderes ihnen zur Verfügung stehendes Informationsmaterial oder ihrem eigenen Kenntnisstand zu sprechen kommen. Es scheint jedoch auch denkbar zu sein, dass durchaus vorhandene Effekte schlichtweg unter der Wahrnehmungsschwelle der Mitarbeiter liegt, weil sie im Kontakt mit den Patienten auf vieles andere achten müssen und ihre Aufmerksamkeit darauf fokussieren.

Das Thema Wahrnehmungsschwelle leitet über zu unserer Beobachtung, dass gerade die für unser Projekt zentralen diagnosegruppenspezifischen Broschüren im Reha-Team auch nach dem Ende der patientenseitigen Datenerhebung immer noch erheblich weniger bekannt waren, als es eigentlich der Fall hätte sein sollen. Wenn jemand das in Frage stehende Material gar nicht kennt, hat er keinerlei Basis dafür, zu erraten, ob ein Patient es erhalten hat oder nicht. Ebenso gestaltet sich die Wahrnehmung von Effekten, die den Broschüren zugeschrieben werden könnten, schwierig. Wir bedauern sehr, dass uns die Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und der Physiotherapie, die während des gesamten Erhebungszeitraum für jeden Patienten ein Formular ausgefüllt haben, das sich eindeutig auf das Vorliegen des diagnosegruppenspezifischen Materials bei den Patienten bezogen hat, auf dieses Informationsdefizit ihrerseits nicht zeitnah angesprochen haben. So konnten wir nicht rechtzeitig Abhilfe schaffen und die mitarbeiterseitige Evaluation weist dadurch eine erhebliche Schwachstelle auf.

Ein weiterer Grund dafür, dass von den Mitarbeitern kaum Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag berichtet wurden, könnte auf der methodischen Ebene liegen: Aufgrund der für die Evaluation nötigen Randomisierung haben in der Zeit der Datenerhebung nur die Hälfte der randomisierten Patienten das diagnosegruppenspezifische Material erhalten. Damit muss man auch von einer Halbierung des möglichen Effektes für die Mitarbeiter im Kontakt zu den Patienten ausgehen, der dann vermutlich wirklich nur noch sehr gering ist.

Ein möglicher psychologischer Störfaktor liegt in der Anfälligkeit unserer Erinnerungen für Verfälschungen: In den Gesprächen mit den Mitarbeitern wurde ein Vergleich mit einem Zustand gefordert, der schon mindestens seit einen halben Jahr nicht mehr aktuell war. Vermutlich hat die Erinnerung an die „Zeit vorher“ in diesem Zeitraum bereits an Präzision verloren, so dass auch aus diesem Grund die Aussagen angreifbar sind.

Auf inhaltlicher Ebene greift sicherlich auch in der mitarbeiterseitigen Evaluation die in der patientenseitigen Evaluation bereits diskutierte mögliche Überschätzung der Bedeutung der Zusendung von Informationsmaterial durch die Klinik. Die dort angeführte mögliche Verschiebung der Inhalte von Unzufriedenheit von Patienten hätte sich in unterschiedlichen Erfahrungen der Mitarbeiter der verschiedenen Abteilungen niederschlagen sollen. Diese wurden jedoch nicht im erwarteten Ausmaß berichtet; folglich sind die Veränderungen auf dieser Ebene wohl nur in geringem Ausmaß für den Alltag der Klinikmitarbeiter relevant geworden.

## 9. Zusammenfassung der Studie

### 9.1 Hintergrund

Das hier dargestellte Projekte Re.In hatte seinen Ausgangspunkt bereits in der Einführung von Therapiestandards durch die DRV 1998. Mit dieser Maßnahme der Qualitätssicherung sollten die Behandlungen in den DRV-eigenen Reha-Kliniken vereinheitlicht und ein gemeinsamer, evidenzbasierter Standard etabliert werden. Sie ging mit einer erheblich stärkeren Ausrichtung der Rehabilitation auf aktivierende, teilhabeorientierte Therapien einher, die ihren Ausdruck in der im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2000 erfolgten Einführung des offiziellen Begriffs der „medizinischen Rehabilitation“ anstelle der früheren „Kur“ fand.

Offensichtlich setzt sich diese Veränderung in der Wahrnehmung der am Reha-Prozess Beteiligten jedoch nur langsam durch, denn immer noch sprechen nicht nur Patienten, sondern auch niedergelassene Ärzte und sogar Kostenträger von „Kuren“ und zementieren damit die mit diesem alten Begriff verknüpften Erwartungen einer eher passiven, auf Erholung und Entspannung ausgerichteten Maßnahme. Treffen diese Erwartungen in den Reha-Kliniken auf die alltägliche Praxis der modernen Rehabilitation, so sind Überraschungen, Enttäuschungen und zum Teil auch Konflikte zwischen Patienten und Behandlern vorprogrammiert.

Folgerichtig wurde schnell von verschiedenen Seiten gefordert, die angehenden Rehabilitanden schon frühzeitig besser über die zu erwartenden Inhalte der Maßnahme zu informieren. Im Jahr 2009 wurde diese Forderung im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation durch die DRV programmatisch festgeschrieben und durch verschiedene Ansätze wie der Entwicklung von Broschüren unter anderem durch die DRV, die Onlinestellung von Websites oder die Einführung vorbereitender Informationstage direkt in Kliniken umzusetzen versucht. Der Erfolg der Interventionen wurde jedoch entweder nicht empirisch untersucht oder war begrenzt.

### 9.2 Ziel des Projektes

Im Projekt Re.In haben wir versucht, aus den Erfahrungen mit den bereits vorhandenen Ansätzen zu lernen und ein Konzept für eine verbesserte Vorab-Information für Patienten zu entwickeln, in dem die bekannten Stolpersteine vermieden wurden und das so einen größeren Erfolg versprach. Im Einzelnen sollte das Material (1) passgenau an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet sein; (2) niedrigschwellig sein und einen hohen Aufforderungscharakter haben; (3) konkret an die Gegebenheiten der Klinik angepasst sein; (4) für die Klinik möglichst wenig

Mehraufwand im Dauerbetrieb bedeuten. Um dieses zu realisieren, haben wir uns in unserem Modellprojekt auf eine Klinik, die Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde, konzentriert. Wir wollten für die Informationsvermittlung verschiedene Kanäle nutzen und neben der Optimierung des Print-Materials die fehlenden Informationen in die Klinik-Website aufnehmen und über einen Informationsfilm, den die Patienten nach Hause geschickt bekommen, auch diejenigen erreichen, für die die Nutzung geschriebener Texte mühsam ist. Eine Veranstaltung vor Ort erschien uns aufgrund des hohen Aufwandes für die Patienten und die Klinik unrealistisch, so dass wir diese Option von vorne herein ausgeschlossen haben.

### **9.3 Schritt 1: Die Ist-Analyse**

Als Basis unseres Vorhabens haben wir im Rahmen einer Ist-Analyse das in der Klinik vorhandene Material zusammengestellt und eingehend geprüft. Das Ergebnis war eine große Fülle von einzelnen Materialien, die in Layout, Sprache und Inhalt recht heterogenen waren. Offenbar waren sie im Laufe der Jahre von verschiedenen Autoren dem jeweiligen aktuellen Bedarf entsprechend entwickelt und gegebenenfalls bereits überarbeitet worden. Die Unterlagen dienten vor allem dazu, die Klinik so mit Informationen über die Patienten zu versorgen, dass verwaltungstechnische und medizinische Abläufe gesichert waren. Informationen für die Patienten gab es in dem bereits professionell gestalteten Hausprospekt, in dem ähnlich wie in einem Hotelprospekt die Klinik, ihre Ausstattung und Angebote dargestellt wurden. Informationen über konkrete Inhalte der Reha und die ihnen zugrundeliegenden Konzepte suchten wir jedoch vergeblich, so dass sich die vermutete Lücke tatsächlich bestätigt hat.

Als Grundlage für alles Weitere war die Ist-Analyse von großer Bedeutung; problematisch war allerdings, dass sie aufgrund der Notwendigkeit, aufgrund aktueller Veränderungen immer wieder Teile des Materials anzupassen, für uns kaum jemals als abgeschlossen gelten konnte.

### **9.4 Schritt 2: Die Bedarfsanalyse**

Im nächsten Schritt haben wir in einer Bedarfsanalyse ermittelt, wie Informationsmaterial äußerlich und inhaltlich aussehen muss, damit es den Bedürfnissen und Wünschen von Mitarbeitern und Patienten entspricht. In



Fokusgruppen und Einzelinterviews mit 25 Mitarbeitern der für unser Vorhaben zentralen Abteilungen sowie mit 27 Patienten der fünf Hauptdiagnosegruppen der Klinik<sup>6</sup> haben wir 465 beziehungsweise 284 inhaltlich verschiedene Aussagen gesammelt, kategorisiert und soweit wie möglich in unseren dritten Arbeitsschritt, die konkrete Optimierung des Materials, einfließen lassen.

Auch die Bedarfsanalyse war für uns ausgesprochen aufschlussreich; die Form der Fokusgruppen und Interviews hat sich trotz des hohen Zeitbedarfs als ausgesprochen ertragreich erwiesen. Neben den konkreten Ideen der Befragten waren das große Interesse an unserem Vorhaben und die breite Zustimmung dazu ein für uns wichtiges Ergebnis, da uns so die hohe Praxisrelevanz unseres Projektes durch unsere Gesprächspartner bestätigt wurde. Nahezu unersetzlich waren die konkreten Einblicke in die Lebenswirklichkeiten der betroffenen Patienten, die sie uns mit ihren Erzählungen gewährt haben, denn diese haben uns später beim Schreiben ermöglicht, uns ein Stück weit in die jeweilige Patientengruppe hineinzusetzen und sowohl die Inhalte als auch unsere Ausdrucksweise zielgruppengerecht auszugestalten. Als schwierig erwiesen sich der Umgang mit einander zum Teil widersprechenden Aussagen und Ansprüchen sowie die Auswahl der Anregungen aus der großen Fülle, die wir tatsächlich umsetzen wollten und konnten.

### **9.5 Schritt 3: Die Optimierung des Materials**

Dieser dritte Schritt, die Optimierung des Materials, stellte den inhaltlichen Kern unseres Projektes dar. Darin haben wir zunächst das bestehende Material überarbeitet. Im Einzelnen haben wir die einzelnen Elemente gegebenenfalls aktualisiert und inhaltlich aufeinander abgestimmt. Auch den Sprachstil haben wir homogenisiert und dabei versucht, nicht nur die Verständlichkeit zu erhöhen, sondern durchgängig einen freundlichen, zugewandten Tonfall zu realisieren. Weiterhin war uns eine Optimierung der Übersichtlichkeit beispielsweise durch eine klare Gliederung ebenso wichtig wie ein einheitliches, professionelles Layout, an dessen Umsetzung die Pressestelle der DRV Westfalen maßgeblich beteiligt war.

Die bereits angesprochene Informationslücke hinsichtlich maßgeblicher Konzepte und zu erwartender Inhalte der Reha haben wir durch die Entwicklung eines Satzes neuer Broschüren geschlossen. Um eine breite Informationstiefe bei gleichzeitig schlankem Äußeren und damit eine hohe Passgenauigkeit zu erreichen, haben wir fünf getrennte Broschüren erstellt, die jeweils auf die Patienten einer der definierten

---

<sup>6</sup> Diese waren Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Patienten nach Gelenkersatz, Patienten nach Operationen an der Wirbelsäule, Patienten mit Verschleiß und Patienten nach Amputationen.

Hauptdiagnosegruppen zugeschnitten sind. In ihnen werden grundlegende Kenntnisse über die jeweilige Erkrankung und allgemeine Behandlungsansätze ebenso vermittelt wie Informationen über basale Konzepte der modernen Rehabilitation und die zu erwartenden Inhalte der Maßnahme. Auf diese Weise sollen die Patienten gezielt darin unterstützt werden, schon frühzeitig ein solides Wissen aufzubauen und realistische Erwartungen an die Reha zu entwickeln. Weiterhin haben wir in den Broschüren jeweils die wichtigsten Stationen am Anreisetag vorgestellt, einen modellhaften Behandlungsplan präsentiert und auf Möglichkeiten der Nachsorge hingewiesen, um den Patienten durch möglichst große Transparenz einen Teil ihrer anfänglichen Unsicherheit zu nehmen.

Beim Schreiben haben wir uns an den bereits dargestellten Prinzipien der Einheitlichkeit in Sprache und Layout im Vergleich zu den anderen Materialien und der guten Verständlichkeit im Sinne des Hamburger Verständlichkeitskonzeptes orientiert. Da diese Broschüren wie auch der Hausprospekt im Unterschied zum Anschreiben und zu den Fragebögen keine „Pflichtlektüre“ sind, haben wir uns darüber hinaus bemüht, einen hohen Aufforderungscharakter zu erzielen. Dazu durften wir im Sinne des Edutainment nicht nur die Bildungselemente in den Blick nehmen, sondern mussten erreichen, dass bereits das Blättern in den Broschüren Spaß macht und zum echten, möglichst intensiven Lesen einlädt. So haben wir den Text immer wieder durch informative Grafiken durchbrochen und auf Kernaussagen sowie Schlagworte durch eine bebilderte Hervorhebung am Seitenrand aufmerksam gemacht. Weiterhin haben wir auf zwei spezielle Methoden des Edutainment, die Personalisierung und das Storytelling, zurückgegriffen. So haben wir in jeder Broschüre einen jeweiligen für die Diagnosegruppe prototypischen, gezeichneten Musterpatienten mit charakteristischem Namen eingeführt. Diese Musterpatienten stellen sich zu Beginn der Broschüre in wörtlicher Rede und mit Bild kurz vor und melden sich im Laufe des Textes immer wieder zu Wort. Auf diese Weise konnten wir die Broschüren nicht nur auflockern, sondern auch häufige Gedanken und Gefühle der angesprochenen Patientengruppe explizieren und im Text aufnehmen, ohne sie dem Leser direkt unterstellen zu müssen und somit eine konkrete und persönliche Sprache realisieren.

Da sich in der Bedarfsanalyse gezeigt hat, dass die Patienten in der Regel besonderen Wert auf gutes Print-Material legen und dieses deutlich stärker nutzen als die Klinik-Website, haben wir auf eine weitere Überarbeitung der Website verzichtet und lediglich dort lediglich die diagnosegruppenspezifischen Broschüren im pdf-Format hinterlegt<sup>7</sup>. Ebenso haben wir aus zwei Gründen auf die ursprünglich angedachte Entwicklung eines Informationsfilms verzichtet: Zum einen haben die Patienten in der Bedarfsanalyse einem solchen ebenfalls nur eingeschränktes Interesse entgegengebracht, zum anderen ist zeitgleich ein neuer Imagefilm der

---

<sup>7</sup> Während der Phase der Evaluation war dieser Bereich mittels Password geschützt, so dass nur die Patienten, die auch die diagnosegruppenspezifischen Broschüren als Print-Material erhalten haben, darauf zugreifen konnten.

Klinik mit eng verwandtem Inhalt erstellt in die Klinik-Homepage eingepflegt worden, so dass der Aufwand für einen zusätzlichen Film vermutlich in keinem Verhältnis zu seinem Nutzen gestanden hätte.

Aufgrund der vielfältigen positiven Rückmeldungen von Klinikmitarbeitern, Patienten und externen Lesern wie auch den sehr guten Bewertungen der Materialien in der Evaluation sind wir mit dem Resultat dieses Arbeitsschrittes sehr zufrieden, auch wenn der Aufwand dafür hoch war. Das vorhandene Material erwies sich als umfangreicher als zunächst angenommen, und die Grenzen der Überarbeitungsmöglichkeiten aufgrund verschiedener Erfordernisse des Klinikalltags machten die inhaltliche Abstimmung der einzelnen Unterlagen aufeinander schwierig. Zusätzlich gestaltete sich das Verfassen der diagnosegruppenspezifischen Broschüren aufwändig, da wir uns entschlossen haben, die Entwicklung der grundsätzlichen Form und des Aufbaus wie auch die Auswahl und Darstellung der Inhalte weitgehend den Projektmitarbeiterinnen zu überlassen. Beide haben zwar eine akademische, aber keine medizinische Ausbildung, so dass es ihnen leichter fallen dürfte als „medizinischen Profis“, sich in die Patienten mit ihren Interessen und vor allem ihrem begrenzten Kenntnisstand hineinzusetzen. Nur zu Beginn gab der ärztliche Direktor einige inhaltliche Anstöße und stand dann für Rückfragen und Korrekturen bereit. Diese Entscheidung hatte recht lange Einarbeitungs- und Schreibzeiten zur Folge, führte jedoch dazu, dass die Broschüren durchgängig von allen Seiten nicht nur für die Inhalte, sondern auch für die verständliche und interessante, insgesamt trotz des recht großen Umfangs kurzweilige Darstellung gelobt worden sind.

## **9.6 Schritt 4: Die Evaluation**

In unserem vierten Arbeitsschritt, der Evaluation, haben wir in einer prospektiven randomisierten Kontrollgruppenstudie die Effekte des Einsatzes der diagnosegruppenspezifischen Broschüren als dem stärksten Teil unserer Intervention in den Blick genommen. Im Einzelnen haben wir gefragt, (1) inwieweit sich eine verbesserte Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Reha (1a) auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha und (1b) auf den Reha-Erfolg auswirkt, und (2) auf den Arbeitsalltag des Klinikpersonals auswirkt. Dazu wurden im ersten Halbjahr 2014 alle Patienten bis auf Versicherte der DRV-Bund, deren Unterlagen zur Anmeldung der Reha in die Klinik Münsterland gekommen sind, innerhalb ihrer Diagnosegruppe randomisiert und um ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Die Kontrollgruppenpatienten wie auch die Patienten, die keiner der fünf Hauptdiagnosegruppen angehörten und deshalb nicht zu randomisieren waren,

wurden mit dem bereits überarbeiteten Standardmaterial versorgt; die Studiengruppenpatienten bekamen zusätzlich die zu ihrer Reha-relevanten Diagnose passende diagnosegruppenspezifische Broschüre und das Password für den entsprechenden Bereich auf der Website der Klinik zugeschickt. Die Patienten aller Gruppen erhielten zusammen mit oder kurz nach der Einladung zur Reha (t0); in der Woche nach der Anreise (t1) und am Ende der Reha (t2) einen projektspezifischen Fragebogen, der im Kern an den QM-Fragebogen der DRV angelehnt war. Die aufnehmenden Ärzte und die Bezugsphysiotherapeuten wurden gebeten, für jeden im Erhebungszeitraum anreisenden Patienten dessen Informationsstand über seine Erkrankung und die zu erwartende Behandlung einzuschätzen. Weiterhin sollten sie raten, ob der jeweilige Patient das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat oder nicht. Nach dem Ende der Datenerhebung wurden Angehörige der Berufsgruppen, die auch an der Bedarfsanalyse teilgenommen hatten, mündlich nach wahrgenommenen Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag seit Beginn der Datenerhebung befragt.

In der Zeitraum der Erhebung konnten wir 1557 Patienten registrieren, die damit potenzielle Studienteilnehmer waren; die patientenseitige Endauswertung beruhte im Kern auf den Daten von 510 Patienten, von denen vollständige Datensätze vorlagen und die entweder der Studien- oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden konnten. Darunter waren 293 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (39%), 151 Patienten nach Gelenkersatz (21%), 15 Patienten nach einer Operation an der Wirbelsäule (15%), 64 Patienten mit Verschleiß (9%) und 21 Patienten nach einer Amputation (3%).

Die Evaluation hat gezeigt, dass die Patienten das gesamte neue gedruckte Informationsmaterial, auch die diagnosegruppenspezifischen Broschüren, in hohem Ausmaß wahrgenommen, intensiv genutzt und ausgesprochen positiv bewertet haben. Es ist also davon auszugehen, dass der Mehraufwand von den Patienten durchaus toleriert wird, die zusätzliche Broschüre sie entgegen anfänglicher Befürchtungen nicht überfordert, sondern eher als nützlich und sinnvoll erlebt wird. Die Website der Klinik wurde hingegen in deutlich geringerem Ausmaß genutzt und auch deren Bewertungen lagen etwas hinter denen des Print-Materials. Die Patienten fühlten sich vor Reha-Beginn gut informiert und bestätigten diese Einschätzung auch zu den anderen beiden Messzeitpunkten. Entgegen unserer Annahmen ließen sich in diesem Fragenkomplex so gut wie keine signifikanten Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe nachweisen.

Methodisch könnten Selektions- und Deckeneffekte, aber gerade bei Bewertungsfragen auch Effekte sozialer Erwünschtheit für einen Teil der für uns überraschenden Ergebnisse verantwortlich sein. Inhaltlich spricht die hohe Intensität der Nutzung der Materialien zum einen für die Attraktivität des Materials, zum

anderen aber auch dafür, dass die Patienten vor der Reha durchaus ein starkes Bedürfnis nach Information haben. Offenbar wird diesem hinreichend begegnet – und zwar in beiden Gruppen. Dieses führt uns zu der Vermutung, dass sie möglicherweise bereits aus anderen Quellen viele Informationen erhalten und wir die Bedeutung von Informationsmaterial von Seiten der Klinik einfach überschätzt haben. Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass sich viele Fragen erst aus der Beschäftigung mit einem Thema ergeben und den Kontrollgruppenpatienten gar nicht in erheblichem Ausmaß klar geworden ist, über welche Informationen sie vor der Reha noch nicht verfügen haben.

Zu Projektbeginn waren wir davon ausgegangen, dass eine differenziertere Information der Patienten über die Inhalte der Reha deren Erwartungen an die Maßnahme verändert und diese realistischer ausfallen lässt. So sollten die diagnosegruppenspezifischen Broschüren unter anderem dazu beitragen, über die Darstellung moderner rehabilitativer Behandlungsansätze die Erwartung eines Programms mit Fokus auf Erholung und Entspannung zu reduzieren und die Patienten statt dessen frühzeitig auf den Erhalt eines leitlinienorientierten, eher aktiven trainierenden Programms vorzubereiten. Tatsächlich konnten wir entsprechende Effekte hinsichtlich der Erwartungsmodulation tatsächlich in geringem Ausmaß finden, denn die Studiengruppenpatienten gingen zwar ebenso wie die Kontrollgruppenpatienten davon aus, in erster Linie „klassische“ Therapien der orthopädischen Reha zu erhalten, schrieben aber vor allem der Einzelkrankengymnastik und den physikalischen Anwendungen ein geringeres Hilfe Potenzial zu als die Kontrollgruppenpatienten. Stattdessen setzten sie größere Hoffnungen auf Leistungen, die direkt mit Teilhabe in Verbindung stehen, wie arbeitsbezogene Hilfen, Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln und Ergotherapie. So zeigte sich in den Ergebnissen nicht nur, dass die Patienten die einzelnen Leistungen offenbar unterschiedlich gut kennen, sondern auch, dass die Vorstellung gerade der weniger bekannten Maßnahmen und die Aufklärung über den Charakter der modernen Rehabilitation tatsächlich Erwartungen in begrenztem Ausmaß verändert.

In der Frage der Realitätsnähe der Erwartungen haben wir mit verschiedenen Messmethoden unterschiedliche Ergebnisse erzielt: Indirekte Messungen haben kaum Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe ergeben, lediglich in Bezug auf den Erhalt von Sport- und Bewegungstherapie entsprachen die Erwartungen der Studiengruppenpatienten in höherem Ausmaß ihren Berichten über den tatsächlichen Erhalt. In der direkten Frage „War Ihre Reha so, wie Sie es erwartet hatten?“ hingegen zeigten sich die Studiengruppenpatienten entgegen der Theorie den Kontrollgruppenpatienten signifikant unterlegen.

Vermutlich hat die differenziertere Vorab-Information dazu geführt, dass die Studiengruppenpatienten sowohl umfangreichere als auch konkretere Erwartungen

ausgebildet haben als die Kontrollgruppenpatienten und ihnen Abweichungen davon stärker aufgefallen sind, so dass sie im allgemeinen Rückblick eine geringere Erwartungskonformität der Maßnahme angegeben haben.

Laut Theorie sind Reha-Ziele von Patienten eng mit deren Erwartungen an die Maßnahme verknüpft, so dass eine Erwartungsmodulation möglicherweise auch Anzahl und Art der ausgebildeten Ziele verändern kann. Die Auswertung der freitextlich zu t0 erfassten Ziele ergab, dass die Patienten beider Gruppen pro Person im Schnitt vergleichbar viele, nämlich etwa 2 Ziele angegeben haben. Diese rankten sich vor allem um die für orthopädische Rehabilitanden typischen Themen Schmerzreduktion / Schmerzfreiheit, Verbesserung von Beweglichkeit und Mobilität, überraschend häufig aber auch um die Rückkehr ins Arbeitsleben. Studien- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant in der Häufigkeit, mit denen ihre Ziele einer von 26 Kategorien zugeordnet werden konnten. Betrachtet man jedoch die Unterschiede in den Häufigkeiten der einzelnen Kategorien in den beiden Gruppen, so deutet sich an, dass die Studiengruppenpatienten etwas konkretere und insgesamt aktivere und stärker teilhabeorientierte Ziele angegeben haben, die einen Blick nach vorn belegen, während die Kontrollgruppenpatienten häufiger eher allgemeinere Ziele benannt haben, die etwas weniger dynamisch wirkten.

Offenbar wiederholte sich in den Reha-Zielen tatsächlich das Bild der in den Erwartungen gefundenen leichten Unterschiede, so dass auch hier Hinweise auf einen stärkeren Fokus der Studiengruppe auf Training und Teilhabe zu finden waren.

Unser erstes Hauptzielkriterium in der Evaluation war die Zufriedenheit mit der Reha am Ende der Maßnahme. Grundsätzlich äußerten die Patienten eine sehr hohe Zufriedenheit, wobei die Studiengruppenpatienten alle abgefragten Bereiche mit Ausnahme der Pflege im Schnitt etwas weniger gut bewerten als die Kontrollgruppenpatienten. Dabei vergaben sie ebenfalls nur selten schlechte Noten; vielmehr urteilten sie in der Regel weniger oft extrem positiv und wählten stattdessen häufiger die gemäßigt-positiven bis mittleren Antwortalternativen der Skalen aus.

Auch diese Ergebnisse lassen sich darüber erklären, dass die diagnosegruppenspezifischen Broschüren nicht nur falsche Erwartungen einer „Kur“ reduzieren, sondern im Gegenzug neue Erwartungen wecken, schärfen und konkretisieren, die ebenfalls aus medizinischen, organisatorischen oder sonstigen Gründen nicht immer erfüllt werden. Scheinbar nimmt damit der Umfang unrealistischer Erwartungen und damit auch Unzufriedenheit nicht wie vermutet, ab, sondern es verlagert sich lediglich deren Inhalt von einer Zeit der Erholung und Entspannung auf eine multimodale, ganzheitliche Therapie mit deutlichen Effekten auf die Teilhabefähigkeit der Patienten.

Unser zweites Hauptzielkriterium war der Reha-Erfolg der Patienten. In unserer zugrunde gelegten Argumentationskette haben wir angenommen, dass eine Verbesserung der Vorab-Informationen zu einer größeren Realitätsnähe der Erwartungen an die Maßnahme führt. Diese wiederum sollte mit weniger Enttäuschungen und dadurch begründet einer größeren Zufriedenheit einhergehen, die sich in einer größeren Compliance niederschlägt und so zu einem größeren Reha-Erfolg führt. Operationalisiert haben wir den Reha-Erfolg über den IRES-min und den SPE. In beiden Instrumenten zeigten sich signifikante positive Effekte der Reha über die Zeit. Die Interaktionseffekte deuteten eine leichte Überlegenheit der Studiengruppenpatienten an; sie blieben jedoch durchweg unter der Signifikanzgrenze, so dass wir nur einen sehr geringen Einfluss der diagnosegruppenspezifischen Broschüren auf den Reha-Erfolg verzeichnen konnten.

Methodische Gründe für die zum Nachweis einer Signifikanz zu geringen Unterschiede in der Entwicklung beider Gruppen könnten in der zum einen in der gegenüber der Power-Analyse geringeren Anzahl Probanden, zum anderen in einer zu geringen Sensitivität der Instrumente zu finden sein. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass unsere Intervention angesichts der Komplexität der Reha einfach zu schwach war, um einen maßgeblichen Einfluss auszuüben.

In der mitarbeiterseitigen Evaluation zeigte sich in den von den Ärzten und Therapeuten ausgefüllten Formularen, die Angehörigen beider Berufsgruppen den Patienten, die das diagnosegruppenspezifische Material erhalten haben, keinen besseren Kenntnisstand in Bezug auf ihre Erkrankung oder die in der Klinik Münsterland zu erwartende Behandlung bestätigten. Beide Patientengruppen waren für die Mitarbeiter nicht zu unterscheiden, wie die mäßigen Trefferquoten von 52 und 58% in der Frage „Glauben Sie, dass der Patient das diagnosegruppenspezifische Material erhalten hat?“ gezeigt haben.

In den nach Beendigung der Datenerhebung mit den Mitarbeitern geführten Gesprächen berichteten verschiedene Mitarbeiter Veränderungen in ihren Arbeitsabläufen, jedoch kaum Veränderungen im Kontakt mit den Patienten. Sie berichteten, dass Patienten in Einzelfällen positiv über die Broschüren berichteten, aber auch Abweichungen ihres Therapieplanes von der dargestellten Behandlungsweise angesprochen haben. Auffällig war weiterhin, dass Patienten vermehrt den Arztbogen mit den anderen Unterlagen gemeinsam zurückgeschickt haben, statt ihn zur Aufnahme mitzubringen, und dass sich immer wieder Anrufer danach erkundigten, ob ihr Arzt den Arztbogen ausfüllen soll oder ob das ihre Aufgabe sei.

Überrascht und auch ein bisschen erschreckt hat und, dass wir in den Gesprächen mit den Mitarbeitern mehrfach erfahren haben, dass ihnen die Broschüren trotz intensiver Bemühungen um eine Verbreitung unter den Mitarbeitern der Klinik gar nicht bekannt sind, sie diese aber sehr interessant finden und sie gern einmal sehen

würden. Auf dieser Basis können die Mitarbeiter die Broschüre natürlich gar nicht produktiv in ihrem Arbeitsalltag einsetzen und auch die in der Evaluation gestellte Frage, ob sie meinen, dass ein Patient das Material erhalten hat oder nicht, kaum beantworten.

Die Mitarbeiter selbst haben zum Teil selbst plausible Gründe für das Ausbleiben der erwarteten Effekte auf ihrer Seite angeführt. Diese reichten von der Auskunft, dass Patienten aus verschiedenen Gründen durchaus nicht immer zeigen, was sie wissen, bis zu vermuteten Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitseffekten auf ihrer Seite. Weiterhin sind aus unserer Sicht zwei weitere mögliche Ursachen anzunehmen: Zum einen haben in der Zeit der Datenerhebung nur weniger als die Hälfte der Patienten das diagnosegruppenspezifische Material erhalten, so dass in der Gesamtheit der Patienten auch nur weniger als die Hälfte des Effektes aufgetreten sein kann. Zum zweiten sollten die Mitarbeiter einen Vergleich zu einer Zeit ziehen, die bereits mehr als ein halbes Jahr vergangen war. Es ist anzunehmen, dass im Laufe dieser Zeit die Erinnerung bereits an Präzision verloren hat und deshalb kleinere Effekte nicht mehr wahrgenommen werden konnten.



## 10. Implikationen für die Praxis

Aus der Beschäftigung mit dem vorliegenden und dem neuen Informationsmaterial sowie aus den Ergebnissen der Evaluation haben sich vielfältige Implikationen des Projektes für die Praxis ergeben; diese sollen im Folgenden kurz umrissen werden.

- **Der Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren sollte als neuer Standard der Klinik beibehalten werden.**

Sowohl die im Rahmenkonzept der DRV zur medizinischen Rehabilitation 2009 formulierte Forderung als auch die vielfältigen positiven Rückmeldungen, die wir im Rahmen des Projektes Re.In zu den diagnosegruppenspezifischen Broschüren erhalten haben, legen nahe, den Einsatz dieser Broschüren zum klinikinternen Versorgungsstandard werden zu lassen. Dieser Schritt ist direkt nach dem Ende der Datenerhebung realisiert worden. Die dafür notwendigen Änderungen einzelner Arbeitsabläufe für Mitarbeiter wurden zeitnah in das QM-Handbuch aufgenommen und werden zurzeit ohne Schwierigkeiten im Alltag umgesetzt. So können wir eine Fortführung der momentanen Praxis bis auf weiteres vorbehaltlos empfehlen.

- **Wichtige Voraussetzungen für den ertragreichen Einsatz des diagnosegruppenspezifischen Informationsmaterials sollten im Klinikalltag realisiert werden.**

Die Evaluation hat einige überraschende Ergebnisse gebracht, die auf wichtige Voraussetzungen für einen ertragreichen Einsatz der diagnosegruppenspezifischen Broschüren hinweisen. Diese sollten im Klinikalltag in möglichst hohem Ausmaß realisiert werden:

- Die Broschüren sollten im Gesamtteam gut bekanntgemacht werden, das gilt auch für neue Mitarbeiter. Denkbar ist die Information einer Vielzahl der momentanen Mitarbeiter durch eine spezielle Schulung, beispielsweise im Rahmen der regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fortbildung, die für alle Klinikmitarbeiter offen ist. Die Verantwortung für die Information der dort nicht anwesenden oder neuen Mitarbeiter sollte der Praktikabilität halber bei den jeweiligen Abteilungsleitern liegen. Selbstverständlich sollten die Broschüren an einem allen Mitarbeitern der jeweiligen Abteilung gut zugänglichen Ort ausgelegt werden.
- Die Inhalte der Broschüren können und sollen durchaus von den Mitarbeitern der Klinik den Patienten gegenüber thematisiert werden, wenn es sinnvoll erscheint. So kann der Informationsstand der Patienten beleuchtet und als gemeinsame Gesprächsgrundlage definiert werden.

- Erwartungen, die durch die Broschüren geweckt werden, vor allem Erwartungen an die ganzheitliche Behandlung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, an die Teilhabeorientierung und an die Orientierung der Behandlung an persönlichen Reha-Zielen, sollten möglichst eingelöst werden.
- Wird beispielsweise aus medizinischen Gründen von dem in den Broschüren geschilderten Vorgehen abgewichen, sollte die Veränderung des Vorgehens dem Patienten frühzeitig überzeugend erklärt werden. Hierfür besonders geeignet sind vermutlich die ärztlichen Aufnahme oder die Visiten.
- **Das weitere Informationsmaterial sollte bei Bedarf unter Beibehaltung zentraler Merkmale zeitnah aktualisiert werden.**

Das von uns lediglich überarbeitete Material wurde direkt im Anschluss an unsere Umgestaltung wieder in die Hand der Klinik gegeben, die nun weitere gewünschte Veränderungen in Eigenregie vornimmt. Im Sinne eines schlüssigen Gesamtkonzeptes wäre es ausgesprochen wünschenswert, wenn dabei zentrale Merkmale beibehalten würden. Dazu gehören vor allem

- das einheitliche, ansprechende Äußere,
- und eine gute Verständlichkeit sowie eine leichte Lesbarkeit durch eine ausgewogene, freundliche und persönliche Sprache sowie eine übersichtliche Gliederung,
- die inhaltliche Abstimmung zwischen allen Materialien.

Auch diese Implikation für die Praxis wurde bereits kurz nach der Überarbeitung des Materials umgesetzt: Veränderungen in Räumlichkeiten und Abläufen haben bereits mehrfach eine Aktualisierung der verwaltungsseitigen Materialien nötig gemacht, und auch der Arztbogen wurde von Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes noch einmal an die konkreten Bedürfnisse vor allem der Assistenzärzte angepasst und so in seiner Funktion als Werkzeug weiter optimiert.

- **Dem Print-Material sollte momentan noch eine größere Bedeutung beigemessen werden als der Website; für diese sollte jedoch auch im Print-Material stärker geworben werden.**

Sowohl die Bedarfsanalyse als auch die Evaluation haben gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Patienten momentan erheblich lieber das Print-Material nutzt als die Website der Klinik zu besuchen. Diese Tatsache sollte sich darin niederschlagen, dass auch von Klinikseite dem Print-Material zurzeit noch die höchste Bedeutung beigemessen wird.

Sollen Patienten zukünftig dazu angeregt werden, die Website stärker zu frequentieren, ist es sicherlich sinnvoll, in den Print-Unterlagen deutlich für die

Website zu werben, indem beispielsweise explizit auf weiterführende Inhalte wie den Klinik-Film oder die online gestellten Broschüren hingewiesen wird. Für eine hohe Attraktivität der Seite ist eine konsequente Pflege und Überprüfung der Inhalte auf Relevanz und Aktualität ebenso nötig wie eine übersichtliche und ansprechende Gestaltung, die durchaus auch informative Abbildungen enthalten und damit die bisherige starke Textlastigkeit entschärfen kann. Schön wäre es, (a) wenn auf der Website bereits im normalen Text und nicht nur in hinterlegten pdfs auch Informationen über Inhalte der Reha vermittelt würden, (b) wenn die Texte etwas konkreter und anschaulicher wären und (c) wenn klare Ungereimtheiten wie Rechtschreibfehler oder Inkonsistenzen zwischen Überschrift und Text<sup>8</sup> oder und Bild<sup>9</sup> ausgeräumt würden. Denkbar wäre auch eine Ergänzung um interaktive Elemente wie beispielsweise einer Plattform, auf der sich Patienten austauschen können, einem Reha-Quiz oder einer Liveonline-Fragestunde als Möglichkeiten, die Website abwechslungsreicher und patientenzentrierter zu gestalten und so die Nutzungsmotivation zu erhöhen.

- **Das Print-Material selbst sowie der Umgang damit könnte gegebenenfalls noch weiter optimiert werden.**

Aus den Gesprächen mit den Klinikmitarbeitern nach Abschluss der Datenerhebung bei den Patienten haben wir einige konkrete Anregungen aus Mitarbeitersicht dafür bekommen, wie der Einsatz des neuen Materials weiter optimiert werden könnte.

- Aufgrund des neuen einheitlichen Designs scheinen die Patienten mehr Schwierigkeiten zu haben, die einzelnen Dokumente des Print-Materials voneinander zu unterscheiden. Dieses Problem könnte man beispielsweise dadurch entschärfen, dass das einheitliche Design grundsätzlich aufrechterhalten wird, auf den Deckblättern jedoch unterschiedliche Farben zum Einsatz kommen. (Anmerkung: Noch eindeutiger wären vielleicht unterschiedliche Bilder bei ansonsten gleichem Äußeren.)
- Immer wieder fragen Patienten in der Patientenverwaltung nach, ob ihr Arzt den Arztbogen ausfüllen soll. Vielleicht wäre es eindeutiger, ihn beispielsweise in „Fragebogen zu Ihrer Gesundheit“ umzubenennen.
- Aufgrund des erhöhten Ressourcenverbrauchs durch die zusätzlichen Druckerzeugnisse wäre es wünschenswert, möglichst bald auf eine rein elektronische Versorgung der Patienten mindestens mit den diagnosegruppenspezifischen Broschüren umzusteigen. Eine Übersendung per Mail oder ein reiner Hinweis auf die Broschüren als pdfs auf der Klinik-Homepage im Print -Material könnten dazu geeignete Wege sein.

---

<sup>8</sup> Beispielsweise werden auf der Seite „Diagnostik“ auch Therapien vorgestellt.

<sup>9</sup> So ist auf der Seite „Psychosoziale Betreuung“ neben dem Abschnitt über das psychologische Angebot ein EFL-Foto zu sehen, unter „Spezielle Schmerztherapien“ findet man ein Foto, das eher an ein EKG erinnert.

(Anmerkung: Dieses Ziel kann unserer Meinung nach aufgrund der deutlich eingeschränkten Nutzungsquote der Website momentan zeitlich nur in deutlicher Ferne liegen.)

- **Die Filme im Patienten-TV sollten einer kritischen Überprüfung durch die Verantwortlichen der Klinik unterzogen werden.**

Wir haben es sehr begrüßt, einen TV-Kanal auf den Zimmern zu finden, auf dem sich die Patienten während ihrer Freizeit weitergehend eigenständig über orthopädisch relevante Themen informieren können. Unserer Einschätzung nach könnte dieses Angebot durch einige Veränderungen noch optimiert werden. Dabei betreffen unsere Anregungen sowohl die Auswahl der Filme als auch die Usability des Angebotes.

#### **Auswahl der Filme:**

- Momentan besteht ein starker Schwerpunkt auf der Behandlung von Rückenproblemen, vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule. Diese inhaltliche Beschränkung halten wir für ungünstig, es sollten möglichst auch Kernthemen der anderen Diagnosegruppen filmisch aufbereitet zur Verfügung gestellt werden. Beispielsweise informiert das Video „Step by Step“ der Firma Otto Bock sehr gut über das Leben nach Amputationen und wäre gegebenenfalls auch im Patienten-TV der Klinik Münsterland einsetzbar.
- Die Filme in der Endlosschleife sollten auf Relevanz, inhaltliche Korrektheit und journalistische Qualität überprüft und gegebenenfalls ersetzt werden. Denkbare Ergänzungen und Alternativen wären Beiträge aus wissenschaftsjournalistischen Reihen wie „Quarks & Co.“ oder „da Vinci – Faszination Mensch“, wobei für den Einsatz solcher bereits existierender Filme die entsprechenden Nutzungsrechte erworben werden müssten.

Wir haben der Klinikleitung unsere subjektiven Bewertungen der momentan laufenden Filme ebenso zur Verfügung gestellt wie eine Liste gegebenenfalls interessanter Alternativen. Bisher wurde jedoch nach unserem Wissen das filmische Angebot im Patienten-TV nicht verändert.

- Möglicherweise wäre es auch sinnvoll, den Image-Film der Klinik in die Auswahl mit aufnehmen. Vermutlich hat ihn der Großteil der Patienten zu Hause noch nicht gesehen, so dass er für viele eine gute Möglichkeit bieten würde, sich gerade in den ersten Tagen in der Klinik einen zusätzlichen Überblick über das Haus und die dort vorgehaltenen Behandlungsmethoden zu verschaffen.

#### **Usability:**

- Es wäre schön, wenn die Endlosschleife aufgelöst würde und die präsentierten Filme über ein Menü gezielt angewählt werden könnten.

- Vermutlich würden die Filme stärker genutzt, wenn analog zu den Präsentationen in Fernsehzeitschriften kurze schriftliche Zusammenfassungen der Filme erstellt würden und diese beispielsweise im Heft A-Z, in dem die Fernsehsender bereits aufgelistet sind, zu finden wären oder als Extraheft neben dem Fernseher liegen würden.

Zurzeit laufen noch die alten Filme in der Endlosschleife. Es wird jedoch daran gearbeitet, die technischen Voraussetzungen für eine Verbesserung der Übertragung von der Quelle zu den einzelnen Fernsehgeräten zu schaffen, so dass zumindest mit einer in absehbarer Zeit besseren Bild- und Tonqualität zu rechnen ist. Dann ist grundsätzlich auch die Einspeisung neuer Filme möglich, wobei auf Beiträge der bekannten Wissenschaftssendungen vermutlich wegen der relativ hohen Lizenzgebühren verzichtet werden muss. Welche Filme stattdessen denkbar und gewünscht sind, wird zu gegebener Zeit zwischen dem ärztlichen Direktor und der Verwaltung besprochen werden. Die Möglichkeit der direkten Anwählbarkeit wäre zwar wünschenswert, ist jedoch auch nur mit hohem technischen Aufwand zu realisieren, so dass es vermutlich bis auf weiteres bei dem Angebot der Endlosschleife bleiben wird.

- **Das Modellprojekt Re.In könnte tatsächlich als Modellprojekt dienen und eine solide Basis für die Entwicklung ähnlichen Materials für andere Kliniken oder sogar weitere Indikationsbereiche darstellen.**

Das Projekt Re.In gestaltete sich in der realisierten Differenziertheit recht aufwändig. Sollte aufgrund der positiven Rückmeldungen zu den Broschüren von allen Seiten Interesse daran bestehen, weitere Kliniken der gleichen oder anderen Indikationen mit ähnlichem Material zu versorgen, ließen sich solche Vorhaben auch unter Beibehaltung des Kernkonzeptes auf der Basis der nun vorhandenen Erfahrungen deutlich schlanker und damit kostengünstiger gestalten. Im Einzelnen würden wir zur Beachtung folgender Punkte raten:

- Das einheitliche, professionelle Layout aller Materialien ist bei den meisten Lesern sehr gut angekommen; dieses sollte möglichst auch weiterhin realisiert werden. Ob das gesamte Material zu überarbeiten ist oder eine reine Ergänzung des bestehenden Materials durch diagnosegruppenspezifische Broschüren ausreicht, muss im Einzelfall entschieden werden.
- Die Bedarfsanalyse könnte zumindest bei der Übertragung auf andere orthopädische Reha-Kliniken deutlich gestrafft und auf ein Gespräch mit der Klinikleitung, ein Gespräch mit Mitarbeitern der relevanten Abteilungen und gegebenenfalls ein Gespräch mit Patienten der Hauptdiagnosegruppen reduziert werden. Bei anderen Indikationen ist sicherlich jeweils bei der ersten Klinik ein etwas höherer Aufwand nötig, der sich dann bei der Übertragung auf weitere Kliniken aber wiederum reduzieren würde.

- Bei der Optimierung des Materials könnten die von uns eingesetzten Strategien für Aufbau und Inhalt der Broschüren übernommen werden, im Falle weiterer orthopädischer Reha-Kliniken sogar konkrete Inhalte, was den Entwicklungsaufwand erheblich senken würde.
- Weiterhin könnte dieser Schritt durch einen stärkeren anfänglichen Input durch den ärztlichen Leiter der Klinik vereinfacht werden. Die konkrete Entwicklung der Texte würden wir jedoch bei qualifizierten, aber fachfremden Mitarbeitern belassen, da sich diese vermutlich besser in die Patienten mit ihrem begrenzten Kenntnisstand hineinversetzen können als „medizinische Profis“. Ein enger Austausch möglichst mit dem medizinischen Leiter der Klinik oder einem kompetenten Vertreter ist zur Sicherung der inhaltlichen Korrektheit jedoch unerlässlich.
- Für eine eventuelle Evaluation stehen geeignete Basisinstrumente zur Verfügung, die lediglich gegebenenfalls noch angepasst werden müssten. Ob und in welchem Umfang eine solche durchgeführt werden soll, muss ebenfalls im Einzelfall entschieden werden. Unsere Evaluation hat uns wie berichtet auf verschiedene Stolpersteine aufmerksam gemacht und zu wichtigen Implikationen für die Praxis. Von daher empfehlen wir zumindest eine basale wissenschaftliche Begleitung der Einführung erheblich veränderten Informationsmaterials.

Insgesamt sollte es gut möglich sein ein zu Re.In analoges Vorhaben ab der zweiten Klinik des gleichen Indikationsbereiches mit erheblich geringerem Aufwand durchzuführen, so dass wir an dieser Stelle ausdrücklich dazu ermutigen möchten.

Wir hoffen, der Klinikleitung und vielleicht auch anderen Lesern mit dieser Auflistung konkreter Verbesserungsvorschläge hilfreiche Anregungen gegeben zu haben. Die Entscheidung für oder gegen die Realisierung jedes einzelnen dieser Punkte liegt natürlich nicht in unserer Hand, sondern muss durch jeweiligen Verantwortlichen getroffen werden.

## 11. Fazit

Insgesamt erwies sich das Projekt Re.In als ehrgeiziges Vorgehen, das im Verlauf einige unerwartete Hürden und Hindernisse mit sich brachte und aus verschiedenen Gründen den ursprünglich geplanten Aufwand deutlich überstiegen hat. Dennoch ist es uns gelungen, die Kernfeatures so zu realisieren, dass wir das Projekt letztlich sehr erfolgreich beenden konnten.

Dabei hat sich sowohl die Unterteilung des Projektes in die berichteten vier Arbeitsschritte als auch die Ausgestaltung jedes einzelnen als ausgesprochen sinnvoll und zielführend erwiesen. Nimmt man die verschiedenen Rückmeldungen ernst, ist dabei vor allem das neu entstandene Informationsmaterial, besonders geprägt durch die diagnosegruppenspezifischen Broschüren, ein gelungenes Resultat unserer Arbeit. Die Evaluation hat sich trotz der überraschenden Ergebnisse als aufschlussreich erwiesen, da in den Daten spezifische Probleme unseres Vorgehens und damit zugrundeliegende Denkfehler deutlich geworden sind und zu wertvollen Implikationen für die Praxis geführt haben. Wir hoffen sehr, dass diese von den maßgeblichen Stellen wahr- und ernstgenommen werden und tatsächlich Einzug in die Praxis halten, so dass die dem Material inhärenten Chancen auch im Sinne der Patienten genutzt werden können. Unter diesen Bedingungen sollte der Einsatz diagnosegruppenspezifischer Informationsbroschüren unbedingt beibehalten und möglichst auch in anderen Kliniken realisiert werden.

*„Tatsächlich war Re.In als Forschungsprojekt besonders nah an der Praxis. Und deshalb hat es mit auch so gut gefallen. Ich hoffe sehr, dass der zweifellos erfolgversprechende Ansatz trotz der auf den ersten Blick enttäuschenden Ergebnisse in der Evaluation ausreichend Zustimmung findet und die Implikationen für die Praxis umgesetzt werden.*

*Meiner Meinung nach sollten die diagnosegruppenspezifischen Broschüren auch langfristig eingesetzt werden und den bisher sehr angetanen Patienten nicht nur den Start in die Reha sondern auch in ein gesünderes Leben erleichtern.*

*Vielen Dank, dass ich diesen Bericht mit lesen und meine Meinung dazu sagen durfte – ich habe viel dabei gelernt!*

*Viele Grüße,  
Ihr und Euer Willi Wissenschaft“*



## 12. Literatur

- Aldridge, M.D. (2004). Writing and designing readable patient education materials. *Nephrology Nursing journal*, 31, 4, S. 373-377.
- Bärtsch, A., Neyses, L., Greminger, P., Lüscher, T., Keller, U., Bachmann, L., Siegenthaler, W. & Vetter, W. (1983). Diaprogramm über Hypertonie und Adipositas: eine einfache Methode zur Patienteninformation. *Schweizerische medizinische Wochenzeitschrift*, 113, 50, S. 1929-1933.
- Bastian, H., Kaiser, T. & Matschewsky, S. (2005). Förderung allgemeiner Gesundheits- und Wissenschaftskennnisse mittels Bürger- und Patienteninformation: Die Rolle des IQWiG. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 99, 6, S. 379-385.
- Baum, T. (2005). 30 Minuten für gutes Schreiben. 2. Auflage. GABAL, Offenbach.
- Beinert, Wolfgang (2013). Corporate Design – Ursprung, Geschichte und Definition. Eintrag in Typolexikon.de. <http://www.typolexikon.de/c/corporate-design.html>; Letzter Zugriff: 08.20.2014.
- Bischoff, C. & Husen, E. (1999). Zufriedenheit von Patienten mit ambulanten prästationären Maßnahmen zur Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, S. 381-386.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer, Heidelberg.
- Bortz, J. & N. Döring (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2. Auflage), Springer, Berlin.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013a). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation – Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. *Rehabilitation*, 52 (02), S. 75-85.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013b). Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität eines Fragebogens zur Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation. Online-Publikation; *Rehabilitation*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349141>.
- Bundesgesetzblatt vom 15.02.2013. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9*, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. Abrufbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27\]\\_1410870679393](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_bgbl_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27]_1410870679393); Letzter Zugriff am 16.09.2014.
- Büschel, C., Dibbelt, S. & Greitemann, B. (2004). Patientenerwartungen – Prädiktoren für Reha-Erfolg und Krankheitsbewältigung? Poster auf dem 13.



Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium „Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation“ vom 08. Bis 10. März 2004 in Düsseldorf; Abstract: Tagungsband S. 467-468. [http://forschung.deutsche-  
rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_13\\_reha-  
kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_13_reha-<br/>kolloqu.pdf); Letzter Zugriff: 24.07.2014.

Cattelaens, K. (2003). Patienteninformation in der Deutschen Rheuma-Liga. Zeitschrift für Rheumatologie, 62, Suppl. 2, S. II41-II42.

Charité Universitätsmedizin Berlin; Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation (2014). Forschungsschwerpunkt „Patientenedukation“. [http://fpr.charite.de/forschung/therapieforschung/patientenedukation\\_bibliotherapie/](http://fpr.charite.de/forschung/therapieforschung/patientenedukation_bibliotherapie/); Letzter Zugriff: 16.09.2014.

Clark, R.P. (2009). Die 50 Werkzeuge für gutes Schreiben. Handbuch für Autoren, Journalisten und Texter. Autorenhaus Verlag, Berlin.

Deck, R., Richter, S. & Hüppe, A. (2009). Der ältere Patient in der Rehabilitation – Probleme und Bedürfnisse. Rehabilitation, 48, S. 326-334.

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. Website [www.wegweiser-  
arbeitsfaehigkeit.de](http://www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de); Letzter Zugriff 18.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 13. Auflage. [http://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenk  
onzept\\_medizinische\\_reha.pdf](http://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenk<br/>onzept_medizinische_reha.pdf); Letzter Zugriff: 05.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013a). Mit Rehabilitation wieder fit für den Job; 8. Auflage 03/2013; Nr. 300. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/0  
1\\_broschueren/01\\_national/mit\\_reha\\_fit\\_fuer\\_den\\_job.pdf?\\_blob=publicationFile&v  
=15](http://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/0<br/>1_broschueren/01_national/mit_reha_fit_fuer_den_job.pdf?_blob=publicationFile&v<br/>=15); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013b). Rehabilitation – Was erwartet mich dort? 13. Auflage 2013; Nr. B1002.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a). Rehabilitation für Kinder. 9. Auflage 04/2014; Nr. 303. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/0  
1\\_broschueren/01\\_national/rehabilitation\\_fuer\\_kinder.pdf?\\_blob=publicationFile&v  
=15](http://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/0<br/>1_broschueren/01_national/rehabilitation_fuer_kinder.pdf?_blob=publicationFile&v<br/>=15); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b). Medizinische Rehabilitation – Wie sie Ihnen hilft; 9. Auflage 06/2014; Nr. 301. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/0](http://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/0)

[1\\_broschueren/01\\_national/med\\_reha\\_wie\\_sie\\_ihnen\\_hilft.pdf?\\_blob=publicationFile&v=19](#); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014c). Reha und Rente für schwerbehinderte Menschen; 9. Auflage 07/2014; Nr. 501. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/01\\_broschueren/01\\_national/reha\\_und\\_rente\\_schwerbehinderte\\_menschen.pdf?\\_blob=publicationFile&v=18](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/reha_und_rente_schwerbehinderte_menschen.pdf?_blob=publicationFile&v=18); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014d). Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht; 9. Auflage 08/2014; Nr. 305. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/01\\_broschueren/01\\_national/entwoehnungsbehandlung.pdf?\\_blob=publicationFile&v=17](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/entwoehnungsbehandlung.pdf?_blob=publicationFile&v=17); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014e). Rehabilitation nach Tumorerkrankungen; 9. Auflage 08/2014; Nr. 304. Kostenloser Download unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/01\\_broschueren/01\\_national/rehabilitation\\_nach\\_tumorerkrankungen.pdf?\\_blob=publicationFile&v=15](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/rehabilitation_nach_tumorerkrankungen.pdf?_blob=publicationFile&v=15); Letzter Zugriff: 17.09.2014.

Dibbelt, S., Freund, S., Greitemann, B., Glattacker, M., Garbrecht, M., Ullrich, A. & Mittag, O. (2014). ParZivar II – Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation II: Optimierung der Implementierung durch individuelle Schulung und Begleitung von Behandlern. Unveröffentlichter Abschlussbericht des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney (IFR).

Drambyan, Y. & Mau, W: (2013). Gesundheit fördern – Arbeitsfähigkeit erhalten: Ein neuer webbasierter Wegweiser für Ärzte und Patienten. Vortrag am 11.12.2013 im Rahmen der Ringvorlesung „Rehabilitation“ im Wintersemester 2013/2014 am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Präsentation verfügbar unter [http://www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Ringvorlesung%202013/PPP\\_Ringvorlesung\\_11.12.2013\\_FINAL.pdf](http://www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Ringvorlesung%202013/PPP_Ringvorlesung_11.12.2013_FINAL.pdf); Letzter Zugriff: 18.09.2014.

Eurocom e.V. (2012). Beinamputation – Wie geht es weiter? Ein Ratgeber für Patienten. 2. Auflage 2012. [http://www.eurocom-info.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente\\_eurocom/pdf\\_Dokumente\\_eurocom/Publicationen/Ratgeber\\_Beinamputation.pdf](http://www.eurocom-info.de/fileadmin/user_upload/Dokumente_eurocom/pdf_Dokumente_eurocom/Publicationen/Ratgeber_Beinamputation.pdf); Letzter Zugriff: 25.09.2014.

Ferridge, M.-L. (2010). Das Medium Film als Informationsvermittler – Der Nutzen im Gesundheitswesen mit Blick auf die Pflege. <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2010/1122/pdf/WS.Pf.BA.10.1275.pdf>; Letzter Zugriff: 09.09.2014.

- Franck, N. (2011). Schreiben wie ein Profi. 5. Auflage. BUND-Verlag, Berlin.
- Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S. & Jäckel, W.H. (2005). Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Roderer Verlag, Regensburg.
- Glattacker, M., Farin-Glattacker, E., Quaschnig, K., Dibbelt, S., Bredehorst, M. (2014). Projekt „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarungen“. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Grande, G. & Romppel, M. (2004). Qualitätsberichterstattung in der Rehabilitation - Was die Akteure wissen und zu wissen wünschten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). 13. Rehawissenschaftliches Kolloquium „Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation“ vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. Tagungsband. DRV-Schriften, 52, S. 99-100. VDR, Frankfurt. Folien einsehbar auf [http://www.rehaforschung.de/folien/Duesseldorf\\_2004.pdf](http://www.rehaforschung.de/folien/Duesseldorf_2004.pdf); Letzter Zugriff 16.09.2014.
- Haase, C.M., Poulin, M. & Heckhausen, J. (2012). Happiness as a Motivator: Positive Affect Predicts Primary Control Striving for Career and Educational Goals. Personality and Social Psychology Bulletin, 38, 8, S. 1093-1104.
- Hafen, K. (2002). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. Dissertation. [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/677/pdf/DISSERTATION\\_KERSTIN\\_HAFEN.PDF](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/677/pdf/DISSERTATION_KERSTIN_HAFEN.PDF); Z Letzter ugriff: 14.07.2014.
- Helitzer, D., Hollis, C., Cotner, J., Oestreicher, N. (2009). Health literacy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center, 16, 1, S. 70-78.
- Hermann, M.C. (2009). Politische Weltbilder in der Mediendemokratie. Eine interdisziplinäre Analyse am Beispiel von Wahlkampfkommunikation. Klinkhardt.
- Höder, J. & Deck, R. (2012). Vor der Reha: Gibt es eine systematische, leichtverständliche Aufklärung zu wesentlichen Inhalten und Zielen der Rehabilitation? Poster auf dem 21. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium „Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen“ vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. Abstract im Tagungsband DRV-Schriften Band 98, S. 145-146.
- Höder, J. & Deck, R. (2014). Vorbereitung auf die Reha: Auswirkungen leichtverständlicher Informationen. Poster auf dem 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium „Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation“ vom 10. Bis 12. März 2014 in Karlsruhe. Abstract im Tagungsband DRV-Schriften Band 103, S. 231-232.
- Höder, J. (2013). Verständlich schreiben, verständlich sprechen. Wirksame Informationen für Rehabilitanden; Beispiele, Tipps und Forschungsergebnisse. Vortrag am 11.12.2013 im Rahmen der Ringvorlesung „Rehabilitation“ im

Wintersemester 2013/2014 am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Präsentation verfügbar unter [http://www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Ringvorlesung%202013/Ringvorlesung\\_Rehabilitation\\_Hoeder.pdf](http://www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Ringvorlesung%202013/Ringvorlesung_Rehabilitation_Hoeder.pdf); Zugriff: 09.09.2014.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Website [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de); Letzter Zugriff: 10.09.2014.

Jochem, R. & Geers, D. (2010): Was versteht man unter Wirtschaftlichkeit von Qualität? In: Jochem, R. (Hrsg.): Was kostet Qualität? Wirtschaftlichkeit von Qualität ermitteln. Hanser Verlag, München, S. 27-54.

Keith, R.A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 79, 9, S. 1122-1228.

Kimmel, K. (1972). Filme für die Patienteninformation. Quintessenz Journal, 2, 9, S. 41.

Kohlmann, T. & Buchholz, I. (2012). Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg. Abschlussbericht. [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Abchlussbericht+inkl++exekutive+Summary+Kohlmann+148.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Abchlussbericht+inkl++exekutive+Summary+Kohlmann+148.pdf)

Kühn, A. (2003). Reha-Motivation, Therapiemitarbeit und Reha-Erfolg. Abschlussbericht des Forschungsprojektes C4 des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt / Mecklenburg-Vorpommern. <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=F2DFB4F48559121C1256EA0004FF425>; Letzter Zugriff: 11.07.2014.

Langer, I., Schulz von Thun, F., & Tausch, R. (2011). Sich verständlich ausdrücken. 9. Auflage, Ernst Reinhardt, München.

Lenz, A. (2005). Einfluß auf das Krankenhausimage durch Patientenbroschüren am Beispiel der BILD-Studie in der Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg. Dissertation, Universität Heidelberg.

Masemann, S. & Messer, B. (2009). Improvisation und Storytelling in Training und Unterricht. Beltz, Weinheim.

Matter, P. (1994). Patienteninformation im Spital Davos. Zeitschrift für Unfallchirurgie und Versicherungsmedizin. Suppl. 1, S. 286-187.

Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Beltz, Weinheim.

Meyer, T., Brüggemann, S., Widera, T. (2008). Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RV aktuell 3/2008, S. 94-99

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C. & Raspe, H. (2008). Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung. Jacobsverlag, Lage.

Mittag, O & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zur Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation, 42, S. 169-174.

Münch, R., Sabri, A. & Altorfer, J. (1997). Erfahrungen mit einem computergestützten Konzept zur Patienteninformation in der gastroenterologischen Endoskopie. Praxis, 86, 34, S. 1296-1300.

Muschalla, B. & Linden, M. (2010). Bibliothherapie. Verminderte Symptombelastung und/oder Wissenszuwachs durch schriftliche Patienteninformationen? Poster auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatik und Psychotherapie – Chronische Krankheiten im Spannungsfeld zwischen molekularer Medizin und personaler Heilkunde. 17.-20. März 2010 in Berlin.

Nilsen, E.S.; Myrhaug, H.T.; Johansen, M.; Oliver, S. & Oxman, A.D. (2006). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004563. DOI: 10.1002/14651858.CD004563.pub2. This version first published online: July 19. 2006; Last assessed as up-to-date: October 20.2009.

Pawils, S. & Metzner, F. (2014). Wirksamkeit schriftlicher Informationsmaterialien auf die elterliche Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status: eine randomisiert kontrollierte Studie. Beitrag auf der 15. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. „Prävention zwischen Evidenz und Eminenz. Halle, 13.-15.03.2014.

Pohontsch, N. (2009). Arbeitsgruppe „Rehabilitationsziele“ auf dem Weg zum Projektantrag. vffr-news Nr. 5 aus dem Dezember 2009; S. 8; einsehbar unter [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/CF1DA084E492C979C125732B003D9BFF/\\$FILE/vffr-news+-+05+-+02-2009.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/CF1DA084E492C979C125732B003D9BFF/$FILE/vffr-news+-+05+-+02-2009.pdf); Letzter Zugriff: 16.09.2014.

Pohontsch, N.; Deck, R.; Höder, J.; Schönrock-Nabulsi, P. & Meyer, T. (2009). Der Rehabilitanden-Informationstag – Ein rehabilitandenzentriertes Programm zur Zielorientierung der medizinischen Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung“ vom 8. bis 11. März 2009 in Münster. Tagungsband. DRV-Schriften, 83, S. 60-61. VDR, Frankfurt. Folien einsehbar auf [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=02\\_Pohontsch.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=02_Pohontsch.pdf); Letzter Zugriff: 16.09.2014.

- Raspe, H. (2009). Change we need. *Rehabilitation*, 48, S. 47-50.
- Reinhardt, U. (2007). *Edutainment – Bildung macht Spaß*. BAT Freizeit-Forschungsinstitut. LIT Verlag, Hamburg.
- Romppel, M. & Grande, G. (2003). Rehabilitationsbezogene Qualitätskonzepte von Patienten, Ärzten und Sozialdienstmitarbeitern. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 12. Rehawissenschaftliches Kolloquium „Rehabilitation im Gesundheitssystem“ vom 10. bis 12. März 2003 in Bad Kreuznach. Tagungsband. DRV-Schriften, 40, S. 171-173. VDR, Frankfurt. Folien einsehbar auf [http://www.rehaforschung.de/folien/Bad\\_Kreuznach\\_2003.pdf](http://www.rehaforschung.de/folien/Bad_Kreuznach_2003.pdf); Letzter Zugriff 16.09.2014.
- Rudd, R.E., Kaphingst, K., Colton, T., Gregoire, J. & Hyde, J. (2004). Rewriting public health information in plain language. *Journal of health communication*, 9, 3, S. 195-206.
- Salzwedel, C., Marz, S., Bauer, M. & Schuster, M. (2008). Videoassistierte Patientenaufklärung in der Anästhesiologie: Möglichkeiten und Grenzen eines neuen Verfahrens zur Verbesserung der Patienteninformation. *Der Anästhesist*, 57, 6, S. 546-545.
- Sänger, S., Lang, B., Klemperer, D., Thomeczek, C. & Dierks, M.-L. (2006). *Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen*. Äzq Schriftenreihe Band 25.
- Scheffer, D. & Kuhl, J. (2006). *Erfolgreich motivieren. Mitarbeiterpersönlichkeit und Motivationstechniken*. Hogrefe, Göttingen.
- Scheller, I. (1982). *Präoperative Vorbereitung chirurgischer Patienten mit Hilfe von schriftlichem Informationsmaterial: Ein Versuch zur Angstreduktion*. S.I Erlangen-Nürnberg.
- Sewöster, D. & Haaf, H.-G. (2009). Reha-Vorbereitung online! Wie wird die Rehabilitation auf den Websites stationärer Einrichtungen zur kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation präsentiert? Poster auf dem 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium „Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung“ vom 9. bis 11. März 2009 in Münster. Abstract im Tagungsband DRV-Schriften Band 83, S. 156-158.
- Simon, D.; Loh, A. & Härter, M. (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47, S. 84-89.
- Springer Gabler Verlag (Herausgeber), *Gabler Wirtschaftslexikon*, Stichwort: Corporate Design, online unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81823/corporate-design-v6.html>; Letzter Zugriff am 08.10.2014.

- Stein, V. & Greitemann, B. (2005). Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie-Methoden – Strategien – Behandlungsempfehlungen. Springer, Heidelberg.
- Stodden, V.H.E. (2005). Die Aufklärung von Patienten mit erektiler Dysfunktion – Kann schriftliches Informationsmaterial einen Beitrag leisten? Dissertation, Universität Freiburg (Breisgau).
- Swartz, E.N. (2010). The readability of pediatric patient information materials: Are families satisfied with our handouts and brochures? *Pediatrics and Child Health*, 15, 8, S. 509-513.
- Ullrich, A., Garbrecht, M., Mittag, O., Glattacker, M. (2014). PARZIVAR II. Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation II: Optimierung der Implementierung durch individuelle Schulung und Begleitung von Behandlern. Unveröffentlichter Abschlussbericht des Instituts für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin Universitätsklinikum Freiburg (AQMS).
- Veenhoven, R. (1991). Ist Glück relativ? Überlegungen zu Glück, Stimmung und Zufriedenheit aus psychologischer Sicht. *Report Psychologie*, 6, S. 14-20.
- Watanabe, Y.; McCluskie, P.J.; Hakim, E.; Asami, T. & Watanabe, H. (1999). Lower limb amputee patients' satisfaction with information and rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 1, S. 67-69.
- Widera, T. (2010), Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RV aktuell*, 2/2010, S. 153-159.
- Widera, T., Bonn, V. & Klosterhuis, H. (2011). Nutzen Rehabilitanden das Internet zur Vorbereitung auf die Rehabilitation? *RV aktuell*, 8, S. 243-250.
- Widmer, M.K., Holzach, P. & Matter, P. (1993). Patienteninformation in der Chirurgie. *Helvetica chirurgica acta*, 60-1-2, S. 35-37.