



Projekt

„Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (SELF)“

Abschlussbericht

01.05.2011 bis 30.06.2014



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG**

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin
Engelberger Str. 21
79106 Freiburg

Projektverantwortliche

Dipl. Psych. Katja Heyduck
Dipl. Psych. Teresa Jakob
Dr. phil. Manuela Glattacker

Schlussbericht

Zuwendungsempfänger

Universitätsklinikum für die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Förderkennzeichen

0421 – FSCP – Z032

Vorhabensbezeichnung

Projekt „Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen
Krankheiten (SELF)“

Laufzeit des Vorhabens

01.05.2011 bis 30.06.2014

Ethik-Votum und Datenschutz

Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
(Verfahrensnummer 122/11) sowie die Datenschutzbeauftragten der Universität Freiburg und
der Deutschen Rentenversicherung begutachtet und mit einem positiven Votum beschieden.

Anmerkung: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form in ihrer
generischen Bedeutung für beide Geschlechter gebraucht. Mit Patienten sind also immer auch
Patientinnen gemeint, mit Behandlern immer auch Behandlerinnen.

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG	1
2. EINFÜHRUNG, HINTERGRUND UND PROJEKTZIELE	3
2.1 Wissenschaftlicher Hintergrund	3
2.2 Zielsetzung und Forschungsfragestellungen	4
2.3 Untersuchte Patientengruppen	5
2.4 Verwendete Informations- und Dokumentationsdienste	6
3. PROJEKTVERLAUF IM ÜBERBLICK	7
4. PROJEKTPHASEN	9
4.1 Vorstudie: Fragebogenentwicklung Juni 2011 bis Dezember 2011	9
4.1.1 Zielsetzung.....	9
4.1.2 Fokusgruppen mit Patienten und Behandlern	9
4.1.2.1 Durchführung	9
4.1.2.2 Der Interviewleitfaden	10
4.1.2.3 Stichproben	13
4.1.2.4 Auswertung	14
4.1.3 Literaturrecherche und Analyse vorliegender Coping-Fragebögen.....	15
4.1.4 Item-Formulierung	16
4.1.5 Kognitiver Pretest.....	19
4.1.6 Finale Fragebögen	19
4.1.7 Zusammenfassung.....	20
4.2 Pretest: Psychometrische Prüfung Februar - November 2012; Juni - Juli 2013	21
4.2.1 Zielsetzung.....	21
4.2.2 Methodik	21
4.2.2.1 Eingesetzte Instrumente	21
4.2.2.2 Durchführung	22
4.2.2.3 Statistische Analysen.....	24
4.2.2.4 Stichprobe	24
4.2.3 Ergebnisse	26
4.2.3.1. Ergebnisse für die Diagnosegruppe „Chronische Rückenschmerzen“	26
4.2.3.2. Ergebnisse für die Diagnosegruppe „Depressive Störung“	27
4.2.4 Zusammenfassung.....	28
4.3 Hauptstudie: Interventionsentwicklung Januar 2012 bis April 2013	29
4.3.1 Zielsetzung.....	29
4.3.2 Expertengruppen.....	29
4.3.3 Weiterentwicklung des Programms „Rückmeldebogen“	30
4.3.4 Finales Interventionskonzept	31
4.3.4.1 Ziele, Methoden und Module der SELF-Intervention	31
4.3.4.2 Inhaltliches Vorgehen.....	32

4.3.4.3 Organisatorischer Ablauf.....	33
4.3.4.4 Rückmeldebogen und Patientenarbeitsblatt „Mein Handlungsplan“	33
4.3.4.5 Interventionsmodule.....	36
4.3.4.6 Rahmenbedingungen	37
4.3.5 Schulung zur SELF-Intervention.....	37
4.3.6 Zusammenfassung.....	38
4.4 Hauptstudie: Qualitative Evaluation Juli 2013 bis März 2014.....	39
4.4.1 Zielsetzung.....	39
4.4.2 Erster Schritt: Telefoninterviews mit den Behandlern	39
4.4.3 Zweiter Schritt: Leitfadengestützte Interviews	41
4.4.3.1.Durchführung	41
4.4.3.2 Interviewleitfaden	41
4.4.3.3 Stichprobe	43
4.4.3.4 Auswertung der Interviews	45
4.4.3.5 Kategoriensystem.....	45
4.4.3.6 Fragestellungen	48
4.4.3.7 Ergebnisse	49
4.4.4 Zusammenfassung.....	62
4.5 Hauptstudie: Quantitative Evaluation Mai 2013 bis Mai 2014	64
4.5.1 Zielsetzung.....	64
4.5.2 Methodik	64
4.5.2.1 Durchführung	65
4.5.2.2 Statistische Analysen.....	66
4.5.2.3 Stichproben	66
4.5.3 Ergebnisse	69
4.5.3.1 Ergebnisse der Patientenbefragung.....	69
4.5.3.2 Ergebnisse der Behandlerbefragung.....	92
4.5.4 Zusammenfassung.....	108
5. GESAMTDISKUSSION UND AUSBLICK	110
6. LITERATUR	114
7. PROJEKT BETEILIGTE.....	119
8. VORTRÄGE UND PUBLIKATIONEN.....	120
9. ANLAGEN	123
A. Kurzfassung	123
B. Erfolgskontrollbericht	126
C. Berichtsblatt	131
10. INHALTSÜBERSICHT ZUM ANHANG DES ABSCHLUSSBERICHTS.....	132

1. Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel: Ziel der Studie war es, auf der Basis aller zentralen kognitiven Aspekte des Common Sense-Selbstregulationsmodells (CSM) (=1. Krankheits- und Behandlungskonzepte, 2. Bewältigungsverhalten und 3. Bewertung des Bewältigungsverhaltens) Ansatzpunkte zur Förderung der Selbstregulation zu erarbeiten und darauf die vom Behandler zu vermittelnden Informationen über Krankheit und Behandlung abzustimmen.

Fragestellungen: Die primären Hypothesen waren, dass (1) auf Basis des CSM Interventionsmodule entwickelt werden können, die patienten- und behandlerseitig auf Akzeptanz stoßen und (2) dass Voraussetzungen für eine machbare Implementation der Intervention herausgearbeitet werden können. Als Unterziele wurden dabei a) die Entwicklung und psychometrische Prüfung eines Assessmentinstruments zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung, b) die Weiterentwicklung der Interventionsmodule und des Rückmeldebogens aus dem Vorgängerprojekt sowie c) die formative Evaluation der Intervention definiert.

Methoden: Zunächst wurde im Rahmen einer Vorstudie ein Assessmentinstrument zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung mit Hilfe von Patienten- und Behandlerfokusgruppen und Literaturanalysen entwickelt und psychometrisch geprüft. Zur Weiterentwicklung der Interventionsmodule wurden neben Literaturrecherchen Expertengruppen mit Behandlern durchgeführt. Die Intervention wurde in zwei orthopädischen und zwei psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen implementiert. Ein Interventionsmanual, Behandler Schulungen und Telefoninterviews unterstützten und begleiteten die Implementation. Die Telefoninterviews mit N=16 teilnehmenden Behandlern stellten gleichzeitig einen ersten Schritt der formativen Evaluation der Intervention dar. In einem zweiten Schritt wurden leitfadengestützte Interviews mit Behandlern (N=15) und Rehabilitanden (N=17) durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an den qualitativ-inhaltsanalytischen Ansatz von Mayring (2008) mithilfe der Analysesoftware Atlas.ti (Muhr, 2007). Des Weiteren wurde eine Fragebogenerhebung mit N=88 RehabilitandInnen durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch N=27 teilnehmende Behandler mittels Fragebogen befragt. In einem Dokumentationsbogen zur Intervention dokumentierten und bewerteten sie die Intervention für jeden einzelnen Patienten. Am Ende der Studienphase füllten sie zudem noch einen Abschlussfragebogen zur Gesamtbewertung der Intervention aus.

Ergebnisse: Im Rahmen der Vorstudie konnte für beide Diagnosegruppen ein umfassender, diagnosespezifischer Itempool zur differenzierten Erfassung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung vor, während und nach der Rehabilitation entwickelt werden. Die neu entwickelten Instrumente wurden in einem Pretest hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften untersucht. Dabei zeigten sich in beiden

Diagnosegruppen zufriedenstellende Verteilungseigenschaften sowie eine gute patientenseitige Akzeptanz. In der Hauptstudie des Projekts wurden zunächst die Interventionsmodule und der Rückmeldebogen aus dem Vorgängerprojekt in einem mehrstufigen Prozess weiterentwickelt. Durch die Ergebnisse von Literaturrecherchen und Expertengruppen konnten entscheidende Hinweise für die Weiterentwicklung gewonnen werden. Das Konzept der SELF-Intervention wurde in einem Interventionsmanual detailliert beschrieben. Die Intervention wurde in vier Kliniken implementiert. Aus der qualitativen und quantitativen Evaluation der Intervention liegen vielfältige Hinweise zur Implementation, Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention vor.

Diskussion: Die Ergebnisse der Evaluation aus beiden Zugangswegen (qualitativ und quantitativ) ergänzen sich zu einem stimmigen Bild. Insgesamt konnten sechs zentrale Erkenntnisse gewonnen werden: 1) Implementationsbarrieren auf organisationaler Ebene wurden erfolgreich berücksichtigt, 2) Implementationsbarrieren auf persönlicher Ebene spielen eine wichtige Rolle, 3) Implementationsbarrieren beeinflussen die Nutzeneinschätzung und die Akzeptanz der Intervention, 4) die Ergebnisse des SELF-Projekts tragen zu einem vertieften Verständnis der Ergebnisse des Vorgänger-Projekts SubKon bei, 5) die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf inhaltliches Weiterentwicklungspotential der Intervention und 6) die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf Weiterentwicklungspotentiale im Hinblick auf das Forschungsdesign.

2. Einführung, Hintergrund und Projektziele

2.1 Wissenschaftlicher Hintergrund

Gemäß des Common-Sense Selbstregulationsmodells (CSM; Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) bilden subjektive Krankheitskonzepte, d.h. patientenseitige Vorstellungen zu Symptomen, zum Krankheitsverlauf, zu den Ursachen, den Konsequenzen, zur Behandelbarkeit/Kontrollierbarkeit der Erkrankung, zum Krankheitsverständnis und zur emotionalen Belastung durch die Erkrankung den Ausgangspunkt der krankheitsbezogenen Selbstregulation und steuern die Auswahl und Umsetzung von Bewältigungsverhalten (z.B. Selbstmedikation oder Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung der Aktivität und Teilhabe bei einer chronischen Erkrankung wie Diät halten oder Sport). Im CSM wird dabei von „action plans“ (Leventhal, Benyamini, & Brownlee, 1997) gesprochen, welche umgesetzt und in Bezug auf die Zielerreichung bewertet werden (appraisal). Parallel zu den kognitiven Repräsentationen entstehen emotionale Reaktionen, die ihrerseits ebenfalls Bewältigungsverhalten in Gang setzen, das im Hinblick auf seinen Erfolg evaluiert wird.

Empirisch werden die Grundannahmen des CSM durch eine Vielzahl von Studien gestützt (Hagger & Orbell, 2003). Insbesondere liegt Evidenz zum Zusammenhang zwischen den Krankheitskonzepten und einer Vielzahl von Outcomes vor (eigene Arbeiten im Reha-Bereich (Glattacker, Opitz, & Jäckel, 2010; Glattacker, 2006). Auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen Krankheitskonzepten und Bewältigungsverhalten werden theoriekonforme Zusammenhänge gefunden. Hagger & Orbell (2003) geben jedoch die Empfehlung, künftig stärker auf verhaltensnahe Bewältigungsstrategien zu fokussieren. Ähnliche Überlegungen werden auch in genuin dem Themenfeld der „Krankheitsbewältigung“ zugehörigen Übersichtsarbeiten angestellt (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002). Der dritte Aspekt des CSM – das appraisal – wurde bislang empirisch selten untersucht. Mit dem Befund einer aktuellen Studie, wonach sich die Bewertungskomponente – zusätzlich zu den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten – als Prädiktor der Adhärenz erwies, liegen jedoch erste Hinweise zum empirischen Nutzen der Operationalisierung des Bewertungselements vor (Bishop, Yardley, & Lewith, 2008).

Das CSM wurde in den 80er Jahren mit dem Ziel konzipiert, auf Basis der Erklärung und Vorhersage von (gesundheitsbezogenem) Verhalten edukative Interventionsprogramme zu entwickeln, und auch in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion wird immer wieder die Dissemination der empirisch belegten Bedeutung subjektiver Konzepte in Interventionsprogramme und damit in die Versorgungspraxis gefordert. Zwar wird diese Forderung erst in jüngster Zeit umgesetzt, die Ergebnisse diesbezüglicher Studien sind jedoch recht ermutigend (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie, 2009; De Ridder, Theunissen, & van Dulmen, 2007).

Optimierungspotenzial sehen einige Autoren jedoch in der gleichzeitigen Berücksichtigung sowohl der subjektiven Konzepte als auch der action plans (Theunissen, de Ridder, Bensing, & Rutten, 2003).

Das vorliegende Forschungsprojekt „Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (SELF)“, welches das in der ersten Phase des Förderschwerpunkts „Versorgungsnahe Forschung“ geförderte Projekt „Bedarfsgerechte Patienteninformation auf der Basis subjektiver Konzepte“ fortsetzt, greift diese Forderungen auf und setzt sie im Rahmen der Entwicklung einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation von Patienten unter Berücksichtigung subjektiver Krankheits- und Behandlungskonzepte und des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens um.

2.2 Zielsetzung und Forschungsfragestellungen

Ziel des Projekts SELF ist es, eine Intervention zu entwickeln, die darauf abzielt, die Patienteninformation stärker auf die subjektiven Erklärungsmodelle von Rehabilitanden über Krankheit und Behandlung zuzuschneiden. Hierdurch sollen Ansatzpunkte gefunden werden, um die Selbstregulation der Patienten in Bezug auf die Erkrankung und Behandlung möglichst optimal zu unterstützen und zu fördern. Die Interventionsentwicklung greift dabei auf die Theorie des CSM zurück und berücksichtigt entsprechend drei zentrale Aspekte:

- die subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte der Rehabilitanden (d.h. Was denken die Rehabilitanden über ihre Krankheit und Behandlung?)
- die bisherigen patientenseitigen Versuche zur Krankheitsbewältigung (d.h. Was haben die Rehabilitanden bisher bzgl. Krankheitsbewältigung unternommen?)
- die Bewertung der bisherigen Versuche zur Krankheitsbewältigung (d.h. Waren die Bewältigungsversuche aus Patientensicht erfolgreich oder eher nicht?).

Konkret sollen dabei folgende Fragestellungen (Unterziele) untersucht werden:

1. Entwicklung eines Assessmentinstruments zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung (Vorstudie)

Etablierte Assessmentinstrumente zur Operationalisierung des ersten zentralen Bestimmungstücks des CSM – der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte – liegen vor. In Ergänzung hierzu soll ein Assessmentinstrument entwickelt werden, welches die beiden anderen kognitiven Elemente des CSM – das Bewältigungsverhalten (action plans) und dessen Bewertung (appraisal) – umfasst.

2. Psychometrische Prüfung des Assessmentinstruments zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung (Pretest)

Das neu entwickelte Instrument wird anschließend im Rahmen einer quantitativen Erhebung mit drei Messzeitpunkten psychometrisch geprüft.

3. Weiterentwicklung der Interventionsmodule und des Rückmeldebogens aus dem Vorgängerprojekt (Hauptstudie)

Im Rahmen des SubKon-Projekts wurde das Programm "Rückmeldebogen für subjektive Konzepte" entwickelt. Dieses erzeugt auf Basis der Fragebögen zur Messung subjektiver Krankheits- und Behandlungskonzepte automatisiert ein PDF-Dokument (=Rückmeldebogen), welches auf Skalen- und Einzelitemebene die subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte der RehabilitandInnen darstellt. Das Programm soll auf Basis des in neu entwickelten Assessmentinstruments um das Bewältigungsverhalten und dessen Bewertung ergänzt werden.

Auch die Interventionsmodule sollen – wiederum ergänzend zum SubKon-Projekt – einen Fokus legen auf a) partizipativ mit den RehabilitandInnen zu erarbeitendes Bewältigungsverhalten (action plans) für den Reha-Prozess, welche die bisherigen Bewältigungsversuche und deren Bewertung berücksichtigen und b) partizipativ mit den RehabilitandInnen zu erarbeitendes Bewältigungsverhalten und „Barrieren-Bewältigungsstrategien“ für die Zeit nach der Reha, welche die Bewertung der Bewältigungsversuche während der Rehabilitation berücksichtigen.

4. Formative Evaluation der Intervention (Hauptstudie)

Die auf der Basis von 1) und 2) in 3) entwickelten Interventionsmodule sollen in vier Rehabilitationskliniken implementiert und formativ evaluiert werden. Im Fokus steht dabei die Implementierbarkeit der Interventionsmodule in die Klinikroutine (Machbarkeit) sowie die patienten- und behandlerseitige Akzeptanz. Ferner sollen die Ergebnisse der formativen Evaluation genutzt werden, um die Interventionsmodule zu optimieren.

2.3 Untersuchte Patientengruppen

In der vorliegenden Studie wurden in allen Projektphasen Patienten aus zwei Diagnosegruppen eingeschlossen: chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen. Die jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Diagnosegruppe	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Chronischer Rückenschmerz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mindestalter: 18 Jahre ■ Diagnose „Chronischer Rückenschmerz“ mit einer Chronifizierungsdauer > 12 Wochen entsprechend den folgenden ICD-10-Diagnosen (in Anlehnung an die „Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz“ der Deutschen Rentenversicherung): M42.1 M42.9 M43.0 M43.1 M43.2 M43.5 M43.8 M43.9 M47.2 M47.8 M47.9 M48.8 M48.9 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.4 M53.8 M53.9 M54.1 M54.3 M54.4 M54.5 M54.8 M54.9 M96.1 Z96.7 	<ul style="list-style-type: none"> ■ mangelnde Deutschkenntnisse ■ kognitive oder physische Einschränkungen ■ Bandscheiben-OP innerhalb der letzten 6 Monate ■ Hinweise auf eine entzündliche oder neoplastische Genese ■ psychiatrische Erkrankungen ■ Orientierungsstörungen ■ Eigenfinanzierung der Rehabilitationsmaßnahme (Selbstzahler) ■ laufender oder geplanter Rentenantrag des Patienten
Depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mindestalter: 18 Jahre ■ Diagnose „Depression“ entsprechend den folgenden ICD-10-Diagnosen (in Anlehnung an die S3-Leitlinie /Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“): F32 F33 F34.1 F38.1 	<ul style="list-style-type: none"> ■ mangelnde Deutschkenntnisse ■ kognitive oder physische Einschränkungen ■ Diagnose einer bipolaren Störung oder einer Suchterkrankung ■ akute Suizidalität ■ Orientierungsstörungen ■ Eigenfinanzierung der Rehabilitationsmaßnahme (Selbstzahler) ■ laufender oder geplanter Rentenantrag des Patienten

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme

2.4 Verwendete Informations- und Dokumentationsdienste

Der aktuelle Stand der Forschung wurde im Projektverlauf durch regelmäßig durchgeführte Literaturrecherchen insbesondere in den medizinischen bzw. psychologischen Datenbanken Medline, PsycInfo und Psyn dex recherchiert (mittels Auto-Alert zu den relevanten Themenbereichen). Darüber hinaus erfolgte regelmäßig eine Sichtung der für die Projektthematik relevanten Journals. Die Rezeption und Nutzung der aktuellen Literatur erfolgte im Rahmen der projektbezogenen Publikationen und Vorträge (vgl. Abschnitt 8).

3. Projektverlauf im Überblick

Tabelle 2 fasst den realisierten Projektverlauf mit allen Arbeitsschritten und Milestones überblicksartig zusammen. Die geplanten Milestones des Projekts konnten erreicht und alle Fragestellungen beantwortet werden. Die für die ersten beiden Jahre der Projektlaufzeit festgeschriebene Milestones (Erstellung von Fragebogenitems für den zu entwickelnden Fragebogen; Durchführung des Pretests bei N=400 RehabilitandInnen; Weiterentwicklung des Konzepts der SELF-Intervention u.a. unter Rückgriff auf Expertengruppen, Spezifikation sekundärer Outcomes im Rahmen der Expertengruppen; Schulungen zur SELF-Intervention in vier Kooperationskliniken) konnten entsprechend des Zeitplans umgesetzt werden. Dies setzte die fristgerechte Umsetzung verschiedener projektvorbereitender Aspekte (z.B. Einholung eines Ethik-Votums des Universitätsklinikums Freiburg, Abstimmung des Datenschutzkonzepts mit den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Freiburg und der Deutschen Rentenversicherung Bund, Vorbereitung der Projektvorstellungen in den Kliniken) voraus. Die Auswertung des psychometrischen Pretests konnte nicht im vorgesehen Zeitraum fertiggestellt werden. Dies kann damit begründet werden, dass die Datenerhebung bzgl. des Pretests zwar planmäßig im August 2012 abgeschlossen werden konnte, beim Versand der Fragebögen an unsere Abteilung dann jedoch Verzögerungen aufgetreten sind. Erst im Oktober 2012 lagen die vollständigen Erhebungsunterlagen aus allen beteiligten Kooperationskliniken vor, so dass es hier zu einer Verzögerung bzgl. der Dateneingabe kam. Da ab Oktober 2012 jedoch die Vorbereitung der Expertengruppen und die Konzeption der SELF-Schulung im Fokus des Projekts standen, wurde die psychometrische Auswertung erst im Juli 2013 fertiggestellt. Ferner hat sich bei der Beendigung der Weiterentwicklung des Rückmeldeprogramms eine Zeitverzögerung ergeben. Im Projektverlauf ergab sich entsprechend eine Abweichung vom Projektzeitplan (in Tabelle 2 rot hinterlegt): Ursprünglich war vorhergesehen, die Weiterentwicklung des Programms zur Erstellung des Rückmeldebogens bis Ende Januar 2013 abzuschließen. Aufgrund von Verzögerungen auf Seiten der beauftragten IT-Firma lag die finale Version des Rückmeldeprogramms erst im April 2013 vor. Die Datenerhebung der Hauptstudie konnte entsprechend erst im Mai 2013 beginnen, sodass der Datenerhebungszeitraum, auch aufgrund von Rekrutierungsproblemen in den Kooperationskliniken, bis März 2014 verlängert werden musste. Aus diesem Grund wurde das Projekt kostenneutral um zwei Monate verlängert.

Im Rahmen des SELF-Projekts haben sich insgesamt 18 Rehabilitationseinrichtungen als Kooperationspartner beteiligt (vgl. Abschnitt 7). Je nach Projektphase wurden dabei unterschiedlich viele Kliniken einbezogen, entsprechend hat nicht jede Klinik an jeder Projektphase teilgenommen. An der Evaluation der Hauptstudie haben 4 Einrichtungen teilgenommen, wobei 2 der teilnehmenden Einrichtungen auch an der Interventionsentwicklung beteiligt waren.

4. Projektphasen

Das Projekt gliederte sich in vier Projektphasen, deren Fragestellungen, Methodik und Ergebnisse in den folgenden Abschnitten dargestellt werden:



4.1 Vorstudie: Fragebogenentwicklung *Juni 2011 bis Dezember 2011*

4.1.1 Zielsetzung

Ziel der Vorstudie war es, einen auf der Theorie des CSM basierenden diagnosespezifischen Itempool zur Messung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens (action plans) und dessen Bewertung (appraisal) für die Messzeitpunkte vor, während und nach der Rehabilitation zu entwickeln. Die Fragebogeninhalte wurden multimodal erarbeitet, nämlich theorie- bzw. literaturbasiert sowie unter Nutzung vorliegender Assessmentinstrumente und diagnosebezogener leitfadengestützter Patienten- und Behandlerfokusgruppen. Die verschiedenen Entwicklungsschritte werden im Folgenden beschrieben.

4.1.2 Fokusgruppen mit Patienten und Behandlern

4.1.2.1 Durchführung

Die Fokusgruppen fanden im Juli und August 2011 statt. Die Durchführung erfolgte jeweils im Anschluss an eine etwa einstündige Projektvorstellung in der Klinik vor Ort. Bei der Zusammensetzung der Behandlerfokusgruppen wurde angestrebt, dass sowohl unterschiedliche Berufsgruppen (u.a. Ärzte, Psychologen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten) als auch Klinikmitarbeiter aus unterschiedlichen Hierarchieebenen und mit unterschiedlich langer Berufserfahrung in den Fokusgruppen vertreten sind. Bezüglich der Zusammensetzung der Patientenfokusgruppen wurden die Studienkoordinatoren in den Kooperationskliniken gebeten, die Stichprobe der Patienten möglichst heterogen zu gestalten im Hinblick auf die Variablen Alter, Herkunft (Bundesland/Region), Geschlecht und

Krankheitsdauer. Sowohl die Behandler- als auch die Patientenfokusgruppen dauerten im Schnitt ca. 45 Minuten. Die Fokusgruppengespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anschließend mit dem Fokus auf der Generierung von Items zur Erfassung patientenseitigen Bewältigungsverhaltens, dessen Zielen und dessen Bewertung ausgewertet (s.u.).

4.1.2.2 Der Interviewleitfaden

Für die Durchführung der Fokusgruppen wurde sowohl für die Rehabilitanden als auch für die Behandler ein Interviewleitfaden entwickelt. Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen die verwendeten Interviewleitfäden für Patienten und Behandler beispielhaft für die Diagnosegruppe „Chronischer Rückenschmerz“.

Zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens („action plans“) wurden die Fokusgruppen mit der offenen Leitfrage „Was machen Sie denn so, wenn Sie Rückenschmerzen (depressive Beschwerden) haben?“ (bzw. bei Behandlern: „Was haben die Patienten, wenn sie in die Reha kommen, schon alles ausprobiert, um ihre Rückenschmerzen/Depression zu bewältigen?“) eingeführt. Die Patienten wurden gebeten, sowohl Bewältigungsstrategien zu nennen, die sie als hilfreich oder weniger hilfreich erlebt haben, als auch Strategien, die sie in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung eingesetzt haben. Um zu verhindern, dass eventuell gleich zu Beginn der Fokusgruppengespräche ein „Wortführer“ die Diskussion dominiert oder manche Fokusgruppenteilnehmer sich eher zurückhalten, wurde in dieser Phase mit der sog. „Listing-Technik“ gearbeitet (Colucci, 2007). Hierbei schrieben zunächst alle Fokusgruppen-Teilnehmer ihre persönlichen Verhaltensstrategien auf Karteikärtchen, danach wurden die Strategien in der Gruppe besprochen. Nachfragen der Interviewerin bezogen sich dabei auf die Inhaltsbereiche

- „Wirkungen und Auswirkungen“ der Verhaltensstrategien
- „Differentielle Strategien“ in bestimmten Krankheitsphasen oder im Krankheitsverlauf
- „Veränderungen der Verhaltensstrategien während der Rehabilitation“
- „Strategien bei bestimmten Patientengruppen“ (Geschlecht; Altersgruppen) und
- „Barrieren und Erleichterungsfaktoren“.

Zur Erfassung von Bewertungskriterien bzgl. des Bewältigungsverhaltens („appraisal“) wurde exploriert, welche Strategien die Patienten als hilfreich (bzw. als weniger hilfreich) erlebt haben und warum. Hierbei wurden die Patienten im Rahmen einer sog. „Choosing-Aufgabe“ (Colucci, 2007) gebeten, die für sie am hilfreichsten/am wenigsten hilfreichen Bewältigungsstrategien auszuwählen und ihre Auswahl zu begründen.

LEITFRAGE / STIMULUS		R1
<p>Was machen Sie denn so, wenn Sie Rückenschmerzen haben? Bitte schreiben Sie auf den Kärtchen die ich Ihnen gegeben habe alles auf, was Sie schon im Umgang mit Ihrer Erkrankung ausprobiert haben, und zwar unabhängig davon, ob es Ihnen geholfen hat oder nicht.</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE	AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG	
<p>Wirkungen und Auswirkungen Mit welchem Ziel haben Sie diese Strategie/n eingesetzt? Welche Veränderungen haben Sie sich erhofft? Was konnten Sie durch die Strategie/n erreichen? Was hat sich verändert?</p>	<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx (mehr Sport treiben)? Wie sieht das aus wenn Sie versuchen xx (sich zu entspannen)?</p>	
<p>Differentielle Strategien im Verlauf / in verschiedenen Krankheitsphasen Woran merken Sie, dass Sie eine Strategie einsetzen sollten? Haben Sie bestimmte Rituale oder Gewohnheiten wenn es Ihnen besonders schlecht geht? Wie lange probieren Sie Ihre Strategien jeweils aus? Wann hören Sie wieder damit auf?</p>	<p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen? Was fällt Ihnen noch ein?</p>	
<p>Strategien allgemein Fallen Ihnen noch weitere Strategien ein, z.B. etwas, das Ihnen von ihrem Arzt, Freunden oder Kollegen empfohlen wurde? Was denken Sie machen andere Menschen so im Umgang mit Ihren Rückenschmerzen? Kennen Sie noch weitere Strategien, die Sie selbst noch nicht ausprobiert haben? Warum haben Sie das noch nicht probiert?</p>	<p>INPUT STRATEGIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umschulung machen - Besuch von Info-Veranstaltungen - Gespräch mit Hausarzt - Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen - Besuch eines Facharztes - Aufnahme von Paargesprächen - Gespräch mit Arbeitgeber - Häufigere Krankschreibungen 	
<p>Strategien bei bestimmten Patientengruppen (Geschlecht, Alter, Chronifizierungsdauer) Was glauben Sie, welches sind typisch männliche bzw. typisch weibliche Strategien im Umgang mit Rückenschmerzen? Was glauben Sie, welches sind typische Strategien von jüngeren Rückenschmerzenden? Glauben Sie, dass Personen, die erst seit kurzer Zeit an Rücken einsetzen als Personen, die schon lange Rückenschmerzen haben?</p>		

<p>Barrieren und Erleichterung Welche Strategien fallen Ihnen leicht umzusetzen und warum? Welche Strategien sind für Sie schwierig umzusetzen und warum? Wer hilft Ihnen, Bewältigungsstrategien im Alltag umzusetzen? Was würde es Ihnen erleichtern, Ihre Strategien im Alltag öfter umzusetzen? Welche Hürden sehen Sie, die Ihnen den Einsatz von Strategien im Alltag erschweren? Warum führen manche Strategien ihrer Ansicht nach nicht zum Erfolg? Haben Sie schon einmal eine Strategie, die Ihnen von ihrem Arzt empfohlen wurde nicht umgesetzt? Und wenn ja warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme einer Psychotherapie - Erlernen von Entspannungsübungen - Ressourcenaktivierung wie z.B. Sport in die Tagesstruktur - Glauben/Religiosität - Positive Selbstinstruktion - Ablenkung - Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen - Verhaltenspläne machen - Aktive Suche nach sozialer Einbindung
<p>Veränderungen durch die Rehabilitation Was haben Sie im Umgang mit Ihren Rückenschmerzen in der Reha neu gelernt? Haben Sie während der Reha im Umgang mit Ihren Rückenschmerzen etwas anders gemacht als in der Zeit davor? Denken Sie, dass Sie nach der Reha im Umgang mit ihren Rückenschmerzen etwas anders machen werden als vor der Reha? (= action intentions)</p>	
<p>Interaktion Wir haben jetzt schon viel über Bewältigungsstrategien gesprochen. Welche Rolle spielt denn Ihr Arzt bzw. andere Behandler für Sie bei diesem Thema? Ist es schon einmal vorgekommen, dass Ihr Arzt mit Ihrem Umgang mit den Rückenschmerzen nicht einverstanden war?</p>	

LEITFRAGE / STIMULUS		R3
<p>Wenn Sie noch mal an alle Strategien denken, die wir bislang besprochen haben, was hat Ihnen davon am meisten geholfen?</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE	AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG	
<p>Gründe Warum ist/sind gerade diese Verhaltenweise/n bzw. Strategie/n so hilfreich für Sie?</p>	<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx?</p>	
<p>Bewertungskriterien Woran merken Sie dass die Strategie Ihnen hilft? Was macht die Strategie hilfreich bzw. wirksam?</p>	<p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?</p>	
<p>Wirkungen und Auswirkungen Was konnten Sie durch die Strategie/n erreichen? Was hat sich konkret verändert?</p>	<p>Was fällt Ihnen noch dazu ein?</p>	
<p>Interaktion Wir haben jetzt schon viel darüber gesprochen, welche Bewältigungsstrategien Ihnen helfen. Welche Rolle spielt denn ihrer Ansicht nach Ihr Arzt bzw. andere Behandler dabei?</p>		
LEITFRAGE / STIMULUS		
<p>Wenn Sie noch mal an alle Strategien denken, die wir bislang besprochen haben, was hat Ihnen davon am wenigsten geholfen?</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE	AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG	
<p>Gründe Warum ist/sind gerade diese Verhaltenweise/n bzw. Strategie/n nicht hilfreich für Sie?</p>	<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx?</p>	
<p>Bewertungskriterien Woran merken Sie dass die Strategie Ihnen nicht hilft? Was macht die Strategie wenig hilfreich bzw. unwirksam? Woran merken Sie, dass die Strategie die Beschwerden vielleicht sogar verschlimmert?</p>	<p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?</p>	
<p>Wirkungen und Auswirkungen Was konnten Sie durch die Strategie/n erreichen? Was hat sich verändert?</p>	<p>Was fällt Ihnen noch dazu ein?</p>	
<p>Interaktion Wir haben jetzt schon viel darüber gesprochen, welche Bewältigungsstrategien Ihnen nicht helfen. Welche Rolle spielt denn ihrer Ansicht nach Ihr Arzt bzw. andere Behandler dabei?</p>		

Abbildung 1: Interviewleitfaden Patientenfokusgruppen

LEITFRAGE / STIMULUS		R1
<p>Aus Ihrer Erfahrung heraus: Was haben Patienten, wenn Sie in die Reha kommen, schon alles ausprobiert, um ihre Rückenschmerzen zu bewältigen?</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE		AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG
<p>Wirkungen und Auswirkungen Mit welchem Ziel setzen Patienten diese Strategien Ihrer Erfahrung nach ein?</p> <p><input type="checkbox"/> Symptome Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach, um die Symptome ihrer Rückenschmerzen zu beeinflussen?</p> <p><input type="checkbox"/> Verlauf Welche Strategien setzen Patienten Ihrer Erfahrung nach ein, damit eine schwere Phase der Rückenschmerzen möglichst schnell vorbeigeht?</p> <p><input type="checkbox"/> Konsequenzen Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach, um die Konsequenzen ihrer Rückenschmerzen zu beeinflussen? Inwieweit helfen die Strategien den Patienten für den Alltag? Inwieweit helfen die Strategien den Patienten für den Beruf? Wie schaffen es Patienten, trotz Rückenschmerzen im Alltag aktiv sein zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> Emotionale Beeinträchtigung Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach, wenn die Rückenschmerzen sie emotional stark belasten?</p> <p><input type="checkbox"/> Behandelbarkeit / Kontrollierbarkeit Welche Strategien setzen Patienten Ihrer Erfahrung nach ein, damit sie mehr Kontrolle über ihre Rückenschmerzen erleben? Was machen Patienten, damit die Behandlungsmaßnahmen für die Rückenschmerzen besser wirken können?</p> <p><input type="checkbox"/> Ursachen Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach, um die Ursachen der Rückenschmerzen zu beeinflussen?</p> <p>Machen Patienten im Umgang mit ihren Rückenschmerzen etwas nützen?</p>		<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx?</p> <p>Wie sieht das aus wenn Patienten versuchen xx?</p> <p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?</p> <p>Was fällt Ihnen noch ein?</p> <p>INPUT STRATEGIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umschulung machen - Besuch von Info-Veranstaltungen - Gespräch mit Hausarzt - Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen - Besuch eines Facharztes - Aufnahme von Paargesprächen - Gespräch mit Arbeitgeber - Häufigere Krankschreibungen - Gedanken an Kündigung - Einnahme von Antidepressiva
<p>Präferenzen Welche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen werden Ihrer Erfahrung nach von Patienten gern bzw. oft eingesetzt? Welche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen werden von Patienten ungern bzw. selten eingesetzt? Setzen Patienten Ihrer Erfahrung nach mehrere unterschiedliche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen ein? Und wenn ja, wie viele unterschiedliche Strategien sind das durchschnittlich?</p> <p>Barrieren und Erleichterung Welche Strategien fallen Patienten leicht umzusetzen und warum? Welche Strategien sind für Patienten schwierig umzusetzen und warum? Wer hilft Patienten, Bewältigungsstrategien im Alltag umzusetzen? Was würde es Patienten erleichtern, ihre Strategien im Alltag öfter umzusetzen? Welche Hürden sehen Sie, die Patienten den Einsatz von Strategien im Alltag erschweren?</p> <p>Strategien bei bestimmten Patientengruppen (Geschlecht, Alter, Chronifizierungsdauer) Welches sind typisch männliche bzw. typisch weibliche Strategien im Umgang mit Rückenschmerzen? Welches sind typische Strategien von jüngeren bzw. älteren Patienten im Umgang mit Rückenschmerzen? Setzen Patienten, die erst seit kurzer Zeit an Rückenschmerzen leiden, andere Strategien ein als Personen, die schon lange Rückenschmerzen haben?</p> <p>Veränderungen durch die Rehabilitation Welche Strategien, die Patienten in der Reha im Umgang mit den Rückenschmerzen lernen, sind ihrer Erfahrung nach für die Patienten oft neu? Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach im Umgang mit den Rückenschmerzen während der Reha anders als vor der Reha? Was machen Patienten Ihrer Erfahrung nach im Umgang mit den Rückenschmerzen nach der Reha anders als vor der Reha?</p> <p>Interaktion Sprechen Sie mit Ihren Patienten über deren persönliche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen? Wenn ja, in welcher Form sprechen Sie mit Ihren Patienten über dieses Thema? Welche Themen sind für die persönlichen Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen wichtig?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Erlernen von Entspannungsübungen - Ressourcenaktivierung - Integration positiver Aktivitäten wie z.B. Sport in die Tagesstruktur - Glauben/Religiosität - Positive Selbstinstruktion - Ablenkung - Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen - Verhaltenspläne machen - Aktive Suche nach sozialer Einbindung
LEITFRAGE / STIMULUS		R2
<p>Welche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen werden Ihrer Erfahrung nach von Patienten als besonders hilfreich erlebt?</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE		AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG
<p>Gründe Warum ist/sind gerade diese Verhaltense/n bzw. Strategie/n für Patienten so hilfreich?</p> <p>Bewertungskriterien Anhand welcher Faktoren bewerten Patienten den Erfolg der Bewältigungsstrategien? Woran machen die Patienten fest, dass die Strategie ihnen hilft?</p>		<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx?</p> <p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?</p> <p>Was fällt Ihnen noch dazu ein?</p>
LEITFRAGE / STIMULUS		R2
<p>Welche Strategien im Umgang mit den Rückenschmerzen werden Ihrer Erfahrung nach von Patienten als wenig bzw. gar nicht hilfreich erlebt?</p>		
INHALTLICHE ASPEKTE		AUFRECHTERHALTUNGSFRAGEN UND SPEZIFIZIERUNG
<p>Gründe Warum ist/sind gerade diese Verhaltense/n bzw. Strategie/n für Patienten nicht hilfreich?</p> <p>Bewertungskriterien Anhand welcher Faktoren bewerten Patienten den Erfolg der Bewältigungsstrategien? Woran machen die Patienten fest, dass die Strategie ihnen nicht hilft?</p>		<p>Was verstehen Sie denn genau unter xx?</p> <p>Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?</p> <p>Was fällt Ihnen noch dazu ein?</p>

Abbildung 2: Interviewleitfaden Behandlerfokusgruppen

4.1.2.3 Stichproben

Geplant war, pro Diagnosegruppe Fokusgruppen mit $N=15$ Rehabilitanden ($N_{\text{gesamt}}=30$) und $N=10$ Behandlern ($N_{\text{gesamt}}=20$) durchzuführen. Dieses Projektziel wurde realisiert. Insgesamt fanden in sieben Kooperationskliniken (3 Orthopädie, 4 Psychosomatik) sieben Fokusgruppen mit Patienten ($N_{\text{gesamt}}=40$) statt, und zwar vier Fokusgruppen mit Patienten mit depressiven Störungen ($N=24$) und drei Fokusgruppen mit Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ($N=16$). Mit Behandlern wurden fünf Fokusgruppen durchgeführt ($N_{\text{gesamt}}=24$), davon drei Fokusgruppen in psychosomatischen ($N=16$) und zwei Fokusgruppen in orthopädischen ($N=8$) Reha-Einrichtungen. Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigen die soziodemographischen Merkmale der Fokusgruppenteilnehmer in den beiden Diagnosegruppen.

Patientenfokusgruppen	Gesamt	Depressive Störungen	Chronischer Rückenschmerz
N	40	24	16
Alter (M, SD)	50,1 (8,34)	48,9 (9,05)	51,8 (7,04)
Geschlecht (N, %)			
Frauen	26 (65,0)	18 (75,0)	8 (50,0)
Männer	14 (35,0)	6 (25,0)	8 (50,0)
Staatsangehörigkeit (N, %)			
Deutsch	40 (100,0)	24 (100,0)	16 (100,0)
Schulabschluss (N, %)			
Volks- oder Hauptschule	9 (22,5)	3 (12,5)	6 (37,5)
Realschule	12 (30,0)	7 (29,2)	5 (31,3)
Polytechnische Oberschule	9 (22,5)	6 (25,0)	3 (18,8)
Fachhochschulreife	4 (10,0)	3 (12,5)	1 (6,3)
Abitur	6 (15,0)	5 (20,8)	1 (6,3)
Erwerbstätigkeit (N, %)			
ja	35 (87,5)	21 (87,5)	14 (87,5)
nein, sondern	4 (10)	3 (12,5)	1 (6,3)
Altersrente	1 (2,5)	1 (4,2)	0 (0,0)
Sonstiges	3 (7,5)	2 (8,3)	1 (6,3)
Dauer der Erkrankung (N, %)			
weniger als 1 Jahr	3 (7,5)	2 (8,3)	1 (6,3)
1 bis 2 Jahre	9 (22,5)	8 (33,3)	1 (6,3)
3 bis 5 Jahre	9 (22,5)	6 (25,0)	3 (18,8)
6 bis 10 Jahre	2 (5,0)	1 (4,2)	1 (6,3)
Mehr als 10 Jahre	15 (37,5)	5 (20,8)	10 (62,5)
Reha-Erfahrung (N, %)			
ja	18 (45,0)	13 (54,2)	5 (31,3)
nein	22 (55,0)	11 (45,8)	11 (68,8)

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung Patientenfokusgruppen. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung. Die Prozentzahlen bzgl. „Altersrente“ und „Sonstiges“ beziehen sich auf die N=4 (Gesamtstichprobe) bzw. N=1 (chronischer Rückenschmerz) und N=3 (depressive Störungen) Rehabilitanden, die angaben, nicht erwerbstätig zu sein. Bedingt durch missing values addieren sich einige Prozentwerte nicht auf 100%.

Behandlerfokusgruppen	Gesamt	Psychosomatik	Orthopädie
N	24	16	8
Alter (M, SD)	39,9 (10,12)	39,3 (10,96)	41,3 (8,71)
Geschlecht (N, %)			
Frauen	17 (70,8)	11 (68,8)	6 (75,0)
Männer	7 (29,2)	5 (31,3)	2 (25,0)
Berufsgruppe (N, %)			
Arzt/Ärztin	11 (45,8)	8 (50,0)	3 (37,5)
Psychologe/Psychologin	8 (33,3)	6 (37,5)	2 (25,0)
Therapeut/Therapeutin	3 (12,5)	1 (6,3)	2 (25,0)
Pflegekraft	2 (8,3)	1 (6,3)	1 (12,5)
Berufserfahrung mit chronisch Kranken (N, %)			
1 bis 2 Jahre	4 (16,7)	3 (18,8)	1 (12,5)
3 bis 5 Jahre	3 (12,5)	3 (18,8)	0 (0,0)
6 bis 10 Jahre	4 (16,7)	3 (18,8)	1 (12,5)
Mehr als 10 Jahre	13 (54,2)	7 (43,8)	6 (75,0)
Leitungsfunktion (N, %)			
ja	8 (33,3)	5 (31,3)	3 (37,5)
nein	16 (66,7)	11 (68,8)	5 (62,5)

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung Behandlerfokusgruppen. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

4.1.2.4 Auswertung

Die Auswertung der Fokusgruppentranskripte erfolgte mithilfe der Analysesoftware Atlas.ti (Muhr, 2007). Zunächst wurden vier Fokusgruppen durch zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig voneinander kodiert. Im Anschluss erfolgte eine Konsensbildung bezüglich eines ersten vorläufigen Kategoriensystems, mit dem drei weitere Fokusgruppen durch die Wissenschaftlerinnen kodiert wurden. Auf Basis dieser Kodierungen wurde im Rahmen von zwei Teambesprechungen eine Überarbeitung und Reduktion des Kategoriensystems vorgenommen und das finale Kategoriensystem festgelegt. Dieses setzte sich aus 6 zentralen Inhaltsbereichen zusammen:

1. Strategien zur Krankheitsbewältigung (75 Einzelcodes)
2. Ausgangsbedingungen der Bewältigungsstrategien (24 Einzelcodes)
3. Ziele der Bewältigungsstrategien (24 Einzelcodes)
4. Bewertungskriterien der Bewältigungsstrategien (21 Einzelcodes)
5. Konsequenzen des Bewältigungsverhaltens (9 Einzelcodes)
5. Einflussfaktoren, Hürden und Erleichterungsfaktoren (22 Einzelcodes)
6. Besonderheiten des Rehabilitationssettings (6 Einzelcodes)

Bei der Datenanalyse wurde sowohl deskriptiv als auch konzeptionell vorgegangen (Friese, 2012). Primäres Ziel der Analysen war dabei die Generierung von Items zur Erfassung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens, dessen Zielen und dessen Bewertung.

Deskriptiv wurde beispielsweise analysiert, welche verschiedenen Einzelaspekte Patienten mit einem bestimmten Inhaltsbereich verbinden (z.B. welche Faktoren werden von den Patienten als Hürden für den Einsatz der Bewältigungsstrategien wahrgenommen?) oder wie häufig einzelne Kategorien (z.B. Strategien oder Ziele der Krankheitsbewältigung) von den Patienten genannt wurden. Konzeptionell wurden darüber hinaus mit Hilfe des Cooccurrence Explorers verschiedene Kategorien auf ihre inhaltlichen Zusammenhänge hin analysiert, indem z.B. geprüft wurde, welche Ziele von den Patienten in Verbindung mit einzelnen Strategien zur Krankheitsbewältigung genannt wurden oder welche Ausgangsbedingungen aus Sicht der Patienten zum Einsatz bestimmter Krankheitsbewältigungsstrategien geführt haben.

4.1.3 Literaturrecherche und Analyse vorliegender Coping-Fragebögen

Neben der Durchführung der Fokusgruppen bildete eine Literaturrecherche und die Analyse bereits vorliegender Coping-Instrumente die zweite wichtige Säule der Itemgenerierung. Die Literaturanalyse umfasste die Themenbereiche

- „action plans“ (verhaltensbezogene Bewältigung)
- behaviorale schmerzbezogene Bewältigungsstrategien
- Coping, basierend auf dem CSM
- Übersichtsartikel zum Thema Coping (z.B. Klassifikationssysteme zu Copingstrategien)
- Fragebögen zum Thema Coping und Krankheitsbewältigung

Tabelle 5 gibt eine Übersicht der im Rahmen der Interventionsentwicklung und -evaluation einbezogenen Artikel und der berücksichtigten Coping-Instrumente.

Berücksichtigte Literatur	Berücksichtigte Coping-Instrumente
<p>Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T. (2008). Treatment appraisals and beliefs predict adherence to complementary therapies: A prospective study using a dynamic extended self-regulation model. <i>British Journal of Health Psychology</i>, 13(4), 701–718.</p> <p>Curran, C., Williams, A., & Potts, H. W. W. (2009). Cognitive-behavioral therapy for persistent pain: does adherence after treatment affect outcome? <i>European journal of pain London England</i>, 13(2), 178–188.</p> <p>Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? <i>Psychology & Health</i>, 19(1), 29–49.</p>	<p>FKV Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989)</p> <p>BEFO-F Berner Bewältigungsformen (Heim, Augustiny, Blaser, & Schaffner, 1991)</p> <p>TSK Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (Klauer & Filipp, 1993)</p> <p>UBV Umgang mit Belastungen im Verlauf (Reicherts & Perrez, 1993)</p> <p>PAREMO Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (Hafen, Bengel, & Nübling, 2006)</p> <p>FESV Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (Geissner, 2001)</p>

Berücksichtigte Literatur	Berücksichtigte Coping-Instrumente
<p>Michie, S., Johnston, M., Francis, J. J., Hardeman, W., & Eccles, M. P. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. <i>Applied Psychology, 57</i>(4), 660–680.</p> <p>Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. <i>Health Psychology, 29</i>(1), 1–8.</p> <p>Nicholas, M. K., Asghari, A., Corbett, M., Smeets, R. J. E. M., Wood, B. M., Overton, S., Perry, C., et al. (2012). Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? <i>European Journal of Pain (London, England), 16</i>(1), 93–104.</p> <p>De Ridder, D., Theunissen, N. C. M., & van Dulmen, S. M. (2007). Does training general practitioners to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole? <i>Patient Education and Counseling, 66</i>(3), 327–336.</p> <p>Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. <i>Psychological Bulletin, 129</i>(2), 216–269.</p> <p>Sniehotta, F. F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U., & Völler, H. (2005). Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. <i>International Journal of Behavioral Medicine, 12</i>(4), 244–255.</p> <p>Theunissen, N. C. M., de Ridder, D. T. D., Bensing, J. M., & Rutten, G. E. H. M. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or action plans concerning adherence. <i>Patient Education and Counseling, 51</i>, 247–258.</p>	<p>FESS Fragebogen zur schmerzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung (Mangels, Schwarz, Sohr, Holme, & Rief, 2009)</p> <p>CSQ-D Coping Strategies Questionnaire (Verra, Angst, Lehmann, & Aeschlimann, 2006)</p> <p>R-SWK Reha-bezogene Selbstwirksamkeitserwartung (Muthny, Fiedler, Richter, & Wiedebusch, 2006)</p> <p>RehaKog Reha-bezogene Kognitionen (Muthny, Fiedler, Richter, Schweidtmann, & Wiedebusch, 2006)</p>

Tabelle 5: Bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigte Literatur und einbezogene Coping-Instrumente

4.1.4 Item-Formulierung

Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen und der Literaturanalysen wurden in mehreren Überarbeitungsschritten Items zur Abfrage von Bewältigungsverhaltensweisen (action plans) für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und für Patienten mit depressiven Störungen für jeweils drei Messzeitpunkte (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6 Monate nach Reha-Ende) formuliert. Das Vorgehen gestaltete sich dabei wie folgt: Für die einzelnen Items wurde eine erste Layout-Idee entwickelt (siehe Abbildung 3), die vorsah, bei jedem Item mit einer Einstiegsfrage der Form „Im Umgang mit Ihrer Depression/Rückenschmerzen: Haben Sie xxx gemacht?“ zu beginnen. Bei positiver Antwort wurden anschließend die Ziele des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung abgefragt.

1. Einstiegsfrage zum Bewältigungsverhalten

0 Nein, das habe ich noch nicht gemacht

Gehen Sie weiter zur nächsten Frage

Ja, das habe ich gemacht...

1 2 3 4 5

Sehr selten Selten Manchmal Häufig Sehr häufig

Mit welchem Ziel?		Wie hat das geklappt?					
Mehrfachantworten möglich		Sehr gut	Gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/> 1	Ziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 2	Ziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3	Ziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4	Ziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		1	2	3	4	5	6

Abbildung 3: Erster Layout-Entwurf der Fragenformulierung

Für beide Diagnosegruppen wurden zunächst anhand der in den Fokusgruppen identifizierten Strategien zur Krankheitsbewältigung Einstiegsfragen für den Messzeitpunkt t0 entworfen, durch Anregungen aus der Literatur und anderer Fragebögen ergänzt und im Team diskutiert. Anschließend wurden – ebenfalls in mehreren Überarbeitungsschleifen – die Einstiegsfragen für die Messzeitpunkte t1 (Reha-Ende) und t2 (6 Monate nach Reha-Ende) entwickelt, wobei einige Fragen äquivalent zum Messzeitpunkt t0 gestaltet waren, andere jedoch speziell für die Messzeitpunkte t1 und/oder t2 formuliert wurden. In einem letzten Überarbeitungsschritt wurde im Rahmen einer Teambesprechung abschließend der finale Fragen-Pool für beide Indikationsbereiche für die jeweiligen Messzeitpunkte t0, t1 und t2 zusammengestellt. Dabei zeigte sich auch, dass die Patienten einige Verhaltensweisen als Bewältigungsstrategien beschrieben, die eher als Symptome der Erkrankung einzuschätzen sind (z.B. Grübeln bei Depression). Aufgrund des patientenorientierten Fokus bei der Itementwicklung wurden diese Items jedoch auch in den finalen Fragen-Pool übernommen.

Basierend auf den Cooccurrence-Analysen der Aussagen aus den Fokusgruppen, den Literaturanalysen und den bereits bestehenden Coping-Instrumenten wurde danach ein Pool möglicher Ziele für die Bewältigungsstrategien entwickelt. Da die Krankheitsbewältigung sich im CSM explizit auf das subjektive Krankheitskonzept bezieht (z.B.: Wenn ich den Eindruck habe, dass ich die Krankheit selbst kontrollieren kann (Krankheitskonzept), dann werde ich eher verhaltensbezogene Krankheitsbewältigung zur Kontrolle der Erkrankung einsetzen), wurden die Zielbereiche den Bestimmungsstücken subjektiver Krankheitskonzepte im CSM zugeordnet (siehe Tabelle 6; vgl. (Leventhal, Brisette, & Leventhal, 2003; Leventhal et al., 2001, 1980).

Kategorien subjektiver Krankheitskonzepte nach dem CSM	Zielbereiche: Ich setze die Strategie ein, um.....
Emotionale Repräsentation	<ul style="list-style-type: none"> mich abzulenken etwas für mein Wohlbefinden zu tun mich zu entspannen mich zu entlasten und die <i>Depression/Rückenschmerzen</i> besser zu akzeptieren einen „Kick“ zu spüren
Identität	<ul style="list-style-type: none"> mein körperliches Befinden zu verbessern die Schmerzen zu lindern mein psychisches Befinden zu verbessern Medikamente verschrieben zu bekommen
Krankheitsverlauf	<ul style="list-style-type: none"> Einfluss auf den Verlauf der <i>Depression/Rückenschmerzen</i> zu nehmen
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> meinen Alltag weiterhin meistern zu können wieder bzw. weiterhin arbeiten zu können (Erwerbstätigkeit oder Hausarbeit) weiterhin mobil sein zu können Konflikte zu vermeiden andere (Familie, Freunde, Kollegen) nicht zu belasten
Persönliche Kontrolle/Behandlungskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> mehr Kontrolle über die <i>Depression/Rückenschmerzen</i> zu erleben Anregungen zu bekommen, wie ich mit der <i>Depression/Rückenschmerzen</i> umgehen kann möglichst schnell eine Verbesserung zu erzielen Nebenwirkungen zu reduzieren oder zu vermeiden
Ursache	<ul style="list-style-type: none"> äußere Belastungen zu reduzieren meinen Umgang mit Stress und Problemen zu verbessern den Ursachen der <i>Depression/Rückenschmerzen</i> „auf den Grund zu gehen“
Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> die <i>Depression/Rückenschmerzen</i> besser zu verstehen Probleme zu lösen, die durch die <i>Depression/Rückenschmerzen</i> entstanden sind Entscheidungen treffen zu können, die mit der <i>Depression/Rückenschmerzen</i> zusammenhängen
Sozial-kultureller Kontext/„Personenvariablen“	<ul style="list-style-type: none"> etwas zu tun, was mir Spaß macht verstanden zu werden Hilfe/Unterstützung zu bekommen den „Schein zu wahren“ und die Depression zu verstecken einen Grad der Behinderung (GdB) zu beantragen mich über eine Rentenantragstellung zu informieren meinen eigenen „Standards“ gerecht zu werden

Tabelle 6: Übersicht zu den berücksichtigten Zielbereichen und deren Zuordnung zum CSM

Jeder Einstiegsfrage wurden – wiederum unter Berücksichtigung der Cooccurrence-Analysen und mit Blick auf eine ausgewogene Verteilung der CSM-Bereiche - vier Zielbereiche zugeordnet.

Abschließend wurden basierend auf der ICF sowie auf aktuellen Leitlinien und Therapiestandards (Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz: DRV Reha-Therapiestandards chronische Rückenschmerzen, Diagnosegruppe Depression: DRV Reha-Therapiestandards Depression, S3 Leitlinie Depression) weitere Strategien ergänzt, die bislang weder in den Fokusgruppen noch in den Literaturrecherchen identifiziert worden waren. Als Ergebnisse dieser Prüfung wurden zusätzliche Items aufgenommen.

4.1.5 Kognitiver Pretest

Mit dem Ziel, das Fragebogen-Layout mit seinen Sprüngen und Teilfragen auf Verständlichkeit hin zu prüfen, wurde im Dezember 2011 in einer psychosomatischen Klinik ein kognitiver Pretest mit N=5 Rehabilitanden durchgeführt (drei Frauen, zwei Männer, Durchschnittsalter 49 Jahre).

Als zentrales Ergebnis dieser Patientenbefragung wurde die Frage „Mit welchem Ziel?“ (Abfrage der mit den eingesetzten Bewältigungsstrategien intendierten Ziele) durch die Formulierung „Was wollten Sie dadurch erreichen?“ ersetzt. Die Frage „Wie hat das geklappt?“ (Abfrage der Bewertung der Zielerreichung) wurde in „Wie bewerten Sie den Erfolg?“ umformuliert. Darüber hinaus wurden auf Anregung der Patienten weitere kleinere Änderungen am Layout (farbliche Hinterlegungen, Abgrenzungen) und ein zusätzlicher Texthinweis aufgenommen. Weiterhin wurde bei der Abfrage der Zielbereiche ein zusätzliches Freitext-Feld eingeführt, in welches die Patienten bei Bedarf andere bzw. weitere Ziele des eingesetzten Bewältigungsverhaltens eintragen können.

4.1.6 Finale Fragebögen

Der finale Fragebogen zum patientenseitigen Bewältigungsverhalten, der im Rahmen des quantitativen Pretests psychometrisch geprüft wurde (siehe Abschnitt 4.2), umfasste in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz zum Messzeitpunkt t0 43 Items, zum Messzeitpunkt t1 40 Items und zum Messzeitpunkt t2 45 Items.

In der Diagnosegruppe depressive Störungen setzt sich der Pretest-Fragebogen zum Messzeitpunkt t0 aus 38 Items, zum Messzeitpunkt t1 aus 32 Items und zum Messzeitpunkt t2 aus 41 Items zusammen. Das finale Layout ist beispielhaft in Abbildung 4 dargestellt.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren **Umgang mit der Depression in den letzten 6 Monaten**. Bitte geben Sie jeweils an, (1.) ob das genannte Verhalten auf Sie zutrifft, (2.) wenn ja, was Sie mit dem Verhalten erreichen wollten und (3.) wie Sie den entsprechenden Erfolg bewerten.

12. Haben Sie sich mehr bewegt oder Sport gemacht (z.B. Rad fahren, schwimmen, walken, Fitnessstudio oder wandern)?

Nein, das habe ich nicht gemacht

Gehen Sie weiter zur nächsten Frage

Ja, das habe ich gemacht...

1 Sehr selten 2 Selten 3 Manchmal 4 Häufig 5 Sehr häufig

Was wollten Sie dadurch erreichen?
Wählen Sie alle Ziele aus, die für Sie zutreffen und bewerten Sie anschließend den Erfolg

Wie bewerten Sie den Erfolg?

		sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht	
etwas für mein Wohlbefinden zu tun	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	114
mein körperliches Befinden zu verbessern	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	115
Einfluss auf den Verlauf der Depression zu nehmen	3 <input type="checkbox"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	116
etwas zu tun, was mir Spaß macht	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	117
anderes Ziel, und zwar _____	5 <input type="checkbox"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	118
		1	2	3	4	5	6	

Abbildung 4: Finales Fragebogen-Layout

4.1.7 Zusammenfassung

Im Rahmen der Vorstudie konnte für beide Diagnosegruppen ein umfassender, diagnosespezifischer Itempool zur differenzierten Erfassung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung vor, während und nach der Rehabilitation entwickelt werden. Besonderheiten des neu entwickelten Fragebogens im Gegensatz zu anderen Coping-Instrumenten sind die theoretische Basis des CSM, die Verknüpfung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens (action plans) mit handlungsleitenden Zielen sowie die Erfassung der Zielerreichung (appraisal) in einem Instrument, was so, unseres Wissens nach, bislang mit keinem anderen Instrument möglich ist.

Das multimodale Vorgehen bei der Fragebogenentwicklung hat sich dabei insgesamt als geeignete Methode für die theorie- und empiriebasierte Generierung eines reichhaltigen Itempools erwiesen. Aufgrund des „Participatory Research“-Ansatzes (hier: direkter Einbezug von Patienten und Behandlern bei der Fragebogenentwicklung) zeichnete sich das Vorgehen darüber hinaus durch ein hohes Maß an Patientenorientierung aus (Cargo & Mercer, 2008).

4.2 Pretest: Psychometrische Prüfung *Februar - November 2012; Juni - Juli 2013*

4.2.1 Zielsetzung

Ziel des quantitativen Pretests war es, den neu entwickelten Fragebogen zu patientenseitigem Bewältigungsverhalten anhand bereits etablierter Instrumente zu validieren und im Hinblick auf patientenseitige Akzeptanz und Praktikabilität zu prüfen.

4.2.2 Methodik

4.2.2.1 Eingesetzte Instrumente

Neben dem neu entwickelten Fragebogen „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ kamen im Rahmen des Pretests eine Reihe weiterer Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die eingesetzten Instrumente in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen.

Konstrukt	Instrument	eingesetzt in Diagnosegruppe	Literatur
Subjektive Konzepte			
Krankheitskonzept	IPQ-R (Illness Perception Questionnaire Revised)	Rückenschmerz Depression	(Gaab & Ehlert, 2005; Glattacker, Bengel, & Jäckel, 2009; Moss-Morris et al., 2002)
Behandlungskonzept Medikamente	BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire)	Depression	(Horne, Weinman, & Hankins, 1999; Opitz, Glattacker, Bengel, & Jäckel, 2008)
Behandlungskonzept Reha	BRQ (Beliefs about Rehabilitation Questionnaire)	Rückenschmerz Depression	(Glattacker, Heyduck, & Meffert, 2009a)
Outcome			
Lebensqualität	SF-12 (Fragebogen zum Gesundheitszustand)	Rückenschmerz	(Morfeld, Kirchberger, & Bullinger, 2011)
Funktionsfähigkeit	ODI (Oswestry Disability Index)	Rückenschmerz	(Mannion, Junge, Fairbank, Dvorak, & Grob, 2006)
Funktionsfähigkeit	ADS (Allgemeine Depressions Skala)	Depression	(Hautzinger & Bailer, 1993)
Schmerzen	VAS (Visuelle Analogskala)	Rückenschmerz	(AQMS, 2008)
Prädiktoren/Confounder			
Depression	HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version)	Rückenschmerz	(Foster, Thomas, Bishop, Dunn, & Main, 2010)
Katastrophisierung	PCS (Pain Catastrophizing Scale)	Rückenschmerz	(Meyer, Sprott, & Mannion, 2008)
Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit	FESS (Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen SWE)	Rückenschmerz	(Mangels et al., 2009)
Fear-Avoidance-Beliefs	FABQ-D (Fear-Avoidance-Beliefs Questionnaire)	Rückenschmerz	(Pfungsten et al., 1997)
Soziodemographie	Soziodemographie	Rückenschmerz Depression	(AQMS, 2012)

Konstrukt	Instrument	eingesetzt in Diagnosegruppe	Literatur
Interaktionsbezogene Variablen			
Arzt-Patient-Interaktion	KOVA (Fragebogen zum Kommunikationsverhalten von Behandlern)	Rückenschmerz	(Farin, Gramm, & Schmidt, 2012)
Soziale Unterstützung	F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung)	Depression	(Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007)
Vertrauen in den Arzt	ViA (Vertrauen in den Arzt)	Depression	(Glattacker, Gülich, Farin, & Jäckel, 2007)
Validierungsinstrument für Fragebogen zum Bewältigungsverhalten			
Coping	CSQ-D (Coping-Strategies-Questionnaire-Deutsche Version)	Rückenschmerz	(Verra et al., 2006)
Coping	TSK (Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung)	Depression	(Klauer & Filipp, 1993)

Tabelle 7: Überblick über die zusätzlich ausgewählten Instrumente in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen

Der Einsatz dieser Verfahren ermöglicht weiterführende Analysen. Im vorliegenden Abschlussbericht werden aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nur die zentralen Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung des Bewältigungsfragebogens dargestellt.

Die Instrumente (Tabelle 7) wurden unter Berücksichtigung lizenzrechtlicher Aspekte in einem Fragebogenpaket zusammengestellt. Zusätzlich wurde ein kurzer Arztbogen entwickelt, mit dessen Hilfe v.a. krankheitsbezogene Variablen zur Stichprobenbeschreibung erfasst werden sollten.

4.2.2.2 Durchführung

Die Datenerhebung zur psychometrischen Prüfung des Fragebogens fand in neun orthopädischen und sechs psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum von Februar 2012 bis Oktober 2012 (bzw. April 2013 inklusive Katamnese) statt.

Der Druck der Fragebögen inkl. Patientinformationen und Einwilligungen erfolgte im Februar 2012. Sämtliche Erhebungsunterlagen sowie ein Manual, in dem das Datenerhebungsprozedere ausführlich beschrieben ist und eine sog. „Patientenliste“, welche die Dokumentation von Studienteilnehmern vs. Nichtteilnehmern oder Drop-Outs gewährleisten soll, wurden den Kliniken zugesandt. Darüber hinaus erhielten die Kliniken einen Foliensatz, der z.B. im Rahmen der Klinik-Einführung genutzt werden kann, um die Rehabilitanden über das Projekt zu informieren und zu einer Projektteilnahme zu motivieren. Die Befragung der Rehabilitanden erfolgte zu drei Zeitpunkten: Zu Beginn der Rehabilitation (t0), am Ende der Rehabilitation (t1) und 6 Monate nach Ende der Rehabilitation (t2). Grundsätzlich wurden nur diejenigen Patienten in die Studie eingeschlossen, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten (siehe Abschnitt 2.3) und die nach ausführlicher Information eine schriftliche Einwilligung (informed consent) erteilten. Abbildung 5 gibt eine Übersicht über den Rücklauf der Datenerhebung des Pretests. Die angestrebte Stichprobengröße (N=400) wurde erreicht: Insgesamt konnten 413 Rehabilitanden zu Beginn

(t0) und am Ende der Rehabilitation (t1) befragt werden. Der Rücklauf der Fragebögen zur Katamneseerhebung (t2) wurde im April 2013 abgeschlossen. In der Indikation Chronische Rückenschmerzen liegen insgesamt 151 vollständige Datensätze (t0, t1, t2) vor, in der Indikation Depressive Störungen liegen 146 vollständige Datensätze (t0, t1, t2) vor.

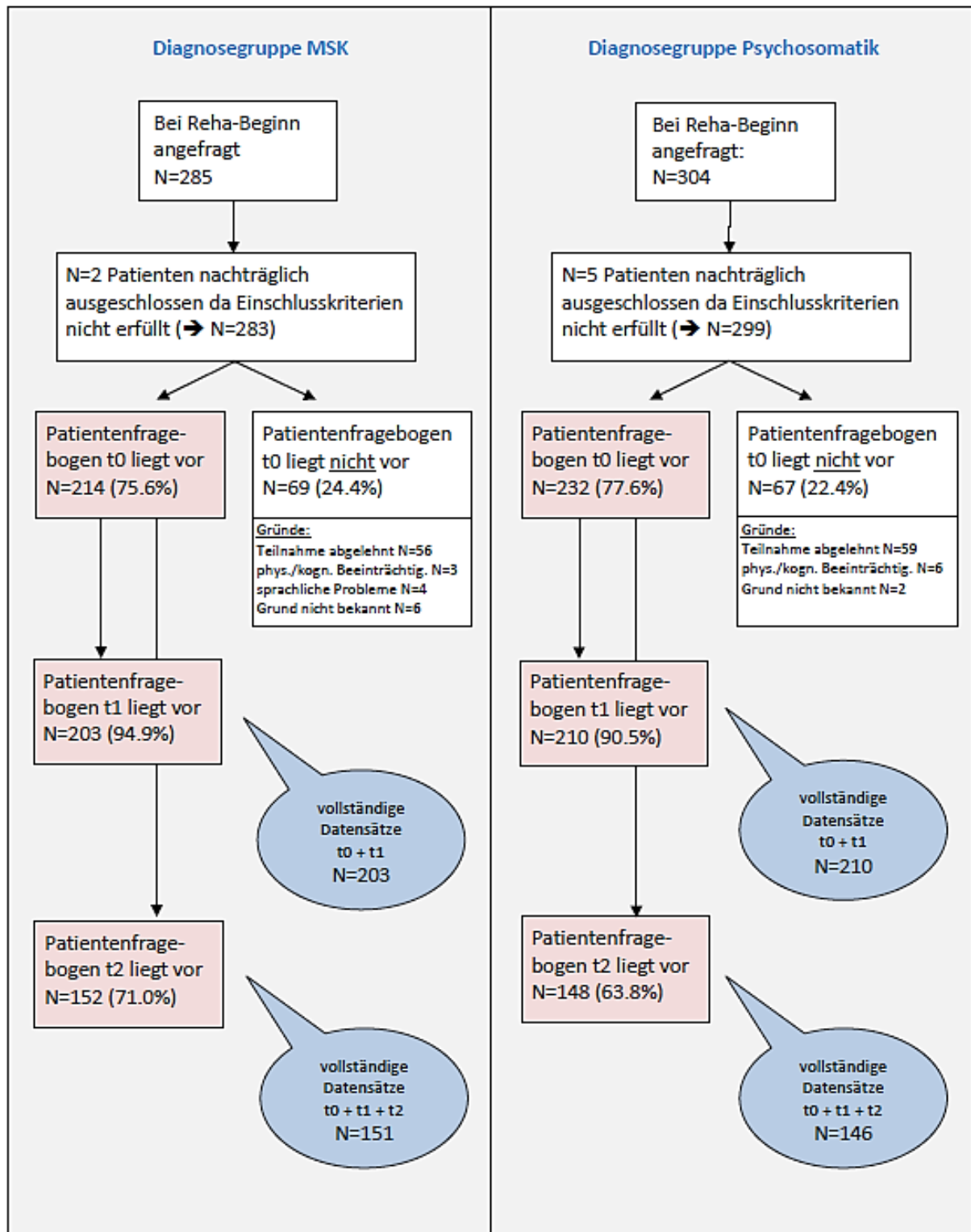


Abbildung 5: Übersicht über den Rücklauf des Pretests. Anmerkung: MSK=Muskuloskeletale Erkrankungen. N=Anzahl. Die Prozentzahlen des Fragebogen-Rücklaufs zu t1 und t2 beziehen sich jeweils auf die N=214 bzw. N=232 vorliegenden t0-Fragebögen.

4.2.2.3 Statistische Analysen

Die psychometrische Prüfung erfolgte für beide Diagnosegruppen getrennt. Die Skalen wurden im Hinblick auf Schiefe und Exzess, bzgl. der mittleren Itemschwierigkeit und im Hinblick auf Boden- und Deckeneffekte analysiert sowie mittels Cronbachs Alpha auf interne Konsistenz überprüft. Als Validitätsaspekt wurde die Konstruktvalidität über (zum katamnestic Messzeitpunkt 6 Monate nach Reha-Ende ermittelte) Korrelationen mit konstruktnahen Variablen analysiert. Die faktorielle Validität wurde mittels explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalysen bestimmt. Die Änderungssensitivität zwischen Reha-Beginn und der 6-Monats-Katamnese wurde über die Effektstärke ermittelt. Zur Berechnung der Effektstärke (im Folgenden ES) wurde die Mittelwertsdifferenz zwischen den beiden Messzeitpunkten an der Standardabweichung der ersten Messung standardisiert. In Anlehnung an Cohen (1992) wurden Effektstärken $<.40$ als klein, zwischen $.40$ und $.80$ als mittel und $>.80$ als stark bewertet. Als Validitätsaspekt wurde die Konstruktvalidität über (zum katamnestic Messzeitpunkt 6 Monate nach Reha-Ende ermittelte) Korrelationen mit den Skalen der deutschen Version des Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D; Verra et al., 2006) bzw. mit den Items der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK; Klauer & Philipp, 1993) analysiert. Die Akzeptanz des Fragebogens schließlich wurde über die Anzahl fehlender Werte der Items beim erstmaligen Ausfüllen des Fragebogens (also zu t_0) sowie über die patientenseitige Bewertung der Frage „Wie sind Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens 'Krankheitsbewältigung - Ziele und Bewertung' zurecht gekommen?“, die auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ beantwortet werden konnte, ermittelt. Sämtliche statistischen Analysen erfolgten mit dem Programmpaket Statistical Package for the Social Sciences (IBM, SPSS, Version 21, 2012).

4.2.2.4 Stichprobe

Im Rahmen des Pretests wurden $N=214$ Rehabilitanden in orthopädischen und $N=232$ Rehabilitanden in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen zu Beginn der Rehabilitation (t_0) befragt. Tabelle 8 gibt die wesentlichen soziodemographischen Merkmale der befragten Rehabilitanden in den beiden Diagnosegruppen wieder.

Variablen	Diagnosegruppe Chronische Rückenschmerzen (MSK) N=214	Diagnosegruppe Depressive Störungen N=232
Alter (M, SD)	50,7 (10,2)	47.88 (9.32)
Range Alter	22-82	24 - 74
Geschlecht N(%)		
Frauen	113 (52,8)	169 (72.8)
Männer	96 (44,9)	57 (24.6)
Staatsangehörigkeit N(%)		
deutsch	202 (94,4)	218 (94.0)
andere	8 (3,7)	8 (3.4)
Familienstand N(%)		
ledig	32 (15,0)	45 (19.4)
verheiratet	126 (58,9)	121 (52.2)

Variablen	Diagnosegruppe Chronische Rückenschmerzen (MSK) N=214	Diagnosegruppe Depressive Störungen N=232
Familienstand N(%)		
geschieden/getrennt	42 (19,6)	52 (22,4)
verwitwet	10 (4,7)	6 (2,6)
Feste Partnerschaft N(%)		
ja	158 (73,8)	149 (64,2)
nein	47 (22,0)	76 (32,8)
Häufigste Bundesländer N(%)		
	Baden-Württemberg: 84 (39,3)	Bayern: 41 (17,7)
	Bayern: 20 (9,3)	Niedersachsen: 37 (15,9)
	Rheinland-Pfalz: 19 (8,9)	Brandenburg: 20 (8,6)
Alte vs. neue Bundesländer N(%)		
alte Bundesländer	150 (70,1)	141 (60,8)
neue Bundesländer	60 (28,0)	83 (35,8)
Schulabschluss N(%)		
Volks- oder Hauptschule	67 (31,3)	48 (20,7)
Realschule	55 (25,7)	72 (31,0)
POS	26 (12,1)	34 (14,7)
Fachhochschulreife	28 (13,1)	20 (8,6)
Abitur	24 (11,2)	40 (17,2)
anderer Abschluss	6 (2,8)	7 (3,0)
kein Abschluss	2 (0,9)	2 (0,9)
Erwerbstätigkeit N(%)		
erwerbstätig	181 (84,6)	191 (82,3)
nicht erwerbstätig	23 (10,7)	36 (15,5)
arbeitslos	6 (2,8)	20 (55,6)
Hausfrau/Hausmann	2 (0,9)	2 (5,6)
EU/BU-Rente	1 (0,5)	1 (2,8)
Altersrente/pensioniert/Teilrente/Frührente	13 (6,1)	2 (5,6)
Sonstiges	1 (0,5)	11 (30,6)
Arbeiter- vs. Angestelltenstatus N(%)		
Arbeiter/Arbeiterin	57 (26,6)	43 (18,5)
Angestellter/Angestellte	129 (60,3)	167 (72,0)
Beamter/Beamte	4 (1,9)	3 (1,3)
Selbstständiger/Selbstständige	8 (3,7)	5 (2,2)
Krankheitsdauer N(%)		
weniger als 1 Jahr	22 (10,3)	48 (20,7)
1 bis 2 Jahre	20 (9,3)	50 (21,6)
3 bis 5 Jahre	33 (15,4)	40 (17,2)
6 bis 10 Jahre	32 (15,0)	35 (15,1)
mehr als 10 Jahre	96 (44,9)	42 (18,1)
weiß nicht	5 (2,3)	11 (4,7)
Reha-Erfahrung N(%)		
ja	94 (43,9)	86 (37,1)
nein	114 (53,3)	143 (61,6)
Häufigste Hauptdiagnosen N(%)		
	M54.4: 52 (24,3)	F33.1: 85 (36,6)
	M54.5: 31 (14,5)	F32.1: 62 (26,7)
AU Tage in den letzten 6 Monaten (M, SD)	34,6 (46,6)	85,70 (81,97)
Komo-Gesamtscore (M, SD, Range 0-10)	0,3 (0,3)	0,41 (0,31)
Medikamenteneinnahme (N%)		
ja		158 (69,6)
nein	Nicht erfragt	69 (29,7)

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung des Pretests. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung. Summen, die sich nicht zu N=214 (MSK) bzw. N=232 (Depressive Störung) aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte.

4.2.3 Ergebnisse

4.2.3.1. Ergebnisse für die Diagnosegruppe „Chronische Rückenschmerzen“

Bei der explorativen Faktorenanalyse über alle bewältigungsbezogenen Items zu t0 hinweg hatten 13 Faktoren einen Eigenwert >1 , der Screeplot deutete jedoch auf eine 3-Faktorenlösung hin. Die darauf basierende Faktorenanalyse mit Vorgabe der Extraktion von drei Faktoren ergab, dass 18 der 42 Items eindeutig luden. Der erste Faktorklärte 17,4% der Varianz auf und ließ sich inhaltlich als eher „Aktive Strategien“ (9 Items: Entspannung, Zeit in der Natur verbringen, alternative Heilmethoden, Sport, Naturheilmittel, gesunde Ernährung, positives Denken, Selbstfürsorge und Gefühle mitteilen) interpretieren. Der zweite Faktorklärte 7,3% Varianz auf und bildete eher „Passive Strategien“ ab (6 Items: Physiotherapie, Facharzt, Medikamente, Krankschreibung, Spritzen, Schonen). Auf dem dritten Faktor (Varianzaufklärung 5,7%) luden drei Items (sozialer Rückzug, Rückzug von Aktivitäten, Gefühle für sich behalten), die jedoch weniger eindeutig im Sinne verhaltensbezogener Bewältigung, sondern eher im Sinne eines depressiven Verhaltensmusters interpretiert werden konnten. Aus diesem inhaltlichen Grund sowie aufgrund der geringen internen Konsistenz dieser drei Items wurden im Folgenden nur die ersten beiden Faktoren weiter im Hinblick auf ihre Psychometrik analysiert.

Die Werte für den Modellfit, die sich bei der konfirmatorischen Prüfung des Modells ergeben haben, lagen unter Freisetzung von vier inhaltlich plausiblen Fehlerkorrelationen in einem akzeptablen Bereich.

Auch die Verteilungseigenschaften sowie die interne Konsistenz der beiden Skalen zu t0 waren mit Werten von .77 bzw. .73 akzeptabel. Zu Reha-Ende ließen sich die Werte der internen Konsistenz mit .54 bzw. .02 nicht replizieren, zum Katamnesezeitpunkt lagen die Cronbach Alpha-Werte bei .67 bzw. .68.

Bezüglich der Konstruktvalidität zeigten sich plausible Korrelationen mit den Skalen des CSQ-D. Hinsichtlich der Änderungssensitivität auf Skalenebene zeigte sich, dass die aktiven Strategien im Halbjahreszeitraum nach der Rehabilitation verglichen zum Zeitpunkt „Reha-Beginn“ mit einer geringen Effektstärke zunahmen ($ES=.21$), während die passiven Strategien in demselben Zeitraum mit einem starken Effekt abnahmen ($ES=-.82$). Auf Einzelitemebene ergaben sich insgesamt für eine Vielzahl der Items mittlere bis hohe Effekte.

Die Auswertungen zur Akzeptanz des Fragebogens zeigten, dass 12% der Patienten mit dem Ausfüllen des Fragebogens „sehr gut“ und weitere 67% „gut“ zurechtgekommen sind. Lediglich 2,8% der Patienten kamen mit dem Ausfüllen „schlecht“, keiner hingegen „sehr schlecht“ zurecht. Eine Publikation zur psychometrischen Prüfung des Fragebogens (Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz) ist derzeit under review (vgl. Abschnitt 8).

4.2.3.2. Ergebnisse für die Diagnosegruppe „Depressive Störung“

Bei der explorativen Faktorenanalyse über alle bewältigungsbezogenen Items zu t0 konnten keine Skalen gebildet werden, die methodischen Kriterien genügten. Daher wurden die weiteren Auswertungen auf der Ebene der Einzelitems durchgeführt. Tabelle 9 beinhaltet die Verteilungseigenschaften der Items zu t0. Die mittlere Item-Schwierigkeit lag in einem adäquaten Bereich. Hinsichtlich Schiefe und Exzess gab es einige Items, die sich außerhalb des Normalverteilungsbereiches befanden. Das Item „Selbstverletzung“ wurde aufgrund von deutlich außerhalb des Normbereichs liegenden Werten und im Einklang mit Empfehlungen der Behandler in den Kooperationskliniken ausgeschlossen.

Bezüglich der Konstruktvalidität zeigte sich, dass die Items des neu entwickelten Fragebogens in vielen Fällen theoriekonform mit Items der Skalen des TSK (Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung) korrelierten: Beispielsweise korrelierten die Items zu den Strategien „Grübeln“, „sozialer Rückzug“ und „Rückzug aus Aktivitäten“ in mittlerer Stärke mit Items der Skala „Rumination“ des TSK (Korrelationen zwischen .31 und .52). Items zu den Strategien „mehr Zeit mit Hobbies verbringen“ oder „Unterstützung durch die Familie suchen“ hingegen korrelierten mit Items der Skala „Suche nach sozialer Einbindung“ des TSK (Korrelationen zwischen .32 und .48). Die Items „Informationssuche“ und „Gefühle ausdrücken“ korrelierten mit Items der Skala „Information und Erfahrungsaustausch“ des TSK (Korrelationen zwischen .31 und .63).

Hinsichtlich der Änderungssensitivität auf Ebene der Einzelitems zeigte sich, dass viele Strategien, die sich eher den „aktiven Strategien“ zuordnen lassen, im Halbjahreszeitraum nach der Rehabilitation verglichen zum Zeitpunkt „Reha-Beginn“ zunahmen. Beispielsweise nahm die Verwendung der Strategien „Sport“ (ES=.40) oder „Selbstfürsorge“ (ES=.63) zu. Demgegenüber nahmen Strategien, die sich eher den „passiven Strategien“ zuordnen lassen, in demselben Zeitraum ab (Item „Rückzug aus Aktivitäten“: ES=-1.1; Item „einfach Weitermachen“: ES=-.66).

Die Auswertungen zur Akzeptanz des Fragebogens zeigten, dass der Anteil fehlender Werte für alle Items unter 5% lag. 14% der Patienten sind mit dem Ausfüllen des Fragebogens „sehr gut“ und weitere 58% „gut“ zurechtgekommen. 20% wählten die Antwortkategorie „weder gut noch schlecht“, 5 % der Patienten kamen mit dem Ausfüllen „schlecht“, keiner hingegen „sehr schlecht“ zurecht. 3% der Patienten gaben keine Angabe dazu, wie gut sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens zurechtkamen.

Item		Mittelwert	Schiefe	Kurtosis/ Exzess
s01	Strategie Sport	1.81	.220	-1.534
s02	Strategie Arbeit	1.80	.423	-1.591
s03	Strategie Entspannungstechniken	.98	1.132	-.327
s04	Strategie Risiko_Leben	1.07	1.033	-.614
s05	Strategie Hobbies	1.81	.288	-1.643
s06	Strategie Natur	1.79	.199	-1.581

Item		Mittelwert	Schiefe	Kurtosis/ Exzess
s07	Strategie Yoga	.32	2.859	6.823
s08	Strategie Unterstützung_Fam	2.47	-.411	-1.070
s09	Strategie Glauben	1.16	1.064	-.635
s10	Strategie Psychiater	2.31	-.203	-1.482
s11	Strategie Alt_Heilmethoden	.53	2.123	2.923
s12	Strategie Sozmed_Beratung	.29	2.745	6.351
s13	Strategie Psychotherapie	1.78	.315	-1.669
s14	Strategie Unterstützung_Pat	.96	1.098	-.354
s15	Strategie Stat_Behand	.42	2.836	7.169
s17	Strategie Arbeitsplatzwechsel	.47	2.518	5.137
s18	Strategie Medikamente	2.85	-.430	-1.599
s19	Strategie Krankschreibung	2.70	-.149	-1.629
s20	Strategie Ges_Ernährung	1.97	.159	-1.689
s21	Strategie Naturheilmittel	.84	1.498	.578
s22	Strategie Veränderung_Schlaf	2.27	.016	-1.812
s23	Strategie Selbstverletzung	.13	5.573	32.219
s24	Strategie Veränderung_Essen	1.99	.163	-1.748
s25	Strategie Licht_Wärme	.71	1.736	1.611
s26	Strategie Informationssuche	2.00	.174	-1.609
s27	Strategie Grübeln	4.17	-2.178	5.178
s28	Strategie Nichtstun	3.07	-.734	-.803
s29	Strategie Rückzug_Soz	3.11	-.848	-.586
s30	Strategie Rückzug_Aktiv	2.93	-.699	-.978
s31	Strategie Schonen	2.56	-.390	-1.352
s32	Strategie Weitermachen	3.07	-.720	-1.046
s33	Strategie Gefühle_intro	3.21	-.932	-.605
s34	Strategie Pos_Denken	1.24	.727	-1.133
s35	Strategie Selbstfürsorge	1.85	.042	-1.393
s36	Strategie Gefühle_extro	1.41	.571	-1.255
s37	Strategie Selbstermutigung	1.89	.164	-1.473
s38	Strategie Fokus_Stärken	1.19	.776	-.994

Tabelle 9: Verteilungseigenschaften der Items

4.2.4 Zusammenfassung

Im Rahmen des psychometrischen Pretests wurden die Fragebögen für beide Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer Verteilungseigenschaften geprüft. Dabei zeigte sich, dass für den Fragebogen der Diagnosegruppe „Chronische Rückenschmerzen“ eine Skalenbildung möglich war. Für den Fragebogen der Diagnosegruppe „Depressive Störungen“ hingegen war keine Skalenbildung sinnvoll. Auf Ebene der Einzelitems zeigten sich jedoch zufriedenstellende Verteilungseigenschaften. Lediglich ein Item (Diagnosegruppe „Depressive Störungen“, Item „Selbstverletzung“) wurde aus dem Fragebogen ausgeschlossen.

Insgesamt liegt unseres Erachtens eine wesentliche Stärke des Fragebogens in der Struktur und Formulierung seiner Items. Bei einer Aggregation der Items zu Skalen kommt es für Interventionen wie die im Folgenden dargestellte SELF-Intervention zu einem Informationsverlust, weshalb die Bewältigungsstrategien im Rahmen der SELF- Intervention auf der Ebene der einzelnen Strategien berücksichtigt und nicht in Skalen zusammengefasst wurden.

4.3 Hauptstudie: Interventionsentwicklung *Januar 2012 bis April 2013*

4.3.1 Zielsetzung

Ein wesentliches Arbeitspaket der Hauptstudie war von Januar 2012 bis April 2013 die konzeptionelle Weiterentwicklung der „SubKon-Intervention“ (zur „SELF-Intervention“). Hierfür wurde zunächst literaturgestützt bzw. theoriebasiert das Interventionskonzept weiterentwickelt, welches anschließend mit Behandlern aus den beteiligten Kooperationskliniken im Rahmen von Expertengruppen diskutiert und adaptiert wurde.

4.3.2 Expertengruppen

Zwischen November 2012 und Januar 2013 wurden mit insgesamt N=20 (N=9 Psychosomatik, N=11 MSK) Behandlerinnen und Behandlern aus vier Kooperationskliniken Expertengruppen durchgeführt. Aus den einzelnen Kliniken beteiligten sich zwischen drei und acht BehandlerInnen an den Expertengruppen. Die insgesamt elf Männer und neun Frauen waren im Schnitt 49 Jahre alt. N=13 Teilnehmer waren ÄrztInnen, N=6 waren PsychologInnen und N=1 Teilnehmer war Ergotherapeut. Zwölf BehandlerInnen hatten eine mehr als 10-jährige Berufserfahrung, neun Teilnehmer hatten eine Leitungsfunktion inne und die Hälfte der Teilnehmer hatte Erfahrung mit der SubKon-Intervention aus dem Vorgängerprojekt. Die Expertengruppen wurden in den Kliniken vor Ort durchgeführt und dauerten jeweils vier Stunden.

Anhang 9 enthält die Powerpoint-Präsentation zur Moderation der Expertengruppen. Nach der Vorstellung des SELF-Konzepts wurden mit den Behandlern u.a. folgende Fragen zu den vier Bereichen „Inhalte der Intervention“, „Patientenbeteiligung“, „Akzeptanz“ und „Machbarkeit“ diskutiert:

- Welche Aspekte der SubKon-Intervention konnten im Vorgängerprojekt „manualgerecht“ umgesetzt werden? Was ließ sich nicht umsetzen und warum?
- Welche inhaltlichen Verbesserungsvorschläge gibt es?
- Wie könnten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stärker an der Intervention beteiligt werden?
- Welche Berufsgruppen sollten an der Interventionsdurchführung beteiligt werden?
- Wie kann der Austausch zwischen den Mitarbeitern des Reha-Teams bezüglich der Intervention gefördert werden?
- Welche konkreten Wünsche bestehen bzgl. der Interventionsschulung?
- Wie können die Durchführenden während der Implementationsphase unterstützt werden?

- Was müsste gegeben sein, damit die Intervention für die RehabilitandInnen hilfreich und sinnvoll ist?
- Was müsste gegeben sein, damit die Intervention für die BehandlerInnen hilfreich und sinnvoll ist?

Die Expertengruppen wurden mittels Tonbandgerät aufgezeichnet. Die wesentlichen Ergebnisse wurden vom Projektteam extrahiert und tabellarisch zusammengestellt. Dabei zeigte sich, dass in den Kliniken bzgl. der verschiedenen Themenbereiche eine recht hohe Übereinstimmung bestand (z.B. bzgl. der Frage, wie Patienten besser an der Intervention beteiligt werden können oder welche Berufsgruppen an der Interventionsdurchführung beteiligt werden sollten). Diese Ergebnisse flossen in die Interventionsweiterentwicklung ein.

Die Expertengruppen wurden von den teilnehmenden BehandlerInnen sehr positiv bewertet. Die themenbezogene Präsentation wurde auf einer 6-stufigen Schulnotenskala von 12 TeilnehmerInnen mit einer „1“ und von den übrigen Teilnehmern mit einer „2“ bewertet, die schriftlichen Informationsmaterialien von 10 TeilnehmerInnen mit einer „1“ und von neun mit einer „2“ (eine fehlende Angabe) und die Moderation der Expertengruppen von 13 TeilnehmerInnen mit einer „1“, von 6 TeilnehmerInnen mit einer „2“ und von einem Teilnehmer mit einer „3“.

4.3.3 Weiterentwicklung des Programms „Rückmeldebogen“

Da die SELF-Intervention gegenüber der SubKon-Intervention auch das patientenseitige Bewältigungsverhalten und dessen Bewertung adressiert, musste auch der Rückmeldebogen, der die Grundlage für die Interventionsdurchführung darstellt, überarbeitet werden. Hierfür wurde ein Auftrag an ein IT-Unternehmen vergeben. Die Überarbeitung des Programms „Rückmeldebogen“ erfolgte in mehreren Entwicklungsschleifen ab September 2012.

Zunächst wurden den Programmentwicklern umfangreiche Vorlagen zu den Anforderungen und Inhalten des Programms zur Verfügung gestellt. Im Januar 2013 lag eine erste Test-Version des Programms vor. Nach einem ausführlichen Test des Programms im Hinblick auf Lauffähigkeit und korrekte Berechnungsvorschriften sowie bzgl. Nutzerfreundlichkeit, Eingabe-Checks (z.B. doppelte ID-Nummern-Eingabe etc.) wurden den Entwicklern alle verbesserungsbedürftigen Punkte zurückgemeldet. Zwischen Februar und April 2013 erfolgte eine enge, kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Entwicklern, sodass Mitte April 2013 eine voll funktionsfähige und nutzerfreundliche Programmversion abgenommen werden konnte.

Als Endprodukt liegt ein Programm vor, mit dem auf einfache Weise die für die Intervention genutzten Rückmeldebögen erzeugt werden können.

4.3.4 Finales Interventionskonzept

Das finale Interventionskonzept ist im Interventionsmanual (Anhang 12) dargestellt. Im Folgenden werden die wichtigsten Grundsätze und Inhalte des Interventionskonzepts beschrieben.

4.3.4.1 Ziele, Methoden und Module der SELF-Intervention

Als Gesamtüberblick zur SELF-Intervention sind im Folgenden in Anlehnung an Ströbl et al. (2007) die zentralen Ziele und eingesetzten Methoden sowie die inhaltlichen Module der Intervention zusammenfassend dargestellt.

Ziele

- Verbesserung der Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung (Selbstmanagement)
- Förderung des Verständnisses und der Akzeptanz gegenüber der eigenen Erkrankung und Behandlung
- Förderung des Verständnisses des Reha-Behandlungsplans und Steigerung der Adhärenz
- Befähigung zu informierten Entscheidungen bzgl. der Lebensführung (Empowerment)
- Steigerung der Zufriedenheit mit den während der Rehabilitation vermittelten Inhalten und Informationen.

Methoden

- Einzelgespräche mit interdisziplinärer/multiprofessioneller Ausrichtung
- Durchführung von mehreren „Gesprächseinheiten“
- Verwendung mehrerer Vermittlungsmethoden
- Einbezug von kognitiven und Verhaltenselementen
- Berücksichtigung einer kurzfristigen („während der Reha“) und mittelfristigen („nach der Reha“) Perspektive bzgl. der Krankheitsbewältigung.

Module

- gemeinsame Reflexion der individuellen Ansichten und Vorstellungen des Patienten zu seiner Erkrankung („subjektive Krankheitskonzepte“)
- gemeinsame Reflexion der individuellen Ansichten und Vorstellungen des Patienten zu seiner medikamentösen und rehabilitativen Behandlung („subjektive Behandlungskonzepte“)
- bedarfsgerechte Informierung über die Krankheit und Behandlung auf Basis der patientenseitigen Bewertung bislang erhaltener Informationen
- gemeinsame Reflexion des bisherigen Krankheitsbewältigungsverhaltens des Patienten, dessen Zielen und Bewertung sowie Erarbeitung eines Handlungsplans für den Zeitraum während und nach der Rehabilitation.

4.3.4.2 Inhaltliches Vorgehen

Das übergeordnete Ziel der SELF-Intervention ist es, Ansatzpunkte zu finden, um die Selbstregulation der Patienten in Bezug auf ihre Erkrankung und Behandlung möglichst optimal zu unterstützen und zu fördern. Der grundlegende Gedanke zur Erreichung dieser Ziele ist, dass das, was Rehabilitanden in Bezug auf ihren Umgang mit Krankheit und Behandlung vermittelt wird, bei den Rehabilitanden besser „ankommt“ (d.h. in ihr „mentales Modell“ von Krankheit und Behandlung integriert wird), wenn es an die bestehenden patientenseitigen Konzepte anknüpft.

Das Kennzeichnende der SELF-Intervention ist dabei zum einen die strukturierte Erfassung dessen, was Rehabilitanden über ihre Krankheit und Behandlung denken bzw. im Umgang mit ihrer Erkrankung bislang getan haben und zum anderen eine darauf basierende individuelle Maßschneiderung der Arzt-Patienten (bzw. Psychologen-Patienten)-Gespräche über Krankheit und Behandlung.

Maßschneiderung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Behandler für jeden Patienten anknüpfend an die genauere Exploration der subjektiven Konzepte, des Informationsbedarfs und der bisherigen Bewältigungsstrategien aus einer Reihe von Interventionsstrategien, die für den Patienten passende auswählt. Die Behandler können (in Anlehnung an Abraham & Michie, 2008; Wilmers, 2012):

- **dem Patienten Informationen zu seiner Erkrankung vermitteln, die**
 - bestimmte Aspekte der patientenseitigen Konzepte und Strategien validieren,
 - die bestehenden Konzepte und Strategien verbreitern oder vertiefen oder
 - Alternativerklärungen bzw. Alternativstrategien vorschlagen.

- **gemeinsam mit dem Patienten Handlungsintentionen und einen Handlungsplan entwickeln, indem sie**
 - die Entwicklung von spezifischen Zielen anregen,
 - dazu anregen, beim Entwickeln von Verhaltenszielen zunächst einfache Ziele zu setzen,
 - den Patienten dazu ermutigen, neue Strategien auszuprobieren und ihn für bereits eingesetzte Strategien loben,
 - zur Reflexion von bisherigen Verhaltenszielen anregen,
 - Anleitungen zur Handlungsplanung und -bewertung geben (Patientenarbeitsblatt)
 - die Selbstbeobachtung des Verhaltens anregen und
 - bei der Identifikation von Barrieren bei der Handlungsausführung unterstützen.

- **allgemeine Gesprächstechniken zur weiteren Vertiefung des Gesprächs verwenden, wie beispielsweise**
 - unspezifische Begriffe zu konkretisieren („Was genau meinen Sie damit?“),
 - Verallgemeinerungen zu relativieren („War das immer so?“ „Gab es auch andere Situationen?“),
 - implizite Annahmen zu hinterfragen („Was veranlasst Sie zu dieser Annahme?“ „Wie kommen Sie darauf?“) und
 - Vergleiche zu konkretisieren („Sie sagten es ist damals nicht gegangen. Was konkret war damals nicht möglich? Was ist heute anders?“)

4.3.4.3 Organisatorischer Ablauf

Die Grundlage der SELF-Intervention bildete ein Fragebogenpaket, das die Patienten bereits vor Beginn der Rehabilitation bearbeiteten. Das Fragebogenpaket beinhaltete Fragebögen zur Messung der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte, der Informationsbewertung und des bisherigen Bewältigungsverhaltens. Eine Auswertung dieser Fragebögen wurde vom Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg in einem „Rückmeldebogen“ für die Behandler zusammengestellt. Dieser Rückmeldebogen (pdf-Dokument) wurde den Kliniken per E-Mail zugestellt und bildete die inhaltliche Grundlage für die Durchführung der Intervention.

4.3.4.4 Rückmeldebogen und Patientenarbeitsblatt „Mein Handlungsplan“

Der Rückmeldebogen und das Patientenarbeitsblatt „Mein Handlungsplan“ waren die zentralen Werkzeuge der Interventionsdurchführung. Im Interventionsmanual werden diese Werkzeuge folgendermaßen beschrieben:

Der Rückmeldebogen

Der Rückmeldebogen (siehe Abbildung 6) zeigt den Behandlern – quasi als Eingangsinformation – auf, was die Rehabilitanden über ihre Erkrankung und Behandlung denken, welche Informationen sie bislang schon zu ihrer Erkrankung und Behandlung erhalten haben und welche Bewältigungsstrategien sie bislang im Umgang mit ihrer Erkrankung eingesetzt haben. Der Rückmeldebogen gliedert sich dabei in vier zentrale Bereiche:

1. Subjektives Krankheitskonzept

Das subjektive Krankheitskonzept des Patienten ist auf den Seiten 1 und 2 des Rückmeldebogens dargestellt. Der Behandler erhält hier z.B. Informationen dazu, welche Ursachen der Patienten für seine Erkrankung annimmt, ob der Patient den Krankheitsverlauf als eher chronisch oder akut repräsentiert und ob er die Krankheit als durch eigenes Verhalten oder durch die Behandlung kontrollierbar erlebt.

2. Subjektives Behandlungskonzept im Hinblick auf Medikamente und Rehabilitation

Auf Seite 3 und 4 des Rückmeldebogens ist das subjektive Behandlungskonzept des Patienten zu den Bereichen Medikamente und Rehabilitation dargestellt. Die Behandler erhalten hier u.a. Informationen dazu, welche Erwartungen der Patient an die Ergebnisse der Rehabilitation hat oder für wie notwendig er seine Medikamente erachtet.

3. Bewertung bislang erhaltener Informationen zu Medikamenten, Krankheit und Rehabilitation

Seite 5 des Rückmeldebogens gibt Auskunft über die patientenseitige Bewertung im Vorfeld der Rehabilitation erhaltener Informationen zu den Bereichen Medikamente,

Krankheit und Rehabilitation. Der Behandler erhält hier jeweils Informationen dazu, inwieweit der Patient mit den Informationen zu einem bestimmten Aspekt (z.B. Informationen zur Wirkung der Medikamente) zufrieden ist (Infomenge etwa richtig oder keine Informationen gewünscht) bzw. inwieweit Unzufriedenheit besteht, da der Patient subjektiv den Eindruck hat, bislang zu wenig oder noch gar keine Informationen zu diesem Thema erhalten zu haben.

4. Krankheitsbewältigungsstrategien und deren Bewertung

Die von den Patienten bislang im Umgang mit ihrer Erkrankung eingesetzten Strategien zur Krankheitsbewältigung und deren Bewertung sind auf Seite 6 des Rückmeldebogens dargestellt. Strategien, die der Patient in den letzten sechs Monaten im Umgang mit seiner Erkrankung eingesetzt hat, sind schwarz hervorgehoben. Strategien, die der Patient in den letzten sechs Monaten nicht verwendet hat, sind grau dargestellt. Der Behandler erhält außerdem Informationen dazu, wie häufig der Patient ein bestimmtes Verhalten umgesetzt hat (häufig, manchmal, selten) und wie er das Verhalten bewertet (+ und - Darstellung).

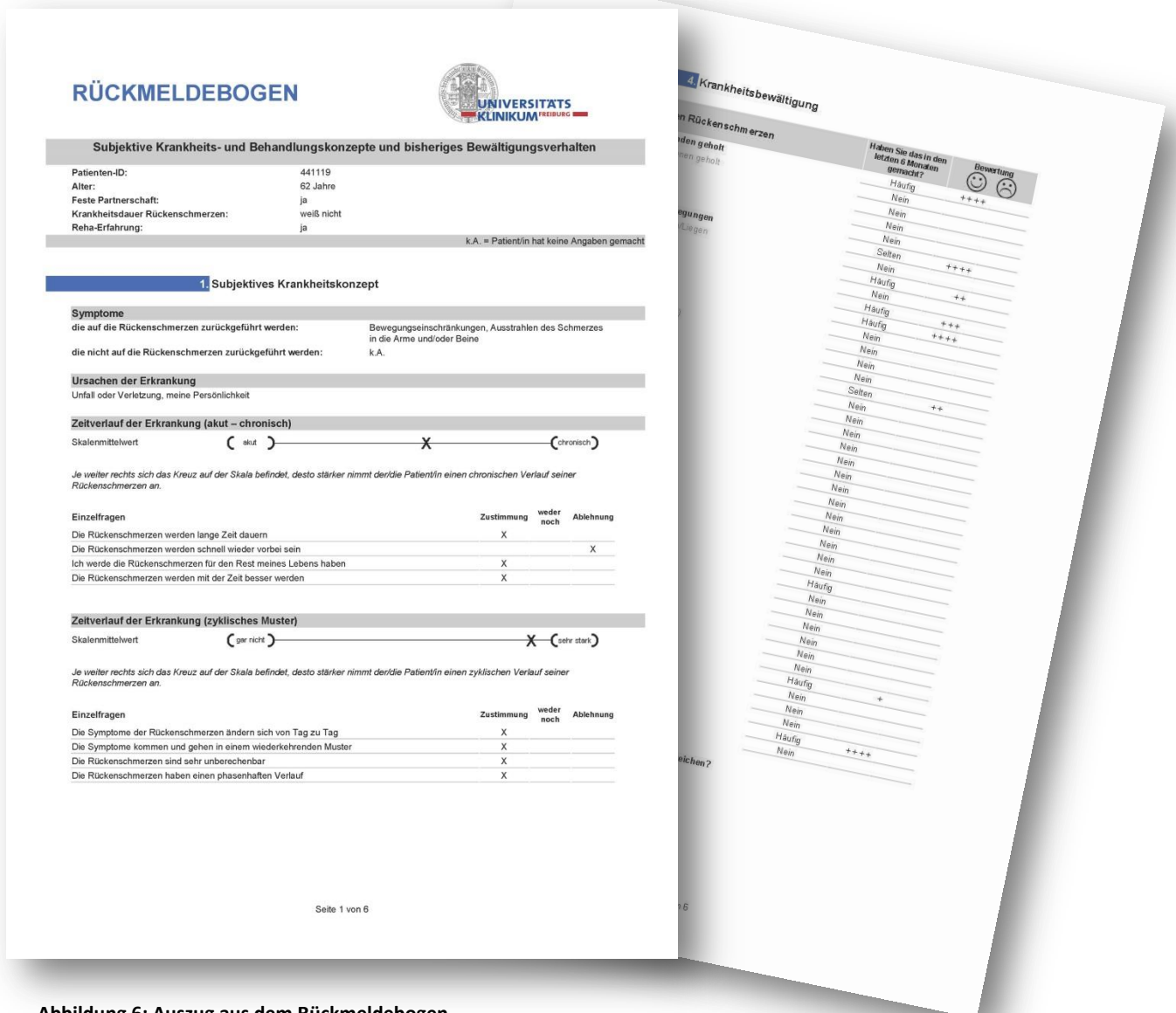


Abbildung 6: Auszug aus dem Rückmeldebogen

Das Patientenarbeitsblatt „Mein Handlungsplan“

Ein weiteres wichtiges Dokument in der SELF-Intervention ist das Patientenarbeitsblatt (siehe Abbildung 7), welches jeder Studienpatient vom durchführenden Behandler während des ersten Interventionstermins ausgehändigt bekommt. Das Patientenarbeitsblatt besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil „Während der Reha“ soll gemeinsam mit dem Patienten zu Beginn der Rehabilitation besprochen und ausgefüllt werden. Hier sollen Aktivitäten eingetragen werden, die der Rehabilitand sich für die Zeit während der Reha vornimmt. Der zweite Teil „Nach der Reha“ soll in einem Gespräch am Ende der Rehabilitation bearbeitet werden. Hier sollen Aktivitäten für die Zeit nach der Rehabilitation geplant werden.



Abbildung 7: Auszug aus dem Patientenarbeitsblatt „Mein Handlungsplan“

Mit jedem Rehabilitanden sollen im Rahmen der Intervention die bisher von den Rehabilitanden eingesetzten Bewältigungsstrategien besprochen werden und mit der Behandlungsplanung während der Rehabilitation verknüpft werden. Die Ergebnisse dieses Gesprächs sollten im „Patientenarbeitsblatt“ festgehalten werden, welches den Rehabilitanden fortan in seiner Rehabilitation und auch nach Hause „begleitet“. Ziel des Patientenarbeitsblattes ist, dass die Rehabilitanden lernen, ein bestimmtes Bewältigungsverhalten zu „überwachen“ (Selbstbeobachtung), d.h. immer mal wieder dahingehend zu überprüfen, ob das Verhalten hilfreich ist oder nicht. Denn üblicherweise geht der „Routinisierung“ eines Verhaltens (z.B. wöchentlich zum Sport gehen) eine Phase voraus, in der das „neue“ Verhalten zuerst bewusst geplant und umgesetzt werden muss.

4.3.4.5 Interventionsmodule

Entsprechend der Darstellung im Rückmeldebogen umfasst die Intervention vier zentrale Module (siehe Abbildung 8). Jedes Modul umfasst wiederum eine Reihe von Einzelthemen, aus denen für die Intervention von Behandler und Patient gemeinsam Themenbereiche ausgewählt werden. Lediglich die Handlungspläne für die Zeiträume während und nach der Reha sollten für alle Rehabilitanden besprochen werden.

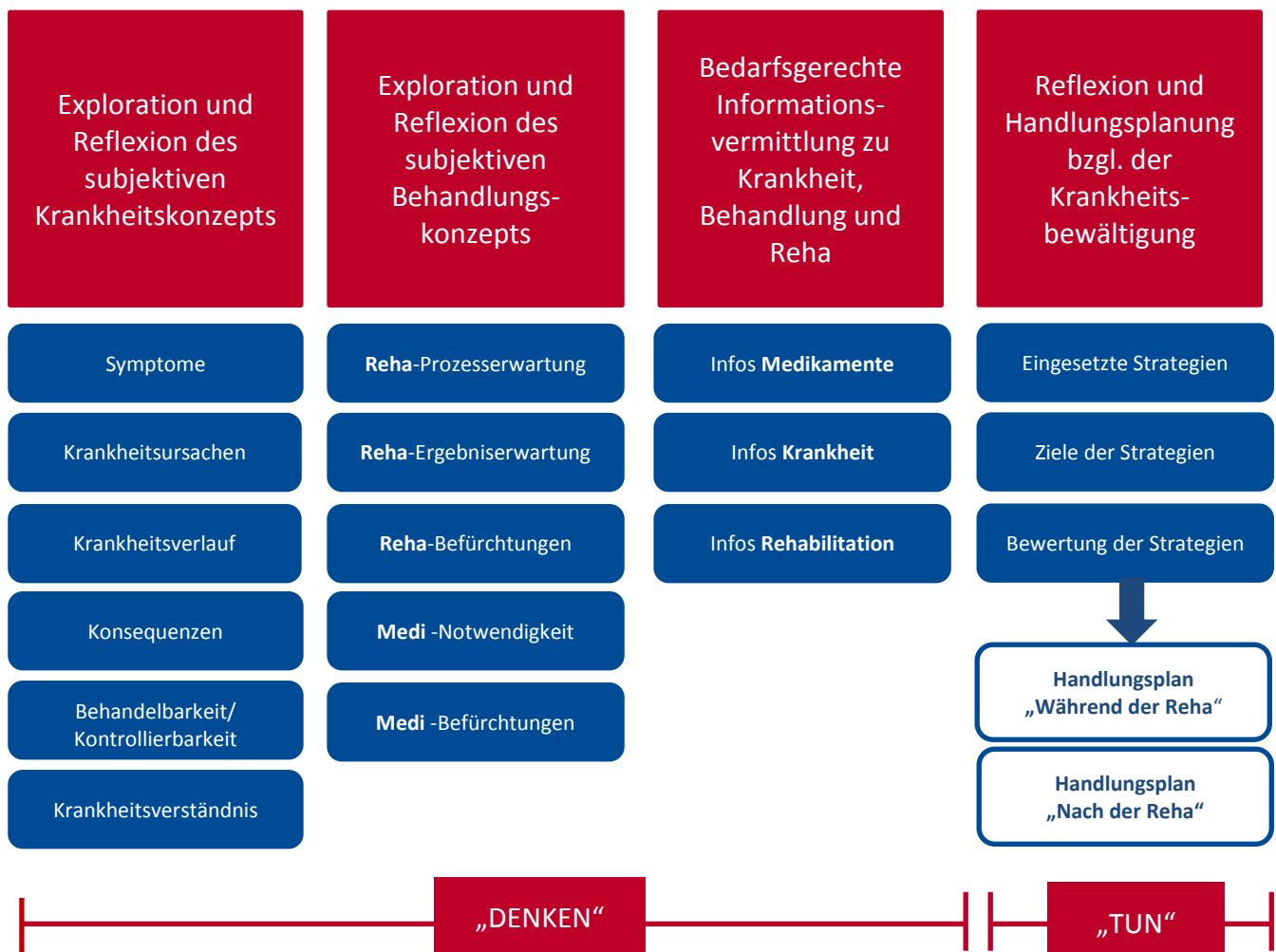


Abbildung 8: Übersicht Interventionsmodule mit Themenbereichen

4.3.4.6 Rahmenbedingungen

Bei der Umsetzung der SELF-Intervention sollen vier wichtige Rahmenbedingungen eingehalten werden (Abbildung 9). Die konkrete Ausgestaltung dieser Rahmenbedingungen übernehmen die Behandler - in Absprache mit dem Patienten - nach eigenem Ermessen und auf der Grundlage ihrer klinischen Erfahrung, so z.B. die Fragen: Welche Themen aus dem o.g. „Themen-Pool“ werden ausgewählt? Wie viele Termine konkret werden innerhalb des vorgegebenen Rahmengerüsts vorgesehen? Welcher Behandler bzw. welche Berufsgruppe bespricht welche Themen mit dem Patienten?

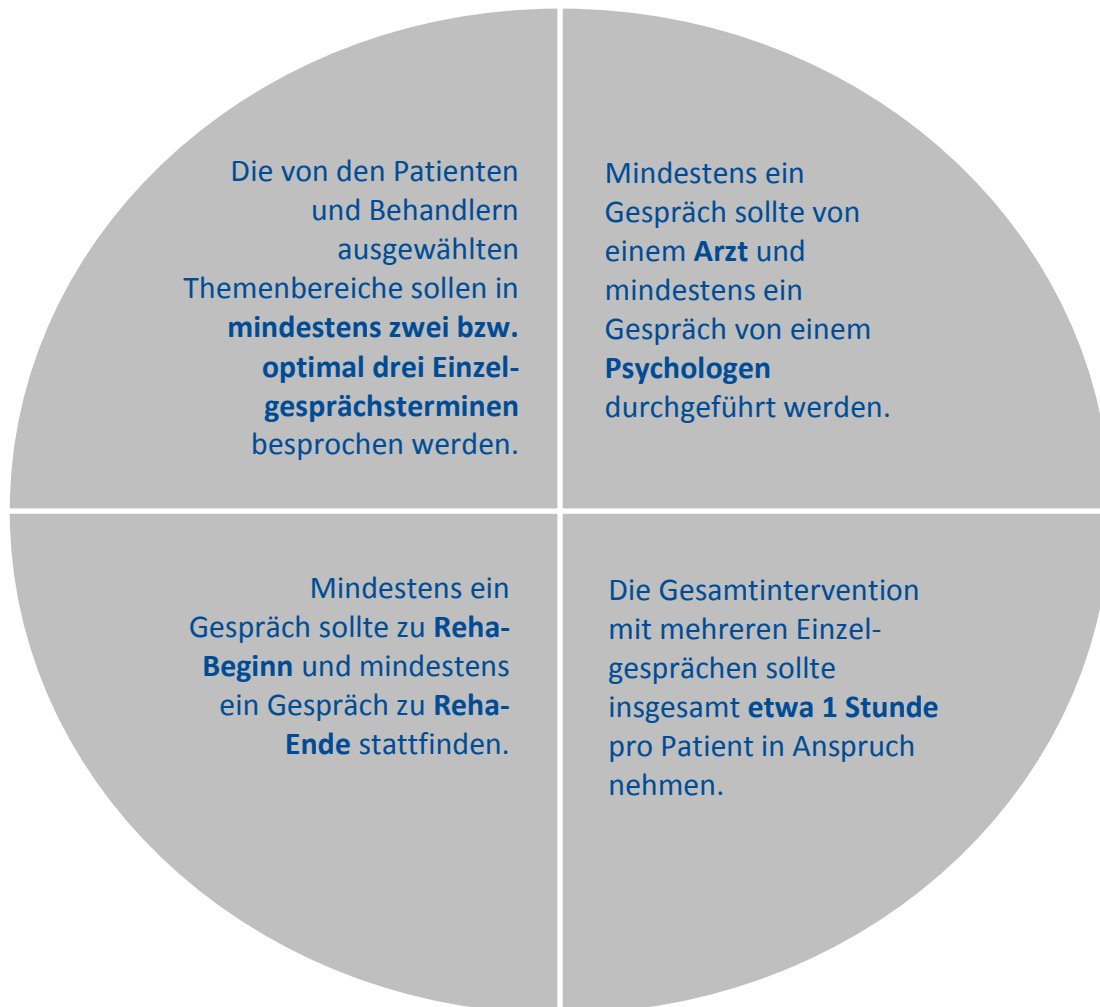


Abbildung 9: Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Intervention

4.3.5 Schulung zur SELF-Intervention

Basierend auf dem in Abschnitt 4.3.4. dargestellten Interventionskonzept wurde zwischen März und April 2013 in allen vier kooperierenden Kliniken eine jeweils ca. 4-stündige Schulung zur Intervention durchgeführt. Das Ziel der Schulung bestand vorrangig darin, die beteiligten Mitarbeiter in den Rehabilitationskliniken auf die Interventionsdurchführung vorzubereiten. Im Vorfeld wurden die Lernziele der Schulung, in Anlehnung an Ströbl et al. (2007), wie folgt

definiert: (1) Kognitives Lernziel: Mit den Interventionsbestandteilen vertraut werden (Rückmeldebogen, Patientenarbeitsblatt), (2) Verhaltensbezogenes Lernziel: Fähigkeiten erwerben in der Umsetzung der Intervention und (3) Affektives Lernziel: Positive Einstellung gegenüber der Intervention erzielen.

Die Schulungen umfassten in einem einleitenden Teil Informationen zur Projektkonzeption, zu den theoretischen Grundlagen des Projekts sowie zur Relevanz subjektiver Krankheits- und Behandlungskonzepte bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bzw. depressiven Störungen. Im Anschluss daran wurden die Schulungsteilnehmer im Umgang mit und in der Interpretation des Rückmeldebogens und des Patientenarbeitsblattes geschult sowie mit den inhaltlichen und organisatorischen Interventionsaspekten vertraut gemacht. Schließlich wurde der Umgang mit dem Rückmeldebogen anhand einer Fallvignette konkret besprochen und mithilfe von Fallbeispielen geübt. Ebenso wurden mögliche „schwierige Interventionssituationen“ besprochen. Neben einer Powerpoint-Präsentation kamen in der Schulung auch interaktive Methoden zum Einsatz, wie z.B. eine Kärtchenabfrage, eine Kleingruppendiskussion oder ein Brainstorming. Flankierend zur Schulung wurde den Behandlern das Interventionsmanual (vgl. Anhang 12) ausgehändigt.

Insgesamt nahmen an den Schulungen N=48 Behandler teil. Während die Teilnehmerzahl in drei Kliniken im intendierten Bereich zwischen 4 und 7 Teilnehmern variierte, nahmen in einer Klinik über 30 Behandler an der Schulung teil. Dies führte dazu, dass insbesondere die interaktiven Methoden nicht wie geplant eingesetzt werden konnten und insgesamt Schwierigkeiten in der Vermittlung der geplanten Inhalte entstanden. Die Behandler-schulung wurde mit einer Durchschnittsnote von 3,1 insgesamt als befriedigend bewertet. Diese Bewertung variierte jedoch zwischen den einzelnen Kliniken deutlich. Während drei Kliniken die Behandler-schulung im Bereich zwischen sehr gut bis gut (Gesamtbewertung zwischen 1,1 und 2,0) bewerteten, wurde die Schulung in einer Klinik eher kritisch bewertet (Gesamtbewertung 3,9). Von allen Kliniken positiv bewertet wurden die umfangreichen Schulungsmaterialien mit Interventionsmanual (M=1,6), die Diskussionsmöglichkeiten bezüglich der Intervention (M=1,7) sowie die Didaktik und Präsentation (M=1,8) (Skalen jeweils von 1=sehr zufrieden bis 6=sehr unzufrieden). Kritischer bewertet wurden der Neuigkeitswert der Schulung (M=2,8), die Relevanz des Themas (M=2,6) und die Umsetzbarkeit (M=2,7), wobei auch hier wieder große Unterschiede zwischen den Kliniken auftraten.

4.3.6 Zusammenfassung

Die im Vorgängerprojekt „SubKon“ entwickelte Intervention wurde in einem mehrschrittigen Prozess weiterentwickelt. Durch die Ergebnisse von Literaturrecherchen und Expertengruppen konnten entscheidende Hinweise für die Weiterentwicklung gewonnen werden. Das Konzept der SELF-Intervention wurde in einem Interventionsmanual detailliert beschrieben. Zur Implementation der Intervention wurden Behandler-schulungen durchgeführt.

4.4 Hauptstudie: Qualitative Evaluation *Juli 2013 bis März 2014*

4.4.1 Zielsetzung

Ziel der qualitativen Evaluation der Intervention war es, einen vertieften Einblick in den Prozess der Implementation der Intervention zu erhalten, und dabei schwerpunktmäßig sowohl die Machbarkeit der Intervention im Klinikalltag (Behandlereinschätzung) als auch den wahrgenommenen Nutzen der Intervention und deren Akzeptanz (Rehabilitanden- und Behandlereinschätzung) zu evaluieren. In einem ersten Schritt wurden dazu Telefoninterviews mit den beteiligten Behandler durchgeführt, um bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Interventionsdurchführung einen Einblick zu bekommen und auf eventuell auftretende Fragen eingehen zu können. In einem zweiten Schritt wurden sowohl Behandler als auch Rehabilitanden in leitfadengestützten Interviews befragt.

4.4.2 Erster Schritt: Telefoninterviews mit den Behandlern

Mit jedem teilnehmenden Behandler wurde ein kurzes Telefoninterview durchgeführt (Dauer: etwa 15 Minuten). Ziel der Interviews war einerseits, die Umsetzung der Intervention zu begleiten, indem mögliche Probleme, die während der bisherigen Interventionsdurchführung auftraten, besprochen und organisatorische Frage geklärt wurden. Andererseits dienten die Telefoninterviews aber auch als erster Schritt der formativen Evaluation.

Die Kurzinterviews wurden durchgeführt, nachdem 8 Rückmeldebögen an die Klinik verschickt wurden. Folgende Themenbereiche wurden in den Telefoninterviews angesprochen:

- Erster Eindruck zur Intervention
- Organisation der bisherigen Durchführung: Prozedere und Probleme
- Machbarkeit im Klinikalltag
- Bisherige Erfahrungen
- Verständnis des Inhalts der Intervention

Die Dokumentation der Anmerkungen der Behandler erfolgte entsprechend der Themenbereiche in einem zentralen Dokument. Die zentralen Ergebnisse der Telefoninterviews wurden zudem grafisch aufbereitet. In Abbildung 10 sind Behandleraussagen zur Bewertung der generellen Machbarkeit und zur aktuellen Implementation zusammengefasst. Es zeigte sich, dass von vielen Behandlern die organisatorische Machbarkeit sowohl für die aktuelle Implementation als auch im Generellen als positiv eingeschätzt wurde. Sowohl positiv als auch negativ bewertet wurde der zusätzliche Zeitaufwand für die Intervention: Während einige Behandler diesen Aspekt kritisch einschätzten, sahen andere den zusätzlichen Zeitaufwand als vertretbar an. Offene Fragen und kritische Anmerkungen zur aktuellen Implementation, wie beispielsweise grundsätzliche Unklarheiten bezüglich des Interventionsrationale oder offene Fragen zum Handlungsplan wurden im Rahmen der Telefongespräche aufgegriffen.

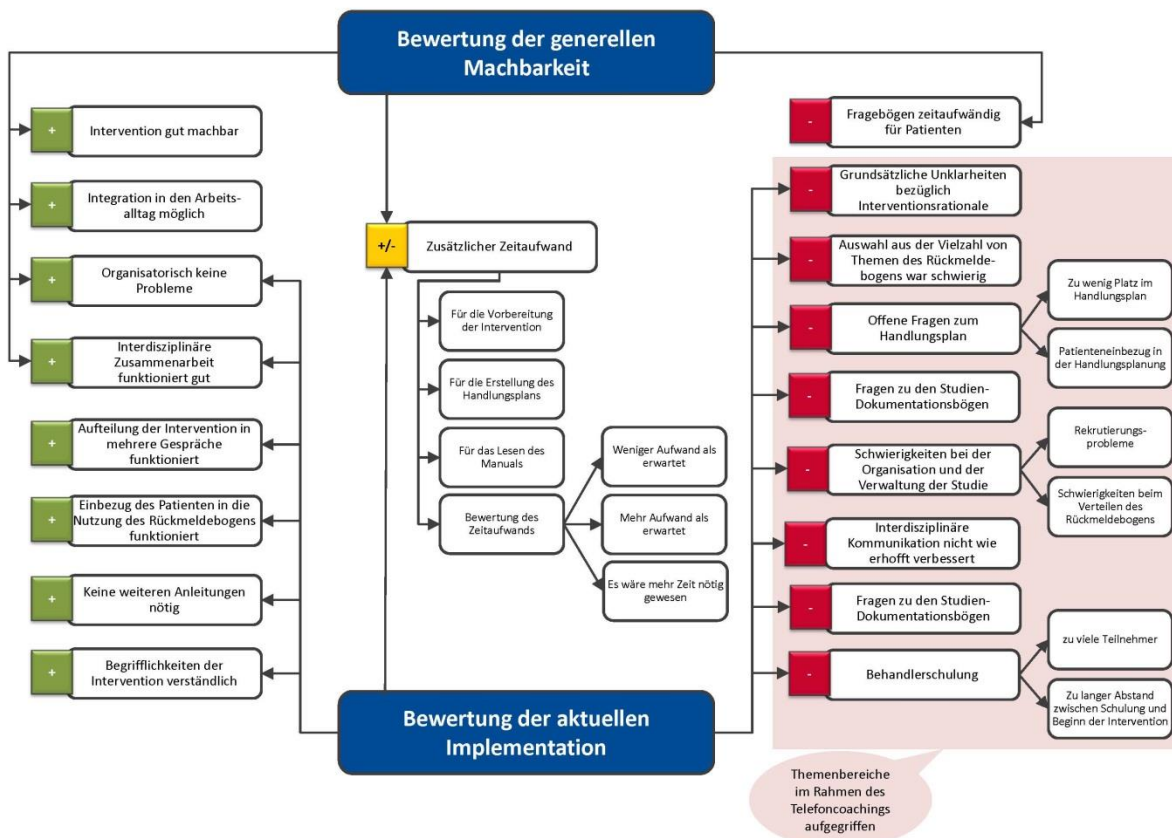


Abbildung 10: Ergebnisse der Telefoninterviews zur Bewertung der generellen Machbarkeit und der aktuellen Implementation der Intervention

Hinsichtlich des Nutzens der Intervention wurde in den Telefoninterviews deutlich, dass die Behandler auf verschiedenen Ebenen einen Nutzen der Intervention sehen, wie auch in Abbildung 11 ersichtlich ist: Verschiedene Aspekte der Intervention sind laut den Behandlern sowohl für die Patienten, als auch für die Behandler und für die Behandlung von Nutzen, beispielsweise der Handlungsplan, die Strukturierung der Gespräche oder die Möglichkeit zur Bearbeitung psychologischer Themen ohne Stigmatisierung. Allerdings gab es auch kritische Anmerkungen zum Nutzen der Intervention, die jedoch meistens eher global waren und sich auf den Nutzen der Intervention insgesamt bezogen. Die Nutzenbewertung stand in einem engen Zusammenhang zur Akzeptanz der Intervention durch die Behandler. Auch im Hinblick auf die Akzeptanz gab es positive und kritische Stimmen. Die Aussagen zur Akzeptanz wiesen dabei verschiedene Abstraktionsniveaus auf: Während einige Behandler die Intervention grundsätzlich als sinnvoll bewerteten, differenzierten andere Behandler stärker zwischen einzelnen Aspekten der Intervention, beispielsweise dem Handlungsplan oder dem Rückmeldebogen.

Insgesamt gaben die Telefoninterviews wertvolle erste Hinweise zur Evaluation der Intervention und die Möglichkeit, auf offene Fragen direkt einzugehen.

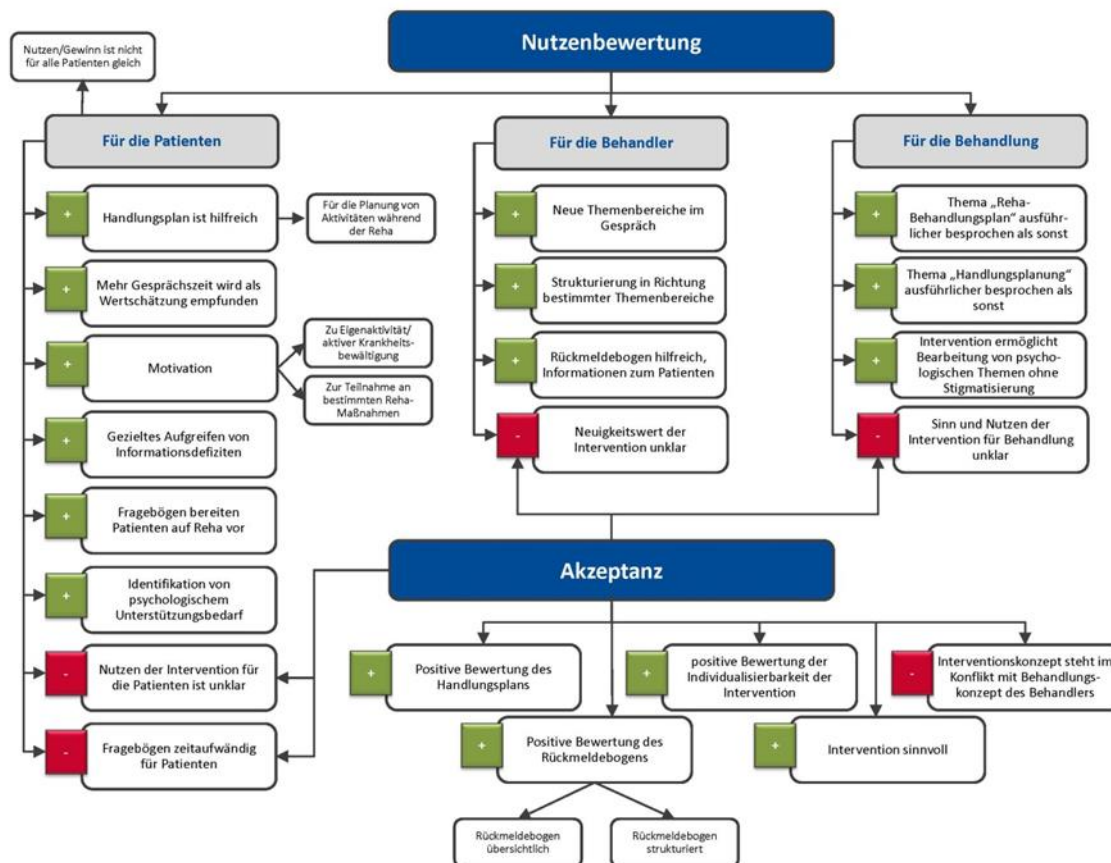


Abbildung 11: Ergebnisse der Telefoninterviews zur Nutzenbewertung und zur Akzeptanz

4.4.3 Zweiter Schritt: Leitfadengestützte Interviews

4.4.3.1. Durchführung

Die Interviews wurden zwischen Juli und Oktober 2013 in allen vier Kliniken, in denen die Intervention implementiert wurde, von einer Projektmitarbeiterin durchgeführt. Die Interviews fanden jeweils gegen Ende des Interventionszeitraums statt, so dass die Behandler vor den Interviews bereits ausreichend Erfahrungen in der Interventionsdurchführung sammeln konnten. Die Rehabilitanden und Behandler wurden im Vorfeld schriftlich über die Interviews aufgeklärt und um Einwilligung gebeten (informed consent). Für jedes Interview war ein Zeitfenster von ca. 30 Minuten vorgesehen.

4.4.3.2 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden für die Interviews mit Rehabilitanden ist im Detail in Abbildung 12 dargestellt. Sowohl für die Interviews mit Behandlern als auch für die Interviews mit Rehabilitanden wurden Interviewleitfäden entwickelt. Bei den Rehabilitanden-Interviews standen die folgenden Inhaltsbereiche im Vordergrund:

- Erfahrungen mit den Gesprächen im Rahmen der Intervention sowie dem Rückmeldebogen
- Erfahrungen mit dem Handlungsplan
- Bewertung der Gespräche: Inhalte, Relevanz, Zufriedenheit mit den vermittelten Informationen, Erkenntnisgewinn in Bezug auf Selbstmanagement
- Bewertung des Handlungsplans
- Offene Fragen und Verbesserungsvorschläge

INTERVIEWLEITFADEN	1
1. Erfahrungen mit den Gesprächen im Rahmen der Intervention	
<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Rehabilitation haben Gespräche stattgefunden, in welchen die Ergebnisse eines von Ihnen vor der Reha ausgefüllten Fragebogens mit Ihnen besprochen wurden (Beispiel Rückmeldebogen zeigen). Wissen Sie, welche Gespräche gemeint sind? • Wie viele dieser Gespräche haben bislang mit Ihnen stattgefunden? Wer hat die Gespräche mit Ihnen durchgeführt? • Können Sie ein bisschen ausführlicher von diesen Gesprächen erzählen? • Was ist Ihnen aufgefallen? Waren diese Gespräche in irgendeiner Form anders als andere Gespräche, die Sie im Verlauf der Rehabilitation erlebt haben? • Haben Sie die Auswertung Ihres Fragebogens gesehen? War diese Auswertung für Sie verständlich? 	
2. Erfahrungen mit dem Handlungsplan	
<ul style="list-style-type: none"> • Im Verlauf dieser Gespräche soll ein persönlicher Handlungsplan ausgefüllt werden, in welchem 1 bis 3 persönliche Ziele für die Rehabilitation festgelegt werden. Der Handlungsplan sieht so aus (Beispiel zeigen). Haben Sie einen solchen Plan zusammen mit Ihrem Arzt oder Psychologen ausgefüllt? • Können • Können • War der 	
INTERVIEWLEITFADEN	2
3. Bewertung der Intervention	
Wenn Sie jetzt nur an die Gespräche im Rahmen der Studie denken:	
<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen an den Gesprächen insgesamt gefallen? • Wie zufrieden sind Sie mit den Inhalten, die in den Gesprächen mit Ihrem Arzt oder Psychologen besprochen wurden? • Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen, die Sie im Verlauf der Gespräche erhalten haben? • Was hat Sie an den Gesprächen gestört? • Wie finden Sie den Handlungsplan? • Was haben Sie zum Umgang mit Ihrer Erkrankung aus den Gesprächen gelernt? • Wenn Sie jetzt noch einmal an den Aufwand denken, den Sie vor der Rehabilitation mit dem Ausfüllen des Fragebogens hatten: Wie bewerten Sie den Nutzen der Gespräche im Vergleich zum Aufwand durch den Fragebogen? 	
4. Offene Fragen und Verbesserungsvorschläge	
<ul style="list-style-type: none"> • Was könnte man Ihrer Ansicht nach an den Gesprächen anders/besser machen? • Würden Sie diese Art von Gesprächen gern bei Ihrer nächsten Reha wieder in Anspruch nehmen? • Haben Sie noch Fragen zu den Gesprächen oder zum Forschungsprojekt? 	

Abbildung 12: Interviewleitfaden für die Interviews mit Rehabilitanden

Der Interviewleitfaden für die Behandler-Interviews ist im Detail in Abbildung 13 dargestellt. In den Behandler-Interviews bezogen sich die Fragen auf die folgenden Inhaltsbereiche:

- Bisherige Erfahrungen mit der Intervention
- Organisation der bisherigen Durchführung: Prozedere und Probleme
- Machbarkeit der Intervention im Klinikalltag

- Verständnis des Inhalts der Intervention und des Rückmeldebogens
- Erfahrungen zur Arbeit mit dem Rückmeldebogen und dem Handlungsplan
- Typische Probleme während der Interventionsdurchführung und schwierige Interventionssituationen
- Nutzen der Intervention für den Rehabilitanden, Verhältnis von Aufwand und Nutzen für den Rehabilitanden
- Nutzen der Intervention für den Behandler, Verhältnis von Aufwand und Nutzen für den Behandler
- Weiterentwicklungspotenzial: Wie könnte Machbarkeit und Akzeptanz/Nutzen verbessert werden?
- Offene Fragen und Verbesserungsvorschläge

INTERVIEWLEITFADEN
1. Bisherige Erfahrungen und Verständnis des Inhalts der Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie bislang mit der Intervention gemacht? • Sind während der Interventionsdurchf. Fragen o. Unklarheiten bzgl. des Inhalts der Intervention aufgetreten? • Sind während der Interventionsdurchf. Fragen o. Unklarheiten bzgl. des RM-Bogens o. des Pat-Arbeitsblatts aufgetreten? • Sind während der Interventionsdurchf. schwierige Situationen aufgetreten? Wenn ja, welche? Wie damit umgegangen?
2. Organisation der bisherigen Durchführung und Machbarkeit im Klinikalltag <ul style="list-style-type: none"> • Bei wie vielen Patienten haben Sie die Intervention bislang durchgeführt? • Gab es bei der Durchführung der Intervention bisher organisatorische Probleme? • Was hätte man Ihrer Ansicht nach besser/anders machen können oder sollen? • Ist die Intervention Ihrer Erfahrung nach in Ihren Arbeitsalltag integrierbar? • Ist die Intervention Ihrer Erfahrung nach in die Klinikroutine insgesamt integrierbar? • Welche Hürden beeinträchtigen die Machbarkeit der Intervention?
3. Bewertung des Nutzens der Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Gewinn/Nutzen können die teilnehmen Patienten Ihrer Ansicht nach aus der Intervention ziehen? • Wie bewerten Sie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen aus Sicht der teilnehmenden Patienten? • Welchen Gewinn/Nutzen können die teilnehmen Behandler Ihrer Ansicht nach aus der Intervention ziehen? • Wie bewerten Sie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen aus Sicht der teilnehmenden Behandler?
4. Offene Fragen und Verbesserungsvorschläge <ul style="list-style-type: none"> • Welche Fragen haben Sie noch zur Intervention? • Was würde Ihnen für die weitere Durchführung der Intervention helfen? • Was sollte man Ihrer Ansicht nach in Zukunft an der Intervention verändern? • Welche Anregungen nehmen Sie persönlich aus der Intervention für Ihren zukünftigen Arbeitsalltag mit?

Abbildung 13: Interviewleitfaden für die Interviews mit Behandlern

4.4.3.3 Stichprobe

Insgesamt fanden in den vier Kooperationskliniken (2 Orthopädie, 2 Psychosomatik) Interviews mit N=17 Rehabilitanden statt, und zwar mit N=10 Rehabilitanden mit depressiven Störungen und N=7 Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Zusätzlich wurden Interviews mit N=15 Behandlern durchgeführt, (N=8 Behandler aus psychosomatischen und N=7 Behandler aus orthopädischen Reha-Einrichtungen). Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen einige soziodemographische Merkmale der Interviewteilnehmer in den beiden Diagnosegruppen.

Interviews mit Behandlern	Gesamt	Psychosomatik	Orthopädie
N	15	8	7
Alter (M, SD)	41,4 (10,3)	38,8 (11,3)	44,4 (9,0)
Geschlecht (N, %)			
Frauen	10 (66,7)	5 (62,5)	5 (71,4)
Männer	5 (33,3)	3 (37,5)	2 (28,6)
Berufsgruppe (N, %)			
Arzt/Ärztin	9 (60,0)	5 (62,5)	4 (57,1)
Psychologe/Psychologin	6 (40,0)	3 (37,5)	3 (42,9)
Berufserfahrung mit chronisch Kranken (N, %)			
1 bis 2 Jahre	1 (6,7)	1 (12,5)	0 (0,0)
3 bis 5 Jahre	6 (40,0)	4 (50,0)	2 (28,6)
6 bis 10 Jahre	2 (13,3)	1 (12,5)	1 (14,3)
Mehr als 10 Jahre	6 (40,0)	2 (25,0)	4 (57,1)
Leitungsfunktion (N, %)			
ja	3 (20,0)	1 (12,5)	2 (28,6)
nein	12 (80,0)	7 (87,5)	5 (71,4)
Erfahrung mit der SubKon-Intervention			
ja	5 (33,3)	2 (25,0)	3 (42,9)
nein	9 (60,0)	5 (62,5)	4 (57,1)
Anzahl der Patienten, mit denen die Intervention durchgeführt wurde (M, SD)			
	7,1 (4,9)	5,0 (3,3)	9,4 (5,7)

Tabelle 10: Stichprobenbeschreibung der interviewten Behandler. Anmerkung: SubKon-Intervention=Intervention im Rahmen des Vorgängerprojekts „SubKon“. Bedingt durch missing values addieren sich einige Prozentwerte nicht auf 100%.

Interviews mit Rehabilitanden	Gesamt	Psychosomatik	Orthopädie
N	17	10	7
Alter (M, SD)	50,3 (8,0)	50,5 (5,4)	50,0 (11,3)
Geschlecht (N, %)			
Frauen	8 (47,1)	7 (70,0)	1 (14,3)
Männer	9 (52,9)	3 (30,0)	6 (85,7)
Staatsangehörigkeit (N, %)			
Deutsch	17 (100,0)	10 (100,0)	7 (100,0)
Schulabschluss (N, %)			
Volks- oder Hauptschule	3 (17,6)	0 (0,0)	3 (42,9)
Realschule	5 (29,4)	1 (10,0)	4 (57,1)
Polytechnische Oberschule	2 (11,8)	2 (20,0)	0 (0,0)
Fachhochschulreife	1 (5,9)	1 (10,0)	0 (0,0)
Abitur	5 (29,4)	5 (50,0)	0 (0,0)
anderer Abschluss	1 (5,9)	1 (10,0)	0 (0,0)
Erwerbstätigkeit (N, %)			
ja	15 (88,2)	8 (80,0)	7 (100,0)
nein	2 (11,8)	2 (20,0)	0 (0,0)
davon arbeitslos gemeldet	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)
Dauer der Erkrankung (N, %)			
weniger als 1 Jahr	1 (5,9)	1 (10,0)	0 (0,0)
1 bis 2 Jahre	2 (11,8)	2 (20,0)	0 (0,0)
3 bis 5 Jahre	5 (29,4)	3 (30,0)	2 (28,6)
6 bis 10 Jahre	4 (23,5)	2 (20,0)	2 (28,6)
Mehr als 10 Jahre	4 (23,5)	1 (10,0)	3 (42,9)
Weiß nicht	1 (5,9)	1 (10,0)	0 (0,0)
Reha-Erfahrung (N, %)			
ja	9 (52,9)	4 (40,0)	5 (71,4)
nein	8 (47,1)	6 (60,0)	2 (28,6)

Tabelle 11: Stichprobenbeschreibung der interviewten Rehabilitanden. Anmerkung: Die Prozentzahl bezüglich „davon arbeitslos gemeldet“ bezieht sich auf die Gesamtstichprobe derjenigen Rehabilitanden, die angaben, nicht erwerbstätig zu sein. Bedingt durch missing values addieren sich einige Prozentwerte nicht auf 100%.

4.4.3.4 Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Bei einem Interview war eine Transkription aufgrund von Verständnisschwierigkeiten und sehr unklarer Sprechweise des Rehabilitanden nicht sinnvoll, sodass insgesamt 31 der 32 durchgeführten Interviews transkribiert wurden und in die Auswertung eingingen. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an den qualitativ-inhaltsanalytischen Ansatz von Mayring (2008) mithilfe der Analysesoftware Atlas.ti (Muhr, 2007).

Zunächst wurden 10 Interviews (5 Behandlerinterviews, 5 Rehabilitandeninterviews) durch zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig voneinander kodiert. In mehreren Überarbeitungsschleifen erfolgte im Anschluss eine Konsensbildung bezüglich eines ersten vorläufigen Kategoriensystems. Dieses Kategoriensystem wurde bei der Kodierung von weiteren Interviews überarbeitet und anschließend in weiteren Überarbeitungsschleifen durch zwei Wissenschaftlerinnen überarbeitet und reduziert. Es wurde ein Codebook erarbeitet, in dem für jeden Code des finalen Kategoriensystems eine Beschreibung, Ankerbeispiele und Kodierregeln festgelegt wurden.

Zur Ermittlung der Interraterreliabilität wurden vier Interviews von zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig voneinander mit dem finalen Kategoriensystem kodiert. Als Maß für die Übereinstimmung wurde Cohen's Kappa (k) berechnet. Die Bestimmung der Übereinstimmung erfolgte mit der Software CAT (Coding Analysis Toolkit, Lu & Shulman, 2008). Nach einer Einteilung von Landis und Koch (1977) werden Kappa-Werte $<0,21$ als geringfügige Übereinstimmung, Werte von $0,21 - 0,40$ als akzeptabel, von $0,41 - 0,60$ als moderat und von $0,61 - 0,80$ als substantiell beurteilt. Im letzten Schritt wurden alle Interviews mit Hilfe des finalen Kategoriensystems von einer Wissenschaftlerin kodiert.

4.4.3.5 Kategoriensystem

Das finale Kategoriensystem (siehe Abbildung 14) enthielt 117 Einzelcodes.

Tabelle 12 enthält eine Erläuterung der im Kategoriensystem verwendeten Abkürzungen. Das Kategoriensystem setzte sich aus 6 zentralen Inhaltsbereichen zusammen:

- Merkmale der Implementation (32 Einzelcodes)
- Machbarkeit (7 Einzelcodes)
- Nutzen (32 Einzelcodes)
- Akzeptanz (22 Einzelcodes)
- Rahmenbedingung (13 Einzelcodes)
- Verbesserungsvorschläge (7 Einzelcodes)

Mit Codes aus dem Bereich 1 „**Merkmale der Implementation**“ wurden Äußerungen kodiert, die sich auf Durchführungsaspekte der Intervention bezogen. Beispielsweise beziehen sich einige Codes darauf, in welcher Form der Handlungsplan in die Intervention einbezogen wurde (Codes „1_Imp_HP...“) oder darauf, welche Inhaltsbereiche im Rahmen der Interventionsgespräche angesprochen wurden (Codes „1_Imp_Inhalt...“). Auch organisatorische Merkmale der Implementation (Wie wurde die Studiendurchführung organisiert? Gab es Probleme?) können durch Codes aus diesem Bereich erfasst werden, ebenso wie der Rahmen, in dem die Interventionsgespräche stattfanden.

Codes aus dem Bereich 2 „**Machbarkeit**“ bezogen sich auf Äußerungen, die zum Aufwand der Studie oder der Intervention oder zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis für Behandler oder Rehabilitanden gemacht wurden. Auch Hürden für die Implementation der Intervention wurden mit Codes aus diesem Bereich versehen, genauso wie Aussagen, die sich auf eine mögliche Integrierbarkeit der Intervention in den Arbeitsalltag der Behandler bezogen.

Im Bereich 3 „**Nutzen**“ werden Aspekte zusammengefasst, die von den interviewten Personen als Verdienste der Intervention benannt wurden. Hier lassen sich drei Bereiche unterscheiden, nämlich der Nutzen für Behandler, für Rehabilitanden und für die Behandlung. Neben dem wahrgenommenen Nutzen der Intervention waren auch andere Aspekte für die Bewertung der Intervention wichtig.

Um möglichst differenziert zu erfassen, welche Aspekte der Intervention von Behandlern und Rehabilitanden in ihre Bewertung eingingen, wurden in der Kategorie 4 „**Akzeptanz**“ Merkmale erfasst, die für Behandler oder Rehabilitanden als Kriterien für ihre Bewertung der Intervention angegeben wurden. Beispielsweise wurden spezielle Aspekte der Intervention wie der Fragebogen, der Rückmeldebogen oder der Handlungsplan, aber auch allgemeinere Aspekte wie der Umfang oder die Struktur sowie der Inhalt der Intervention häufig als Kriterien für eine positive oder negative Bewertung der Intervention angegeben. Zur Vergabe von Bewertungen wurden Hilfscodes spezifiziert, sodass die Codes aus dem Bereich Akzeptanz sowohl mit einer positiven, als auch mit einer negativen Bewertung versehen werden konnten. Während mit Codes aus der Kategorie „Nutzen“ Äußerungen versehen wurden, die sich darauf bezogen, in welcher Hinsicht die Intervention ein Gewinn für Behandler, Rehabilitanden oder die Behandlung ist, wurden Codes aus der Kategorie „Akzeptanz“ dann vergeben, wenn eine Bewertung der Intervention oder einzelner Aspekte der Intervention vorgenommen wurde.

In den Interviews wurde deutlich, dass bestimmte Eigenschaften oder Gegebenheiten auf Behandler- oder Rehabilitandenseite als Rahmenbedingungen Einfluss auf die Implementation und auch auf den wahrgenommenen Nutzen und die Bewertung der Intervention hatten. Diese wurden mit Codes aus dem Bereich 5 „**Rahmenbedingungen**“ kodiert.

1_*Implementation
1_Imp_Evalnst_Dokubogen
1_Imp_FB_in Reha ausgefüllt
1_Imp_FB_vor der Reha ausgefüllt
1_Imp_HP_im Pat-Beh-Gespräch gemeinsam erarbeitet
1_Imp_HP_von Beh nicht eingesetzt
1_Imp_HP_von Pat alleine erarbeitet
1_Imp_HP_von Pat unterschiedlich genutzt
1_Imp_HP_zu Beginn der Reha ausgefüllt
1_Imp_Inhalt_Auswahl aus Themenspektrum besprochen
1_Imp_Inhalt_Info über Behandlung
1_Imp_Inhalt_Info über Erkrankung
1_Imp_Inhalt_Info über Krankheitsursachen
1_Imp_Inhalt_Info über Medikamente
1_Imp_Inhalt_KB_Strategien
1_Imp_Inhalt_SKK_Konsequenzen
1_Imp_Inhalt_SKK_Krankheitsursachen
1_Imp_Inhalt_SKK_Krankheitsverlauf
1_Imp_Inhalt_SKK_persönliche Kontrolle
1_Imp_Inhalt_Validierung der Patientenaussage
1_Imp_Inhalt_Vertieftes Nachfragen
1_Imp_Intervention nicht durchgeführt
1_Imp_InterZu_Aufteilung
1_Imp_InterZu_Austausch
1_Imp_Orga_durch zentrale Stelle
1_Imp_Orga_keine Probleme
1_Imp_Orga_Probleme
1_Imp_Rahmen_Einschlusskriterien verletzt
1_Imp_Rahmen_Interventionsgespräch integriert
1_Imp_Rahmen_Interventionsgespräch zusätzlich
1_Imp_Rahmen_mehrere Gespräche
1_Imp_RB_gemeinsam RB durchgegangen
1_Imp_RB_Gesprächsvorbereitung

2_*Machbarkeit
2_Mach_Aufwand_Aufwand-Nutzen-Verhältnis für Beh
2_Mach_Aufwand_Aufwand-Nutzen-Verhältnis für Pat
2_Mach_Aufwand_für Intervention
2_Mach_Aufwand_für Studie
2_Mach_Hürde_aktuelle Implementation
2_Mach_Hürde_zukünftige eigenverantwortliche Implementation
2_Mach_Intervention in Arbeitsalltag integrierbar

5_*Rahmen
5_Rahmen_Beh_Behandlungseinstellungen
5_Rahmen_Beh_Grundverständnis der Intervention
5_Rahmen_Beh_SBK
5_Rahmen_Beh_SKK
5_Rahmen_Pat_Behandlungseinstellungen
5_Rahmen_Pat_bisheriges Bewältigungsverhalten
5_Rahmen_Pat_Informationsstand
5_Rahmen_Pat_Motivation
5_Rahmen_Pat_Patientencharakteristika
5_Rahmen_Pat_SBK
5_Rahmen_Pat_SKK
5_Rahmen_Studie_Datenschutz
5_Rahmen_Studie_Sonderstellung

3_*Nutzen
3_Nutzen_Beh_anderes Patientenkielentel
3_Nutzen_Beh_geringer oder kein Nutzen
3_Nutzen_Beh_HP hilfreich
3_Nutzen_Beh_interessante Inhalte
3_Nutzen_Beh_mehr Info über Patienten
3_Nutzen_Beh_neue Anregungen
3_Nutzen_Beh_Patientenzufriedenheit
3_Nutzen_Beh_RB hilfreich
3_Nutzen_Beh_Verstärkter Fokus auf Patientensicht
3_Nutzen_Pat_Anpassung der Behandlung
3_Nutzen_Pat_Behandler haben mehr Infos
3_Nutzen_Pat_Eigenaktivierung
3_Nutzen_Pat_Fragebogen regt Patient zum Nachdenken an
3_Nutzen_Pat_geringer oder kein Nutzen
3_Nutzen_Pat_HP_Fokussierung und Konkretisierung
3_Nutzen_Pat_HP_hilfreich
3_Nutzen_Pat_HP_Selbstwirksamkeit
3_Nutzen_Pat_HP_Transfer in den Alltag
3_Nutzen_Pat_HP_Visualisierung
3_Nutzen_Pat_neue Hinweise zu Krankheitsbewältigung
3_Nutzen_Pat_neue Informationen
3_Nutzen_Pat_SKK_Erweiterung des subjektiven Krankheitskonzepts
3_Nutzen_Pat_Verstärkter Fokus auf ganzheitliche Krankheitsbewältigung
3_Nutzen_Pat_Zuwendung
3_Nutzen_Treat_geringer oder kein Nutzen
3_Nutzen_Treat_Hinweis für Behandlungsplanänderung
3_Nutzen_Treat_HP
3_Nutzen_Treat_Intervention bereitet Patienten auf Reha vor
3_Nutzen_Treat_mehr Info über Patienten
3_Nutzen_Treat_psychologische Beratung ohne Stigmatisierung
3_Nutzen_Treat_Stärkung der Patientenorientierung
3_Nutzen_Treat_Verstärkter Fokus auf Handlungsplanung

4_*Akzeptanz
4_Akzeptanz_Allgemein
4_Akzeptanz_Allgemein_Aufwand
4_Akzeptanz_Allgemein_Flexibilität
4_Akzeptanz_Allgemein_Struktur
4_Akzeptanz_Allgemein_Verständlichkeit
4_Akzeptanz_FB_Fragenformulierung
4_Akzeptanz_FB_Krankheitsbewältigung
4_Akzeptanz_FB_Länge
4_Akzeptanz_FB_Verständlichkeit
4_Akzeptanz_HP_Handhabung
4_Akzeptanz_HP_Neuigkeitswert
4_Akzeptanz_HP_Nutzung
4_Akzeptanz_Inhalt_Inhaltliche Tiefe
4_Akzeptanz_Inhalt_Kongruenz zwischen Rückmeldebogen und Gespräch
4_Akzeptanz_Inhalt_Neuigkeitswert
4_Akzeptanz_Inhalt_Passung zum Behandler
4_Akzeptanz_Inhalt_Passung zum Patienten
4_Akzeptanz_Inhalt_Vorabinformationen
4_Akzeptanz_RB_Interessantheit
4_Akzeptanz_RB_Länge
4_Akzeptanz_RB_Strukturiertheit
4_Akzeptanz_RB_Verständlichkeit

6_*Verbesserungsvorschläge
6_Verbvor_bessere Machbarkeit
6_Verbvor_Fragebogen online ausfüllen
6_Verbvor_Intervention für ambulante Pat
6_Verbvor_Intervention vereinfachen
6_Verbvor_Krankheitsbewältigungsfragebogen
6_Verbvor_Mehr Platz auf dem Handlungsplan
6_Verbvor_Studie_Dokubogen

Abbildung 14: Gesamtüberblick über das finale Kategoriensystem

Bei der Kategorie 6 „**Verbesserungsvorschläge**“ handelte es sich nicht um eine vorab fest definierte Kategorie, sondern um eine Kategorie, die während des Kodierprozesses flexibel erweitert wurde, um alle genannten Vorschläge abzubilden.

Abkürzung	Bedeutung
Beh	Behandler
Bewert	Bewertung
Evalnst	Evaluationsinstrumente
FB	Fragebogen
HP	Handlungsplan
Imp	Implementation
InterZu	Interdisziplinäre Zusammenarbeit
KB	Krankheitsbewältigung
Mach	Machbarkeit
Orga	Organisation
Pat	Patienten
Rahmen	Rahmenbedingungen
RB	Rückmeldebogen
SBK	Subjektives Behandlungskonzept
SKK	Subjektives Krankheitskonzept
Treat	Treatment (Behandlung)
Verbvor	Verbesserungsvorschläge

Tabelle 12: Legende zu den im Kategoriensystem verwendeten Abkürzungen

4.4.3.6 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

1. Wie wird die Intervention in den Kliniken umgesetzt?
2. Wie schätzen Behandler und Rehabilitanden das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Intervention und die Integrierbarkeit der Intervention in den Arbeitsalltag ein?
3. Welchen Nutzen sehen Behandler und Rehabilitanden in der Intervention?
4. Wie bewerten Behandler und Rehabilitanden die Intervention und welche Merkmale der Intervention sind für die Bewertung wichtig?
5. Welche Hürden gab es aus Sicht der Behandler für die Implementation der Intervention im Rahmen der SELF-Studie und welche Hürden wird es aus ihrer Sicht für eine zukünftige, eigenverantwortliche Implementation geben?
6. Welche Verbesserungsvorschläge haben Behandler und Rehabilitanden für die Intervention?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde deskriptiv vorgegangen, d.h. jeweils relevante Codes wurden inhaltlich analysiert und beschrieben.

Weitere Fragestellungen bezogen sich auf den Einfluss von Rahmenbedingungen:

7. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie die Intervention implementiert wird?
8. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie der Nutzen der Intervention wahrgenommen wird?
9. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie die Intervention bewertet wird?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde das „Cooccurrence-Tool“ der Software Atlas.ti (Friese, 2012) eingesetzt: Mit Hilfe dieser Auswertungsmethode können gemeinsam auftretende Codes identifiziert und inhaltlich analysiert werden, sodass Zusammenhänge zwischen verschiedenen Inhaltsbereichen deutlich werden.

4.4.3.7 Ergebnisse

Die Interraterreliabilität kann mit einem Wert von $k=0,41$ als moderat eingestuft werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die oben spezifizierten Fragestellungen dargestellt.

1. Wie wird die Intervention in den Kliniken umgesetzt?

In Tabelle 13 sind die Anzahl der Äußerungen von Behandlern und Rehabilitanden zum Bereich „Implementation“ zusammengefasst. Es zeigte sich, dass in der Durchführung der SELF-Intervention – wie gemäß Interventionskonzept vorgesehen – erhebliche Varianz bestand. Beispielsweise gab es unterschiedliche Möglichkeiten, den Handlungsplan in die Intervention einzubeziehen: Ein Teil der Rehabilitanden und Behandler berichtete, dass der Handlungsplan im Patient-Behandler-Gespräch gemeinsam erarbeitet wurde, ein anderer Teil berichtete, dass der Handlungsplan von Rehabilitanden alleine erarbeitet wurde. Auch hinsichtlich der in den Interventionsgesprächen thematisierten Inhalte zeigte sich ein großes Themenspektrum, besonders häufig wurden dabei die Themen „Information über die Erkrankung“, „Krankheitsbewältigungsstrategien“ und die „Ursachen der Erkrankung“ genannt. Überwiegend wurde berichtet, dass die Interventionsgespräche als zusätzliche Termine durchgeführt wurden, ein kleinerer Teil der Behandler berichtete aber auch von einer in die regulären Gespräche integrierten Interventionsdurchführung. Über die Arbeit mit dem Rückmeldebogen wurde berichtet, dass der Rückmeldebogen zur Gesprächsvorbereitung genutzt wurde und dass der Rückmeldebogen im Patient-Behandler-Gespräch gemeinsam durchgegangen wurde. Ebenso wurde über einen interdisziplinären Austausch im Rahmen der Intervention berichtet.

N (Interviews)	Behandler			Patienten		Behandler				Patienten			
	TOTALS:	MSK	Psy	MSK	Psy	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2
1_*Implementation	31	7	8	6	10	3	4	4	4	2	4	5	5
1_Imp_Evalnst_Dokubogen	15	7	8	0	0	2	5	7	1	0	0	0	0
1_Imp_FB_in Reha ausgefüllt	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
1_Imp_FB_vor der Reha ausgefüllt	5	0	0	2	3	0	0	0	0	1	1	2	1
1_Imp_HP_im Pat-Beh-Gespräch gemeinsam erarbeitet	12	2	3	3	4	0	2	3	0	0	3	4	0
1_Imp_HP_von Beh nicht eingesetzt	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
1_Imp_HP_von Pat alleine erarbeitet	12	2	3	1	6	2	0	0	3	1	0	2	4
1_Imp_HP_von Pat unterschiedlich genutzt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1_Imp_HP_zu Beginn der Reha ausgefüllt	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
1_Imp_Inhalt_Auswahl aus Themenspektrum besprochen	4	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	2	0
1_Imp_Inhalt_Info über Behandlung	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0
1_Imp_Inhalt_Info über Erkrankung	8	1	4	1	2	1	0	3	1	0	1	2	0
1_Imp_Inhalt_Info über Krankheitsursachen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1_Imp_Inhalt_Info über Medikamente	5	1	3	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0
1_Imp_Inhalt_KB_Strategien	10	1	7	1	1	0	1	1	6	0	1	1	0
1_Imp_Inhalt_SKK_Konsequenzen	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
1_Imp_Inhalt_SKK_Krankheitsursachen	10	1	1	3	5	1	0	1	0	0	3	5	0
1_Imp_Inhalt_SKK_Krankheitsverlauf	4	0	2	0	2	0	0	1	1	0	0	2	0
1_Imp_Inhalt_SKK_persönliche Kontrolle	4	2	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0
1_Imp_Inhalt_Validierung der Patientenaussage	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
1_Imp_Inhalt_Vertieftes Nachfragen	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0
1_Imp_Intervention nicht durchgeführt	3	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
1_Imp_InterZu_Aufteilung	12	3	9	0	0	1	2	5	4	0	0	0	0
1_Imp_InterZu_Austausch	8	4	4	0	0	3	1	1	3	0	0	0	0
1_Imp_Orga_durch zentrale Stelle	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1_Imp_Orga_keine Probleme	4	2	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
1_Imp_Orga_Probleme	11	7	4	0	0	1	6	0	4	0	0	0	0
1_Imp_Rahmen_Einschlusskriterien verletzt	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0
1_Imp_Rahmen_Interventionsgespräch integriert	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
1_Imp_Rahmen_Interventionsgespräch zusätzlich	10	2	8	0	0	1	1	6	2	0	0	0	0
1_Imp_Rahmen_mehrere Gespräche	7	3	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	0
1_Imp_RB_gemeinsam RB durchgegangen	16	5	2	5	4	3	2	2	0	4	1	4	0
1_Imp_RB_Gesprächsvorbereitung	3	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0

Tabelle 13: Anzahl der Äußerungen von Behandlern und Rehabilitanden zu den Codes im Bereich "Implementation". Anmerkung: Zur Erläuterung der verwendeten Abkürzungen siehe Legende in Tabelle 12.

2. Wie schätzen Behandler und Rehabilitanden das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Intervention ein?

Um Anhaltspunkte für die Machbarkeit der Intervention zu finden, wurden Behandler und Rehabilitanden befragt, wie sie das Verhältnis von Nutzen und Aufwand der Intervention einschätzen.

Tabelle 14 zeigt die Einschätzungen der Behandler im Überblick.

		Nutzen > Aufwand	Nutzen < Aufwand
Behandler- einschätzung	Aufwand-Nutzen- Verhältnis für Behandler	N =8 Äußerungen Ortho	N=3 Äußerungen Psycho
	Aufwand-Nutzen- Verhältnis für Rehabilitanden	N=4 Äußerungen Ortho	N=3 Äußerungen Psycho
Rehabili- tanden- einschätzung	Aufwand-Nutzen- Verhältnis für Rehabilitanden	N=1 Äußerung Ortho, N=1 Äußerung Psycho	Keine Äußerungen

Tabelle 14: Bewertung des Verhältnisses von Nutzen und Aufwand aus Sicht von Behandlern und Rehabilitanden.

Anmerkung: Ortho = Behandler oder Rehabilitand aus einer orthopädischen Rehabilitationseinrichtung; Psycho = Behandler oder Rehabilitand aus einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung.

Bei der Frage nach dem Verhältnis von Nutzen und Aufwand zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen: Es zeigte sich, dass die Behandler in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen das Verhältnis von Aufwand und Nutzen für sich selbst als günstig einschätzten – der Nutzen war für sie größer als der Aufwand. Behandler in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen schätzten den Nutzen der Intervention für sich selbst als geringer im Vergleich zum Aufwand ein.

Ein ähnliches Bild ergab sich, wenn die Behandler dazu befragt wurden, wie sie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Intervention für die Rehabilitanden (Aufwand-Nutzen-Verhältnis für Rehabilitanden) einschätzten. Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen gaben an, dass die Rehabilitanden mehr Nutzen als Aufwand durch die Intervention haben, Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen gaben an, dass der Aufwand für die Rehabilitanden (z.B. durch das Ausfüllen der Fragebögen) größer ist als der Nutzen.

Die meisten Rehabilitanden äußerten sich nicht zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Wenn sich Rehabilitanden jedoch zum Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Intervention äußerten, gaben sie an, dass für sie selbst der Nutzen größer war als der Aufwand. So äußerten sich jeweils ein Rehabilitand aus einer orthopädischen und einer aus einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung.

3. Ist die Intervention aus Behndlersicht in den Arbeitsalltag integrierbar?

Auch hinsichtlich der Integrierbarkeit der Intervention in den Arbeitsalltag zeigten sich deutliche Unterschiede in der Einschätzung von Behandlern aus orthopädischen im Vergleich zu psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Während die Behandler in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen die Intervention prinzipiell als in ihren Arbeitsalltag integrierbar bewerteten, lassen die vorhandenen Äußerungen von Behandlern aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen darauf schließen, dass die Intervention als nicht umsetzbar bzw. nicht in den Arbeitsalltag integrierbar bewertet wird.

Die Gründe für die Nicht-Integrierbarkeit sahen diese Behandler vor allem im hohen Zeitaufwand, der sich aus ihrer Sicht nicht durch einen hohen Nutzen rechtfertigen lässt. Die Behandler in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen bewerteten die Intervention eher als integrierbar, jedoch unter bestimmten Voraussetzungen. Ein Behandelnder sah die Intervention bei einer Reduktion der Inhalte als integrierbar an: *„Rein dieses Blatt „Handlungsplan“ und die Erläuterung, die man den Patienten dazu gibt, das, denke ich, würde sich schon integrieren lassen, ja.“ (B_14_weiblich)*. Andere merkten an, dass für eine Integrierbarkeit organisatorische Abläufe innerhalb der Klinik noch verbessert werden müssten.

4. Welchen Nutzen sehen Behandler und Rehabilitanden in der Intervention?

Sowohl Behandler als auch Rehabilitanden äußerten sich in vielfältiger Weise dazu, welchen Nutzen sie in der Intervention sehen. Einen Überblick über die inhaltlichen Ergebnisse zu dieser Kategorie gibt Tabelle 15, in Tabelle 16 ist darüber hinaus die Auszählung der Anzahl der Äußerungen zu den Codes der Kategorie „Nutzen“ dargestellt.

Aus Behndlersicht hatte die Intervention Nutzen sowohl für sie selbst, als auch für die Rehabilitanden und für die Behandlung. Als Nutzen der Intervention für sich selbst gaben Behandler aus Einrichtungen beider Indikationen insbesondere an, dass die Intervention interessante Inhalte hat und sie durch die Intervention neue Anregungen im Hinblick auf das Thema „Krankheitsbewältigung“ erhalten. Zudem äußerten sich einige Behandler dahingehend, dass ein Nutzen der Intervention darin liegt, dass die Behandler über zusätzliche Informationen über die Rehabilitanden verfügen. Weitere von Behndlern genannte Nutzenaspekte der Intervention waren die Stärkung ihres Fokus auf die Patientensicht und die Tatsache, dass ihnen im Rahmen der Intervention ein Patientenkontext zugewiesen wurde, das ihnen sonst nicht zugewiesen worden wäre. Die beiden letztgenannten Aspekte nannten nur Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen. Lediglich eine Äußerung eines Behandlers deutete darauf hin, dass der Behandler die Intervention als nicht nützlich für sich selbst empfand.

Nutzen	Nutzen für Behandler	Nutzen für Rehabilitanden	Nutzen für Behandlung
Behandler-sicht	<ul style="list-style-type: none"> Die Inhalte der Intervention sind für den Behandler interessant. Die Intervention enthält neue Anregungen für die Gestaltung der Therapie, z.B. im Hinblick auf das Thema „Krankheitsbewältigung“. Der Behandler hat (schon im Vorfeld der Behandlung) mehr Informationen über den Patienten. Die Intervention führt zu einer Steigerung der Patientenzufriedenheit. Der Rückmeldebogen ist eine Hilfe für die Gestaltung des Gesprächs mit dem Patienten. <i>Für die orthopädische Reha:</i> Durch die Intervention werden den Psychologen andere und mehr Patienten als sonst zugewiesen. Die Intervention hilft, den Fokus auf die Patientensicht zu verstärken. 	<ul style="list-style-type: none"> Eine Anpassung des Behandlungsplans an die Bedürfnisse des Patienten wird erleichtert. Die Eigenaktivität der Patienten wird gestärkt. Die Patienten erhalten mehr Zuwendung. Das Krankheitsverständnis des Patienten wird verbessert. Der Fragebogen regt den Patienten schon im Vorfeld der Rehabilitation zum Nachdenken über ihre Krankheitsbewältigungsstrategien an. Der Patient erhält mehr Informationen. Der Patient wird dazu angeregt, neue Krankheitsbewältigungsstrategien auszuprobieren und Krankheitsbewältigung aus einer ganzheitlichen Perspektive zu betrachten. Der Handlungsplan hilft den Patienten, ihre Aktivitäten auch für die Zeit nach der Rehabilitation zu planen. Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patienten durch den Handlungsplan. Der Handlungsplan visualisiert und konkretisiert Aktivitäten zur Krankheitsbewältigung für den Patienten und motiviert die Patienten zur Durchführung der Aktivitäten. Ein Fokus auf Handlungsplanung ist für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hilfreich. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention liefert Hinweise zur Anpassung der Behandlung. Stärkere Patientenorientierung in der Behandlung. Punkte, auf die man sonst nicht gekommen wäre, werden angesprochen. Der Handlungsplan motiviert den Patienten zu Aktivitäten. Die Beschäftigung mit dem Fragebogen bereitet den Patienten auf die Behandlung vor.
Rehabilitanden-sicht	<ul style="list-style-type: none"> Keine Äußerungen 	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt hat mehr Informationen über den Patient, er weiß wo der Patient steht. Erweiterung des Repertoires an Krankheitsbewältigungsstrategien. Die Visualisierung durch den Handlungsplan hilft, Sachen die man sich vornimmt, auch auszuführen. Der Handlungsplan hilft, konkrete Ziele zu setzen und ist hilfreich für die Planung der Zeit nach der Rehabilitation und für den Transfer von gelernten Strategien in den Alltag. Die Gespräche der Intervention wurden als ganzheitlichere Behandlung erlebt. Der Fragebogen regt im Vorfeld des Klinikaufenthalts zum Nachdenken an. Behandler nutzen den Rückmeldebogen, um gezielt neue Informationen zu geben. Durch die Intervention erhalten die Patienten mehr Zuwendung. Erweiterung des eigenen Krankheitskonzepts durch neue Informationen ist hilfreich und interessant. Besseres Verständnis der Erkrankung durch eine Erweiterung des subjektiven Krankheitskonzepts ist ein „Schlüsselerlebnis“. 	<ul style="list-style-type: none"> Durch die Beschäftigung mit dem Fragebogen wird der Patient auf die Rehabilitation vorbereitet.

Tabelle 15: Nutzen der Intervention aus Behandler- und Rehabilitandensicht

	TOTALS:	Behandler		Patienten		Behandler				Patienten			
		MSK	Psy	MSK	Psy	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2
3 *Nutzen	31	7	8	6	10	3	4	4	4	2	4	5	5
N (Interviews)	181	74	47	22	38	24	50	27	20	6	16	36	2
3_Nutzen_Beh_anderes Patientenkielntel	3	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_geringer oder kein Nutzen	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_HP hilfreich	3	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_interessante Inhalte	10	4	6	0	0	2	2	0	6	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_mehr Info über Patienten	14	9	5	0	0	2	7	0	5	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_neue Anregungen	14	6	8	0	0	0	6	6	2	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_Patientenzufriedenheit	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_RB hilfreich	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Beh_Verstärkter Fokus auf Patientensicht	5	5	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Pat_Anpassung der Behandlung	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Pat_Behandler haben mehr Infos	3	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	2	0
3_Nutzen_Pat_Eigenaktivierung	5	1	3	0	1	1	0	0	3	0	0	1	0
3_Nutzen_Pat_Fragebogen regt Patient zum Nachdenken an	3	2	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0
3_Nutzen_Pat_geringer oder kein Nutzen	11	2	6	3	0	2	0	6	0	2	1	0	0
3_Nutzen_Pat_HP_Fokussierung und Konkretisierung	9	1	1	2	5	0	1	1	0	0	2	4	1
3_Nutzen_Pat_HP_hilfreich	12	4	2	1	5	1	3	2	0	0	1	4	1
3_Nutzen_Pat_HP_Selbstwirksamkeit	5	1	3	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0
3_Nutzen_Pat_HP_Transfer in den Alltag	7	2	1	1	3	0	2	1	0	0	1	3	0
3_Nutzen_Pat_HP_Visualisierung	9	2	0	4	3	0	2	0	0	0	4	3	0
3_Nutzen_Pat_neue Hinweise zu Krankheitsbewältigung	17	5	3	6	3	0	5	2	1	1	5	3	0
3_Nutzen_Pat_neue Informationen	12	2	3	0	7	0	2	2	1	0	0	7	0
3_Nutzen_Pat_SKK_Erweiterung des subjektiven Krankheitskonzepts	6	1	0	0	5	0	1	0	0	0	0	5	0
3_Nutzen_Pat_Verstärkter Fokus auf ganzheitliche Krankheitsbewältigung	4	3	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0
3_Nutzen_Pat_Zuwendung	3	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0
3_Nutzen_Treat_geringer oder kein Nutzen	4	0	2	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0
3_Nutzen_Treat_Hinweis für Behandlungsplanänderung	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Treat_HP	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Treat_Intervention bereitet Patienten auf Reha vor	3	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0
3_Nutzen_Treat_mehr Info über Patienten	4	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Treat_psychologische Beratung ohne Stigmatisierung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Treat_Stärkung der Patientenorientierung	5	5	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0
3_Nutzen_Treat_Verstärkter Fokus auf Handlungsplanung	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Tabelle 16: Anzahl der Äußerungen von Behandlern und Rehabilitanden zu den Codes im Bereich "Nutzen". Anmerkung: Zur Erläuterung der verwendeten Abkürzungen siehe Legende in Tabelle 12.

Aus Sicht der Behandler profitierten auch die Rehabilitanden von der Intervention: Insbesondere der Handlungsplan und die damit verbundenen Aspekte wie eine Visualisierung und Konkretisierung der Handlungsplanung und eine Planung für die Zeit nach der Rehabilitation wurden von den Behandlern als sehr hilfreich für die Rehabilitanden empfunden. Ebenso nützte die Intervention den Rehabilitanden dahingehend, dass sie dadurch mehr Informationen und neue Hinweise zur Krankheitsbewältigung erhielten. Demgegenüber wurde jedoch auch geäußert, dass die Intervention keinen Nutzen für die Rehabilitanden habe. Als Nutzen für die Behandlung nannten Behandler die Möglichkeit zur Anpassung der Behandlung durch die Intervention oder die Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Behandlung. Einen Nutzen für die Behandlung sahen hauptsächlich Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen – Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen äußerten sich nicht dahingehend oder sahen für die Behandlung eher geringen oder keinen Nutzen.

Aus Sicht der Rehabilitanden hatte die Intervention Nutzen für sie selbst und für die Behandlung. In der Einschätzung des Nutzens der Intervention für die Rehabilitanden deckte sich die Einschätzung der Rehabilitanden in vielen Punkten mit der der Behandler: Auch die Rehabilitanden sahen neue bzw. mehr Informationen, eine Erweiterung ihres Repertoires an Krankheitsbewältigungsstrategien und insbesondere auch die Hilfestellungen durch den Handlungsplan als Nutzenaspekte der Intervention.

5. Wie bewerten Behandler und Rehabilitanden die Intervention und welche Merkmale der Intervention sind für die Bewertung wichtig?

Hinsichtlich der Akzeptanz waren wir daran interessiert, differenzierte Kriterien zu erfassen, die zu einer positiven Bewertung bzw. einer negativen Bewertung der SELF-Intervention führten. In Tabelle 17 kann zunächst ein Überblick gewonnen werden, welche Kriterien allgemein häufig bewertet wurden (ohne eine Differenzierung in positiv/negativ). Hier zeigte sich, dass für Behandler zum einen allgemeine Aspekte der Intervention Bewertungskriterien darstellten: Einige Äußerungen bewerteten die Intervention ganz global oder beispielsweise die allgemeine Struktur oder den Aufwand der Intervention. Für Rehabilitanden war insbesondere der Fragebogen (z.B. die Fragenformulierung) ein wichtiges Bewertungskriterium. Sowohl für Behandler als auch Rehabilitanden war der Handlungsplan ein Teil der Intervention, der häufig bewertet wurde, auch inhaltliche Aspekte der Intervention spielten für ihre Bewertungen häufig eine Rolle.

In Tabelle 18 sind die von Rehabilitanden, in Tabelle 19 die von Behandlern genannten Bewertungsaspekte zusammengestellt und dahingehend differenziert, ob diese Aspekte überwiegend positiv oder negativ bewertet wurden. Aus Sicht der Rehabilitanden wurden sowohl allgemeine Aspekte der Intervention (Gespräche sind anders als andere Gespräche, gehen ins Detail) als auch spezielle Aspekte positiv bewertet.

	TOTALS:	Behandler		Patienten		Behandler				Patienten			
		MSK	Psy	MSK	Psy	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2	MSK 1	MSK 2	Psy 1	Psy 2
4_*Akzeptanz	31	7	8	6	10	3	4	4	4	2	4	5	5
N (Interviews)	192	53	81	27	31	21	32	60	21	12	15	17	14
4_Akzeptanz_Allgemein	23	10	10	0	3	3	7	7	3	0	0	3	0
4_Akzeptanz_Allgemein_Aufwand	12	5	6	0	1	1	4	3	3	0	0	1	0
4_Akzeptanz_Allgemein_Flexibilität	3	1	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
4_Akzeptanz_Allgemein_Struktur	8	5	3	0	0	3	2	2	1	0	0	0	0
4_Akzeptanz_Allgemein_Verständlichkeit	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4_Akzeptanz_FB_Fragenformulierung	12	0	1	5	6	0	0	1	0	4	1	1	5
4_Akzeptanz_FB_Krankheitsbewältigung	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4_Akzeptanz_FB_Länge	16	3	2	8	3	2	1	2	0	2	6	1	2
4_Akzeptanz_FB_Verständlichkeit	4	3	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0
4_Akzeptanz_HP_Handhabung	11	1	2	3	5	0	1	2	0	1	2	3	2
4_Akzeptanz_HP_Neuigkeitswert	6	2	2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0
4_Akzeptanz_HP_Nutzung	26	6	6	7	7	1	5	5	1	3	4	2	5
4_Akzeptanz_Inhalt_Inhaltliche Tiefe	8	2	5	0	1	0	2	4	1	0	0	1	0
4_Akzeptanz_Inhalt_Kongruenz zwischen Rückmeldebogen und Gespräch	6	2	4	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0
4_Akzeptanz_Inhalt_Neuigkeitswert	8	3	4	0	1	0	3	3	1	0	0	1	0
4_Akzeptanz_Inhalt_Passung zum Behandler	5	0	4	0	1	0	0	0	4	0	0	1	0
4_Akzeptanz_Inhalt_Passung zum Patienten	19	3	15	0	1	3	0	13	2	0	0	1	0
4_Akzeptanz_Inhalt_Vorabinformationen	3	1	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
4_Akzeptanz_RB_Interessantheit	8	2	5	0	1	1	1	4	1	0	0	1	0
4_Akzeptanz_RB_Länge	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
4_Akzeptanz_RB_Strukturiertheit	8	3	5	0	0	1	2	5	0	0	0	0	0
4_Akzeptanz_RB_Verständlichkeit	3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0

Tabelle 17: Bewertungsaspekte der Intervention. Anmerkung: Zur Erläuterung der verwendeten Abkürzungen siehe Legende in Tabelle 12.

Akzeptanz-indikatoren	Aspekte der Intervention, die positiv bewertet wurden	Aspekte der Intervention, die negativ bewertet wurden
Rehabilitandensicht	<p>Intervention allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgespräche anders als andere Gespräche Interventionsgespräche wertvoll Interventionsgespräche gehen ins Detail, detaillierte Informationen Extra-Gespräch über Auswertung des Fragebogens positiv <p>Spezielle Aspekte der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen gute Reflexionsmöglichkeit und verständlich Aufwand für das Ausfüllen des Fragebogens ist in Ordnung Handlungsplan als Selbstkontrollmöglichkeit Handlungsplan übersichtlich, verständlich und ansprechend gestaltet Handlungsplan ist etwas Neues und wird gerne genutzt Rückmeldebogen als Rückmeldung, wo man selbst steht 	<p>Spezielle Aspekte der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen zu lang Fragebogen schwer verständlich, „zu psychologisch“, viele doppelte Fragen Fragebogenbeantwortung schwierig Handlungsplan kein Nutzen Handlungsplan nicht nötig Handlungsplan passt für Patient nicht Handhabung des Handlungsplans schwierig Gestaltung des Handlungsplans: mehr Platz für Eintragungen nötig

Tabelle 18: Bewertungsaspekte der Intervention aus Rehabilitandensicht. Anmerkung: Zur Erläuterung der verwendeten Abkürzungen siehe Legende in Tabelle 12.

Akzeptanz-indikatoren	Aspekte der Intervention, die positiv bewertet wurden	Aspekte der Intervention, die negativ bewertet wurden
Behandler-sicht	<p>Intervention allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemein positive Bewertung des Projekts/der Intervention • Allgemein positive Bewertung des Aufwands für die Intervention: kein oder kaum Mehraufwand • Flexibilität: Intervention wird als flexibel wahrgenommen (Inhalte, Handlungsplan) • Struktur der Intervention, Strukturierung des eigenen Wissens: fokussiertere und strukturiertere Anfangsgespräche als sonst <p>Spezielle Aspekte der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute Verständlichkeit des Fragebogens • Rückmeldebogen gut strukturiert und übersichtlich • Rückmeldebogen enthält für den Behandler und die Behandlung interessante Aspekte • Rückmeldebogen ist eine gute Gesprächsvorbereitung für Behandler und Patient • Handlungsplan guter Anker für die Interventionsgespräche • Handlungsplan für Patienten verständlich • Handlungsplan für die Patienten gute Visualisierung und Konkretisierung • Handlungsplan motiviert die Patienten • Handlungsplan gut in Alltag integrierbar • Handlungsplan ist etwas Neues • Informationen über Krankheitsbewältigungsstrategien der Patienten sind hilfreich 	<p>Intervention allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung zum Patienten ist nicht gegeben, nicht bei jedem Patienten stehen die Inhalte der Intervention im Vordergrund • Patienten möchten über etwas anderes sprechen • Interventionsgespräche „künstlich“, nicht in Therapie eingebettet • Zu wenig Zeit für die Intervention • Neuigkeitswert der Intervention gering, Inhalte der Intervention werden auch in der normalen Therapie angewandt • Zusatzaufwand durch die Intervention ist hoch • Themen der Intervention sind zu oberflächlich, grundlegendere Themen sind in der Therapie wichtiger • Intervention ist nicht in der Sprache des Patienten • Intervention schränkt die Freiheit des Therapeuten ein • Zusatzgespräche für Patienten verwirrend • Grundgedanken der Intervention nicht mit psychodynamischem Behandlungskonzept vereinbar • Intervention zu symptomorientiert • Themen der Intervention spielen zwar eine Rolle, stehen aber in der Therapie nicht explizit im Fokus <p>Spezielle Aspekte der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen sehr umfangreich • Fragebogen für Patienten schwer verständlich • Angaben im Rückmeldebogen sind nicht verlässlich (Patienten „vertun“ sich beim Ankreuzen oder Angaben ändern sich zwischen Zeitpunkt des Ankreuzens und Reha) • Ausführlicher Fragebogen führt zu hoher Erwartungshaltung beim Patienten • Rückmeldebogen zeitaufwändig zu lesen • Rückmeldebogen kein Informationsgewinn • Handlungsplan sollte mehr Platz haben

Tabelle 19: Bewertungsaspekte der Intervention aus Behandler-sicht. Anmerkung: Zur Erläuterung der verwendeten Abkürzungen siehe Legende in Tabelle 12.

Hier wurde insbesondere der Handlungsplan positiv hervorgehoben, aber auch der Fragebogen als gute Möglichkeit zur Reflexion. Die Bewertung dieser Aspekte war jedoch nicht einheitlich: Einige Rehabilitanden kamen hinsichtlich des Fragebogens (Länge, Verständlichkeit) und des Handlungsplans auch zu einer negativen Bewertung. Aus Behandlersicht wurde die Intervention zunächst in einigen Äußerungen global als positiv bewertet. Auch bewerteten einige Behandler die Struktur, den Aufwand und die Flexibilität der Intervention allgemein als positiv. Spezielle Aspekte der Intervention, die positiv bewertet wurden, waren insbesondere der Handlungsplan und der Rückmeldebogen. Allgemeine Aspekte der Intervention, die negativ bewertet wurden, waren hingegen beispielsweise eine mangelnde Passung der Intervention zu den Rehabilitanden, ein hoher Zusatzaufwand durch die Intervention oder allgemein die Themen der Intervention, die im Empfinden der Behandler für die Therapie nicht zentral sind. Auch wurden von einigen Behandlern spezielle Aspekte wie der Fragebogen oder der Rückmeldebogen negativ bewertet.

Insgesamt zeigte sich also im Hinblick auf die Bewertung der Intervention ein heterogenes Bild: Sowohl auf Rehabilitanden- als auch auf Behandlerseite wurden unterschiedliche Aspekte zur Bewertung herangezogen und diese Aspekte teilweise auch gegensätzlich bewertet.

6. Welche Hürden gab es aus Sicht der Behandler für die Implementation der Intervention im Rahmen der SELF-Studie und welche Hürden wird es aus ihrer Sicht für eine zukünftige, eigenverantwortliche Implementation geben?

Es wurden von den Behandler verschiedene Aspekte benannt, die Hürden für die Implementation der Intervention im Studienkontext darstellen: Die Verständlichkeit des Fragebogens für die Rehabilitanden wurde von einer Person als problematisch für die aktuelle Durchführung der Studie benannt, da dadurch die Angaben im Rückmeldebogen nicht valide seien. Auch wurde berichtet, dass die Durchführung der Intervention im Rahmen der Studie dadurch erschwert wurde, dass die Bindung der Patienten an die Station verloren geht, da nur bestimmte Behandler in der Interventionsdurchführung geschult waren. Von einem Behandler einer orthopädischen Rehabilitationseinrichtung wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Therapieplanung keine Rubrik für ein einfaches „ärztliches Gespräch“ vorgesehen ist, wie es im Rahmen der Intervention vorgesehen ist. Daher konnten die ärztlichen Interventionsgespräche nicht in die elektronische Terminplanung eingehen, sondern mussten separat vereinbart werden. Als weitere Hürden für die Implementation der Intervention wurden knappe zeitliche Ressourcen benannt. Als Hürden für eine zukünftige, eigenverantwortliche Intervention sahen die Behandler eine Reihe von Aspekten. Dabei stand der Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen im Vordergrund. Die Behandler sahen den organisatorischen Zusatzaufwand durch die Intervention (Versand eines Fragebogens im Vorfeld an die Rehabilitanden, Auswertung des Fragebogens) als Hürde für eine routinemäßige Durchführung der Intervention in den Kliniken. Die Behandler waren insbesondere hinsichtlich der bisher vom Forschungsinstitut übernommenen Aufgaben

(Erstellung des Rückmeldebogens) unsicher, ob es zeitlich möglich wäre, diese zukünftig eigenverantwortlich zu übernehmen. Als weitere Hürde für eine zukünftige Implementation wurde auch die fehlende Abbildbarkeit der Interventionsgespräche im Therapieplanungs-Programm genannt.

7. Welche Verbesserungsvorschläge haben Behandler und Rehabilitanden für die Intervention?

Sowohl Behandler als auch Rehabilitanden wurden zu Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf die SELF-Intervention befragt. Alle Verbesserungsvorschläge sind Tabelle 20 zusammengefasst. Einig waren sich Behandler und Rehabilitanden darin, dass der Handlungsplan, der im Rahmen der Intervention eingesetzt wurde, mehr Platz für persönliche Eintragungen haben sollte.

Darüber hinaus gab es zwei Vorschläge von Behandlern, die Intervention zu vereinfachen bzw. nur auf den Teil zu den Bewältigungsstrategien zu begrenzen. Als strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Implementation der Intervention wurden die Ausweitung der Intervention auf ambulante Patienten und der Einbezug von mehreren Behandlern in der Klinik in die Interventionsdurchführung genannt.

Von Rehabilitandenseite wurde angeregt, eine Möglichkeit zu schaffen, die Fragebögen am PC auszufüllen. Darüber hinaus wurde gewünscht, die Fragen zur Krankheitsbewältigung noch weiter zu differenzieren, um bei der Bewertung langfristige und kurzfristige Konsequenzen unterscheiden zu können.

Verbesserungsvorschläge zur Intervention	
von Behandlern	von Rehabilitanden
<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung der Intervention auf ambulante Patienten, bessere Passung für diese Patienten • Mehr Behandler in der Klinik miteinbeziehen, um größere Flexibilität zu gewährleisten und Aufwand zu verteilen • Beschränkung der Intervention auf den Teil zu Krankheitsbewältigungsstrategien • Mehr Platz für Eintragungen auf dem Handlungsplan • Dokumentationsbogen zur Studie vereinfachen und überarbeiten. • Intervention flexibler gestalten • Intervention insgesamt vereinfachen 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Beantwortung des Fragebogens am PC schaffen. • Mehr Platz für Eintragungen auf dem Handlungsplan • Weitere Differenzierung der Fragen zur Krankheitsbewältigung im Fragebogen.

Tabelle 20: Verbesserungsvorschläge zur SELF-Intervention von Behandlern und Rehabilitanden

8. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie die Intervention implementiert wird?

Es zeigte sich, dass Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Durchführung der Intervention hatten. Beispielsweise hatte der Informationsstand des Rehabilitanden einen Einfluss darauf, wie viele zusätzliche Informationen der Patient im Rahmen der Intervention bekam: *„Er hat überhaupt nicht über Themen gesprochen, nur allgemein über eine Auswertung und über vielleicht so allgemein ... über den Verlauf dieser Krankheit, so allgemeine Informationen einfach. Weil ich ja Vieles eben schon weiß, aber sonst, so konkrete andere Themen hat er nicht direkt angesprochen.“* (P_09_weiblich) Auch in Bezug auf den Einsatz des Handlungsplans hatten Rahmenbedingungen Einfluss: Ein Rehabilitand, der bereits umfassende Strategien zur Krankheitsbewältigung hatte, konnte den Handlungsplan ohne Unterstützung ausfüllen. Aus einigen Äußerungen wurde deutlich, dass fehlendes Grundverständnis der Intervention auf Seiten der Behandler Einfluss auf die Implementation der Intervention hatte. *„Was ist das Ziel eigentlich bei dieser zweiten Intervention noch? Worum soll es da gehen? Abgesehen von diesem Handlungsplan nach der Reha - das war schon klar.“* B_01_weiblich. Ein Behandler beispielsweise, der die Inhalte der Intervention nicht als bedarfsabhängige Zusatzinformation sondern als losgelöst von anderen Therapieinhalten konzipiert hat, hat die Intervention vermehrt als Zusatzgespräche umgesetzt und nicht in andere Gespräche integriert, wie folgendes Zitat zeigt: *„Na ja, das was mir aufgefallen ist, dass das auf jeden Fall nicht mit ... innerhalb der Gespräche mit einzubauen ist, dass man vielfach Extratermine braucht und die Patienten doch eher verunsichert sind, warum man ihnen zu viel erzählt.“* B_06_weiblich. Auch ein weiteres Zitat verdeutlicht den Einfluss des Grundverständnisses der Behandler auf die Durchführung der Implementation: *„Sodass ich sie wirklich tatsächlich nur am Anfang gesehen habe und am Ende, dazwischen nicht wirklich. Jetzt habe ich zwei neue Patienten, bis jetzt habe ich nicht so viel ... Also ich fülle diese Listen aus, aber es hat für mich nicht wirklich mehr Bedeutung.“* B_04_weiblich. Es gibt also Hinweise darauf, dass Rahmenbedingungen wie Patientencharakteristika, aber auch Merkmale und Einstellungen der Behandler einen Einfluss auf die Art und Weise, wie die Intervention implementiert wird, haben.

9. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie der Nutzen der Intervention wahrgenommen wird?

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Nutzeneinschätzungen und Merkmalen der Rahmenbedingungen zeigte sich, dass Nutzeneinschätzungen der Behandler insbesondere mit dem subjektiven Behandlungskonzept des Behandlers zusammenhängen. Behandler, deren subjektives Behandlungskonzept eher von einem psychodynamischen Ansatz geprägt war, sahen weniger Nutzen in der Intervention als Behandler, die verhaltenstherapeutisch orientiert behandelten. *Also, ich habe gemerkt, dass die Denke, die dahintersteht, eigentlich nicht kompatibel ist mit dem, wenn man psychodynamisch arbeitet. Es ist eher so das, sage*

ich mal, psychiatrisches, verhaltenstherapeutisches Denken, ich will das Symptom wegmachen, so sage ich mal, das medizinische Denken dann eigentlich und wenn man psychodynamisch denkt, dann ist ja sozusagen das Symptom ein Teil eines Gesamtgebildes, was man insgesamt besser verstehen will. Und deswegen ist so die Konzentration, die man herannimmt mit dem Patienten ... auf das Symptom konzentrieren würde, das macht man nicht einfach.“ B_07_männlich. Das bisherige Bewältigungsverhalten und das subjektive Krankheitskonzept der Rehabilitanden hängen in der Einschätzung eines Behandlers auch mit dem Nutzen zusammen: Rehabilitanden, die bisher noch wenig aktive Krankheitsbewältigungsstrategien haben, können besonders von der Intervention profitieren. Rehabilitanden, deren subjektives Krankheitskonzept von den Behandlern als besonders inadäquat oder erweiterungsbedürftig wahrgenommen wird, profitieren laut Einschätzung der Behandler auch im Besonderen von der Intervention. Im Gegensatz dazu ist der Nutzen geringer, wenn die Rehabilitanden schon *“eine Krankheitsvorstellung haben, die der Realität ganz nahe kommt“* (B_15_männlich). Das Grundverständnis der Intervention auf Behandlerseite ist auch ein Merkmal der Rahmenbedingungen, das mit Nutzenbewertungen zusammenhängt. Wenn offensichtlich wurde, dass die Grundidee der Intervention nicht verstanden oder akzeptiert wurde, wurde der Nutzen der Intervention eher als gering oder nicht vorhanden eingeschätzt, wie sich beispielsweise in folgendem Zitat zeigt: *„Aber ich frage mich mehr, ob sie wirklich was bringt. Ja, weil, wie ich am Anfang sagte: Ich glaube, dass es (.....) (00:08:17) dass es zum Erfolg der Therapie viel tieferliegende Sachen gibt als jetzt Informationen zur Medikation, zum Krankheitsbild und so weiter. Ich meine, das kommt ja auch während der Therapie hier und dort dann so zum Vorschein, aber wenn ich damit anfangen, begeben sich ja auf eine Schiene, wo ich relativ an der Oberfläche bleibe, ja? Wenn ich dagegen, zum Beispiel, wie auch in der Sprechstunde, ich merke: Ein Patient zögert jetzt, ein Antidepressivum zu nehmen, und ich frage dann nach: Ja, was ist da das Problem? Und es kommt vielleicht ein hohes Kontrollbedürfnis zum Vorschein, dann bin ich ja auf einer ganz anderen Ebene, als wenn ich so Informationssachen jetzt abfrage, ja? Also, mein Eindruck ist, dass es so mit Informationen, dass das nur ein kleiner Teil ist, der zum Erfolg der Therapie beiträgt, und dass es im Vergleich zum Zeitaufwand, also, das ein negatives Verhältnis ist.“* (B_03_männlich). Hier wurde die Intervention offensichtlich mit „Informationsvermittlung“ gleichgesetzt und daher als wenig hilfreich empfunden.

10. Haben Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen Einfluss darauf, wie die Intervention bewertet wird?

Auch hinsichtlich der Bewertung der Intervention zeigte sich, dass Behandler- und Rehabilitandenmerkmale als Rahmenbedingungen einen Einfluss hatten. Zusammenhänge zeigten sich hinsichtlich der Behandlungseinstellungen der Behandler, dem Grundverständnis

der Intervention auf Seiten der Behandler, dem bisherigen Bewältigungsverhalten der Rehabilitanden, der Motivation der Rehabilitanden und sonstigen Rehabilitandencharakteristika. Auf Rehabilitandenseite zeigte sich, dass das bisherige Bewältigungsverhalten der Rehabilitanden einen Einfluss auf die Akzeptanz des Handlungsplans hat: Rehabilitanden, die schon sehr aktiv sind, bewerten die Nutzung des Handlungsplans eher negativ. *„Ja, das habe ich alleine gemacht, ja, ja. Also, noch nicht ganz, ich bin da ein bisschen immer die erste Woche habe ich gehabt, ja. Ja, noch einmal: Ich, ja ... Für mich ist das eigentlich selbstverständlich eben. Wenn Sie da nicht, fangen Sie da nach zwanzig Jahren anfangen meine Sachen zu dokumentieren, was ich jetzt in der Woche da sportlich eigentlich mache - ist für mich, denke ich mal, schon ein bisschen überflüssig.“* (P_12_männlich). Bestimmte Patientencharakteristika („kein typischer Rückenschmerzpatient“) führen dazu, dass die Behandler die Intervention als unpassend für den Patienten empfinden und daher nicht akzeptieren, beispielsweise führte ein Behandler einer orthopädischen Rehabilitationsklinik aus: *„Also, der erste war kein typischer chronischer Rückenschmerzpatient. Deswegen war das auch ... hat das nicht so gut gepasst teilweise, die Fragen so.“* (B_11_weiblich). Ein weiteres Beispiel: *„Es gibt ja ... ja, ja ... es gibt ja Komorbidität und noch ... also, es ist, glaube ich, nicht für alle Patienten diese ... gerade diese Arbeit sinnvoll.“* (B_02_männlich). Außerdem führten Behandlungseinstellungen der Behandler als Rahmenbedingungen dazu, dass der Inhalt der Intervention nicht akzeptiert wurde. Insbesondere Behandler, die in einem psychodynamisch orientierten Behandlungskonzept verwurzelt sind, bewerteten die Inhalte der Intervention als nicht kompatibel mit ihrem Arbeiten. Ein mangelndes Grundverständnis der Intervention hatte als Rahmenbedingung einen Einfluss auf die Bewertung der Intervention.

4.4.4 Zusammenfassung

In leitfadengestützten Interviews wurden sowohl Behandler als auch Rehabilitanden zur Interventionsdurchführung (Implementation), zur Machbarkeit der Intervention im Klinikalltag (Behandlereinschätzung), zum wahrgenommenen Nutzen der Intervention und deren Akzeptanz (Rehabilitanden- und Behandlereinschätzung) befragt.

Im Hinblick auf die Machbarkeit der Intervention wurde das wahrgenommene Verhältnis von Aufwand und Nutzen evaluiert. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen: Während Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen den Nutzen der Intervention sowohl für sich selbst als auch für Rehabilitanden höher als deren Aufwand einschätzten, war es in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen ein umgekehrtes Verhältnis. Damit einhergehend schätzten die Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen die Intervention eher als in ihren Arbeitsalltag integrierbar ein, während die Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen die Integrierbarkeit insgesamt kritisch sahen. Diese Unterschiede könnten darauf zurückzuführen sein, dass für Behandler in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen die Intervention einen größeren Neuigkeitswert hatte, während Behandler in psychosomatischen

Rehabilitationseinrichtungen die Inhalte der Intervention oft als redundant zu bisherigen Therapieinhalten empfanden. Anhand der Interviews konnte sehr differenziert analysiert werden, welchen Nutzen sowohl Behandler als auch Rehabilitanden in der SELF-Intervention sehen. Die Äußerungen der Behandler ließen sich in drei Kategorien einteilen: Zum einen sahen die Behandler Nutzen für sich selbst in der Intervention, zum anderen aber auch für Rehabilitanden und für die Behandlung. Die Rehabilitanden sahen den Nutzen der Intervention hauptsächlich für sich selbst. Sowohl die von den Behandlern als auch die von den Rehabilitanden thematisierten Nutzenaspekte zeigen, dass es gelungen ist, in der SELF-Intervention wichtige Erfolge zu erzielen: Die Behandler berichten von einer insgesamt stärker patientenorientierten Behandlung und insbesondere auch von konkreten Hilfestellungen durch den im Rahmen der Intervention eingesetzten Handlungsplan. Auch die Rehabilitanden betonten die Hilfestellung bei der Handlungsplanung als besonderen Nutzenaspekt, gleichzeitig war für die sie auch die Erweiterung ihres Krankheitskonzepts hilfreich. Die besondere Betonung des Handlungsplans sowohl von Behandlern als auch von Rehabilitanden kann eventuell auch dadurch erklärt werden, dass der Handlungsplan im Rahmen der Intervention ein „feststehendes“ Element war, das bei allen Rehabilitanden eingesetzt werden sollte.

Hinsichtlich der Akzeptanz der Intervention führte auf Behandlerseite eine Reihe von Aspekten zu einer positiven Bewertung der Intervention. Zu einer negativen Bewertung der Intervention führten vor allem allgemeine Aspekte der Intervention wie beispielsweise die mangelnde Passung der Intervention zu einem Patienten oder der zeitliche Zusatzaufwand durch die Intervention. Bei speziellen Aspekten der Intervention, die mit einer negativen Bewertung einhergingen, ist aus Behändlersicht vor allem der umfangreiche Patientenfragebogen zu nennen. Als wichtige Einflussfaktoren auf die Nutzeinschätzungen und auf die Bewertung der Intervention (Akzeptanz) der Behandler zeigten sich behandlerbezogene Merkmale, wie z.B. das subjektive Behandlungskonzept der Behandler oder auch das Grundverständnis der Intervention auf Behandlerseite. Behandler, in deren eigenes subjektives Behandlungskonzept die Intervention nicht integrierbar war, bewerteten die Intervention als wenig nützlich und bewerteten die Intervention insgesamt negativ. Für eine zukünftige Implementation der SELF-Intervention wären diese Faktoren also besonders zu berücksichtigen und noch gezielter aufzufangen.

Grundsätzlich sollte als Limitation der qualitativen Evaluation der SELF-Intervention berücksichtigt werden, dass es aus Rehabilitandensicht oftmals schwierig war, die Gespräche, die im Rahmen der Intervention stattfanden, eindeutig von „normalen“ Therapiesprächen abzugrenzen. Daher muss die Validität der Rehabilitandenaussagen zur Intervention kritisch betrachtet werden. Auch kann nicht von einer Repräsentativität der befragten Rehabilitanden ausgegangen werden: Die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgte über die Studienkoordinatoren in den beteiligten Einrichtungen, es können daher keine Angaben über Nicht-Teilnehmer gemacht werden.

4.5 Hauptstudie: Quantitative Evaluation *Mai 2013 bis Mai 2014*

4.5.1 Zielsetzung

Im Fokus der quantitativen Evaluation der Intervention stand, wie auch bei der qualitativen Evaluation, die Verbesserung der Implementierbarkeit der Interventionsmodule in die Klinikroutine (Machbarkeit) sowie die patienten- und behandlerseitige Akzeptanz.

4.5.2 Methodik

Es wurde eine Fragebogenerhebung mit N=40 RehabilitandInnen pro Diagnosegruppe (d.h. 20 Patienten pro Klinik) durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch die Behandler befragt. In einem Dokumentationsbogen zur Intervention dokumentierten und bewerteten sie die Intervention für jeden einzelnen Patienten. Am Ende der Studienphase füllten sie zudem noch einen Abschlussfragebogen zur Gesamtbewertung der Intervention aus. Tabelle 21 gibt einen Überblick über die in der Hauptstudie eingesetzten Instrumente zur Befragung der Rehabilitanden in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen.

Konstrukt	Instrument	eingesetzt in Diagnosegruppe	Literatur
Krankheitskonzept	IPQ-R (Illness Perception Questionnaire Revised)	Rückenschmerz Depression	(Gaab & Ehlert, 2005; Glattacker, Bengel, et al., 2009; Moss-Morris et al., 2002)
Behandlungskonzept Medikamente	BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire)	Rückenschmerz, Depression	(Horne et al., 1999; Opitz et al., 2008)
Behandlungskonzept Reha	BRQ (Beliefs about Rehabilitation Questionnaire)	Rückenschmerz Depression	(Glattacker, Heyduck, et al., 2009a)
Zufriedenheit mit Information zu Medikamenten	SIMS	Rückenschmerz, Depression	(Glattacker, Heyduck, & Meffert, 2009b; Mahler et al., 2009)
Zufriedenheit mit Information zu Krankheit	SILS	Rückenschmerz, Depression	(Glattacker, Heyduck, et al., 2009b)
Zufriedenheit mit Information zu Reha	SIRS	Rückenschmerz, Depression	(Glattacker, Heyduck, et al., 2009b)
Krankheitsbewältigung / Action Plans	Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung	Rückenschmerz, Depression	(AQMS, 2012)
Lebensqualität	SF-12 (Fragebogen zum Gesundheitszustand)	Rückenschmerz	(Morfeld et al., 2011)
Funktionsfähigkeit	ADS (Allgemeine Depressions Skala)	Depression	(Hautzinger & Bailer, 1993)
Schmerzen	VAS (Visuelle Analogskala)	Rückenschmerz	(AQMS, 2008)
Depression	HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version)	Rückenschmerz	(Foster et al., 2010)
Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit	FESS (Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen SWE)	Rückenschmerz	(Mangels et al., 2009)
Soziodemographie	Soziodemographie	Rückenschmerz Depression	(AQMS, 2012)

Konstrukt	Instrument	eingesetzt in Diagnosegruppe	Literatur
Arzt-Patient-Interaktion	KOVA (Fragebogen zum Kommunikationsverhalten von Behandlern)	Rückenschmerz	(Farin et al., 2012)
Direkte Veränderungsmessung	Item-Pool		Anlehnung an: Phillips et al. (2012), Melbourne et al.(2010)
Akzeptanz der Intervention	Item-Pool		AQMS (2013)

Tabelle 21: Überblick über die eingesetzten Instrumente in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen

Die Verfahren wurden unter Berücksichtigung lizenzrechtlicher Aspekte in einem Fragebogenpaket¹ zusammengestellt. Zusätzlich wurde ein kurzer Arztbogen entwickelt, mit dessen Hilfe v.a. krankheitsbezogene Variablen zur Stichprobenbeschreibung erfasst werden sollten. Zusätzlich zur Befragung der Rehabilitanden wurden die Behandler gebeten, für jeden behandelten Studienpatient einen „Dokumentationsbogen zur Intervention“ auszufüllen. Dieser Dokumentationsbogen enthielt neben Fragen zur Durchführung der Intervention auch Fragen zu im Rahmen der Interventionsentwicklung definierten sekundären Zielgrößen. Diese sekundären Zielgrößen wurden einerseits aus Ergebnissen der Expertenworkshops abgeleitet, andererseits aber auch theoriegeleitet definiert. Dabei wurde in Anlehnung an Phillips, Leventhal & Leventhal (2012) auf eine direkte Veränderungsmessung der CSM-Dimensionen fokussiert. Außerdem wurden die Behandler gebeten, am Ende der Datenerhebungsphase einen Abschlussfragebogen zu beantworten, in dem sie nach ihrer abschließenden Bewertung der Intervention befragt wurden.

4.5.2.1 Durchführung

Die Datenerhebung zur quantitativen Evaluation des Fragebogens fand in allen vier Kliniken, in denen die Intervention implementiert wurde, im Zeitraum von Mai 2013 bis April 2014 statt. Der Druck der Fragebögen inkl. Patienteninformationen und Einwilligungen erfolgte im März 2013. Sämtliche Erhebungsunterlagen sowie ein Manual, in dem das Datenerhebungsprozedere ausführlich beschrieben ist und eine sog. „Patientenliste“, welche die Dokumentation von Studienteilnehmern vs. Nichtteilnehmern oder Drop-Outs gewährleisten soll, wurde den Kliniken zugesandt. Die Befragung der Rehabilitanden erfolgte zu zwei Zeitpunkten: Zu Beginn der Rehabilitation (t0) und am Ende der Rehabilitation (t1) Grundsätzlich wurden nur diejenigen Patienten in die Studie eingeschlossen, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten (siehe Abschnitt 2.3) und die nach ausführlicher Information eine schriftliche Einwilligung (informed consent) erteilten. Die angestrebte Stichprobengröße (N=80) wurde erreicht: Insgesamt konnten N=88 Rehabilitanden zu Beginn (t0) und am Ende der Rehabilitation (t1) befragt werden.

¹ Die Verwendung einiger zusätzlicher Instrumente im Fragebogenpaket ermöglicht weiterführende Analysen. Im vorliegenden Abschlussbericht werden nur Ergebnisse zu den zentralen Fragestellungen berichtet.

4.5.2.2 Statistische Analysen

Die Auswertung der quantitativen Evaluation der Intervention erfolgte hauptsächlich mittels deskriptiver Analysen. Zur Ermittlung von Veränderungen zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende wurden Effektstärken berechnet. Dabei wurden die Effektstärkemaße „Standardized Effect Sizes (SES)“ und „Standardized Response Mean (SRM)“ berechnet. In Anlehnung an Cohen (1992) wurden Effektstärken $<.40$ als klein, zwischen $.40$ und $.80$ als mittel und $>.80$ als stark bewertet. Sämtliche statistischen Analysen erfolgten mit dem Programmpaket Statistical Package for the Social Sciences (IBM, SPSS, Version 21, 2012).

4.5.2.3 Stichproben

Im Rahmen der quantitativen Evaluation wurden $N=41$ Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und $N=47$ Rehabilitanden mit depressiven Störungen befragt. Tabelle 22 gibt die wesentlichen soziodemographischen Merkmale der befragten Rehabilitanden in der Diagnosegruppe chronische Rückenschmerzen wieder.

Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz	
Variablen	N=41
Alter M (SD)	49,6 (10,4)
Range Alter	23-72
Geschlecht N(%)	
Frauen	22 (53,7)
Männer	19 (46,3)
Staatsangehörigkeit N(%)	
deutsch	40 (97,6)
andere	1 (2,4)
Familienstand N(%)	
ledig	6 (14,6)
verheiratet	26 (63,4)
geschieden/getrennt	8 (19,5)
verwitwet	1 (2,4)
Feste Partnerschaft N(%)	
ja	32 (78,0)
nein	8 (19,5)
Häufigste Bundesländer N(%)	
Baden-Württemberg	38 (92,7)
Schulabschluss N(%)	
Volks- oder Hauptschule	19 (46,3)
Realschule	14 (34,1)
POS	1 (2,4)
Fachhochschulreife	2 (4,9)
Abitur	3 (7,3)
anderer Abschluss	1 (2,4)
Erwerbstätigkeit N(%)	
erwerbstätig	35 (85,4)
Nicht erwerbstätig, sondern arbeitslos gemeldet	1 (2,4)
Nicht erwerbstätig, sondern EU/BU-Rente	1 (2,4)
Nicht erwerbstätig, sondern Altersrente/pensioniert	1 (2,4)
Nicht erwerbstätig, sondern Teilrente	1 (2,4)
Nicht erwerbstätig, sondern Sonstiges	1 (2,4)

Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz	
Variablen	N=41
Arbeiter- vs. Angestelltenstatus N(%)	
Arbeiter/Arbeiterin	16 (39,0)
Angestellter/Angestellte	20 (48,8)
Beamter/Beamte	2 (4,9)
Krankheitsdauer Rückenschmerz N(%)	
weniger als 1 Jahr	4 (9,8)
1 bis 2 Jahre	3 (7,3)
3 bis 5 Jahre	6 (14,6)
6 bis 10 Jahre	12 (29,3)
mehr als 10 Jahre	13 (31,7)
weiß nicht	1 (2,4)
Reha-Erfahrung N(%)	
ja	20 (48,8)
nein	20 (48,8)
Häufigste Hauptdiagnosen N(%)	
M51.2	7 (17,1)
M54.5	6 (14,6)
AU Tage in den letzten 6 Monaten M (SD)	
	25,82 (36,21)
Komo Gesamtscore M (SD)	
	0,41 (0,27)

Tabelle 22: Stichprobenbeschreibung der befragten Rehabilitanden in der Diagnosegruppe Chronische Rückenschmerzen.

Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

In Tabelle 23 sind die soziodemographischen Merkmale der Rehabilitanden der Diagnosegruppe Depressive Störungen aufgeführt.

Diagnosegruppe Depressive Störungen	
Variablen	N=47
Alter (M, SD)	
	50,3 (6,7)
Range Alter	
	25 – 62
Geschlecht N(%)	
Frauen	35 (74,5)
Männer	12 (25,5)
Staatsangehörigkeit N(%)	
deutsch	47 (100,0)
andere	0 (0,0)
Familienstand N(%)	
ledig	7 (14,9)
verheiratet	29 (61,7)
geschieden/getrennt	6 (12,8)
verwitwet	4 (8,5)
Feste Partnerschaft N(%)	
ja	28 (59,6)
nein	18 (38,3)
Häufigste Bundesländer N(%)	
Baden-Württemberg	10 (21,3)
Niedersachsen	7 (14,9)
Nordrhein-Westfalen	5 (10,6)
Brandenburg	4 (8,5)
Berlin	4 (8,5)
Mecklenburg Vorpommern	4 (8,5)
Sachsen	4 (8,5)

Diagnosegruppe Depressive Störungen	
Variablen	N=47
Alte vs. neue Bundesländer N(%)	
alte Bundesländer	28 (59,6)
neue Bundesländer	19 (40,4)
Schulabschluss N(%)	
Volks- oder Hauptschule	6 (12,8)
Realschule	12 (25,5)
POS	7 (14,9)
Fachhochschulreife	5 (10,6)
Abitur	16 (34,0)
anderer Abschluss	1 (2,1)
kein Abschluss	0 (0,0)
Erwerbstätigkeit N(%)	
erwerbstätig	36 (76,6)
nicht erwerbstätig sondern arbeitslos gemeldet	3 (6,4)
nicht erwerbstätig sondern Hausfrau/Hausmann	3 (6,4)
nicht erwerbstätig sondern in Ausbildung oder Umschulung	1 (2,1)
nicht erwerbstätig sondern „Sonstiges“	1 (2,1)
Arbeiter- vs. Angestelltenstatus N(%)	
Arbeiter/Arbeiterin	4 (8,5)
Angestellter/Angestellte	36 (76,6)
Selbstständiger/Selbstständige	2 (4,3)
Noch nie berufstätig gewesen	1 (2,1)
Sonstiges	1 (2,1)
Krankheitsdauer Depression N(%)	
weniger als 1 Jahr	7 (14,9)
1 bis 2 Jahre	7 (14,9)
3 bis 5 Jahre	9 (19,1)
6 bis 10 Jahre	8 (17,0)
mehr als 10 Jahre	9 (19,1)
weiß nicht	4 (8,5)
Reha-Erfahrung N(%)	
ja	16 (34,0)
nein	29 (61,7)
Medikamenteneinnahme N(%)	
ja	31 (66,0)
nein	15 (31,9)
Häufigste Hauptdiagnosen N(%)	
F33.1	22 (46,8)
F32.1	14 (29,8)
AU Tage in den letzten 6 Monaten M (SD)	74,27 (70,66)
Komo Gesamtscore M (SD)	0,53 (0,33)

Tabelle 23: Stichprobenbeschreibung der befragten Rehabilitanden in der Diagnosegruppe Depressive Störungen.
Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

Tabelle 24 gibt einige wesentliche soziodemographische Merkmale der befragten Behandler und Studienkoordinatoren beider Diagnosegruppen wieder.

Behandler & Studienkoordinatoren		
Variablen	Psychosomatik	Orthopädie
N	17	10
Alter (M, SD)	40,36 (9,87)	47,20 (8,85)
Geschlecht (N, %)		
Frauen	9 (52,9)	6 (60,0)
Männer	6 (35,3)	4 (40,0)
Berufsgruppe (N, %)		
Arzt/Ärztin	10 (58,8)	6 (60,0)
Psychologe/Psychologin	6 (35,3)	3 (30,0)
Andere Berufsgruppe	0 (0,0)	1 (10,0)
Berufserfahrung mit chronisch Kranken (N, %)		
1 bis 2 Jahre	1 (5,9)	0 (0,0)
3 bis 5 Jahre	7 (41,2)	1 (10,0)
6 bis 10 Jahre	3 (17,6)	3 (30,0)
Mehr als 10 Jahre	5 (29,4)	6 (60,0)
Leitungsfunktion (N, %)		
ja	2 (11,8)	5 (50,0)
nein	14 (82,4)	5 (50,0)
Erfahrung aus dem Vorgängerprojekt mit der Durchführung der Intervention		
ja	4 (23,5)	3 (30,0)
nein	10 (58,8)	5 (50,0)
Erfahrung aus dem Vorgängerprojekt mit der Organisation der Intervention		
ja	1 (5,9)	1 (10,0)
nein	0 (0,0)	2 (20,0)
Angabe entfällt	15 (88,2)	6 (60,0)

Tabelle 24: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Behandler und Studienkoordinatoren. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

4.5.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Patientenbefragung dargestellt (Abschnitt 4.5.3.1). In Abschnitt 4.5.3.2 werden die Ergebnisse der Behandlerbefragung dargestellt.

4.5.3.1 Ergebnisse der Patientenbefragung

1. Deskription der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen

Die Ausprägungen der subjektiven Krankheits- und medikamentösen sowie rehabilitativen Behandlungskonzepte in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen sind in Tabelle 25 dargestellt. Bezogen auf das subjektive Krankheitskonzept zeigte sich in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz, dass die Patienten ihre Erkrankung als eher chronisches (M=18,68) und zyklisches (M=14,05), d.h. nach einem festen Muster verlaufendes Geschehen wahrnahmen. Die Patienten erlebten durch die Rückenschmerzen deutliche Konsequenzen auf das eigene Leben (M=16,15), die emotionale Belastung durch die Rückenschmerzen lag dabei im mittleren Bereich (M=15,35). Bei der wahrgenommenen Kontrolle in Bezug auf die Rückenschmerzen wurden die Einflussmöglichkeiten durch die

Behandlung (M=15,00) als etwas höher eingeschätzt als die Einflussmöglichkeiten durch eigenes Verhalten (M=12,74). Das Gesamtverständnis der Erkrankung wurde von den Patienten als gut bewertet, was sich in einem hohen mittleren Kohärenzwert (M=18,28) widerspiegelt. Bei der Ursachenattribution zeigte sich, dass die Patienten die Entstehung ihrer Rückenschmerzen vor allem „Überarbeitung“ (M=3,55), „Stress und Sorgen“ (M=3,22) und dem „Alterungsprozess“ (M=2,98) zuschrieben. Daneben wurden aber auch „eigenes Verhalten“ (M=2,95), „Erbfaktoren“ (M=2,68), „Zufall“ (M=2,41), „Unfall oder Verletzung“ (M=2,39), eine „schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit“ (M=2,32) und das „eigene emotionale Befinden“ (M=2,29) als häufige Ursachen genannt. Bezogen auf die Krankheitsidentität zeigte sich, dass die Patienten ihre Rückenschmerzen insbesondere mit den Symptomen „Bewegungseinschränkungen“ (87,8%) und „Ausstrahlen der Schmerzen in Arme und Beine“ (78,0%), „Gelenkschmerzen“ (53,7%) und „Verminderung von Antrieb/Aktivität“ (58,8%) in Verbindung brachten. Neben diesen typisch somatischen waren die Rückenschmerzen für die Patienten aber auch mit einigen psychischen bzw. psychosomatischen Symptomen wie „Erschöpfung“ (56,1%), „Schlaflosigkeit“ (58,5%) und „gedrückte Stimmung“ (53,7%) assoziiert.

Betrachtet man das medikamentenbezogene Behandlungskonzept, so zeigt sich, dass bei den Patienten mit chronischem Rückenschmerz sowohl die wahrgenommene Notwendigkeit (M=13,13) als auch die mit den Medikamenten verbundenen Befürchtungen (M=12,71) im mittleren Bereich lagen.

Bezogen auf das rehabilitative Behandlungskonzept wird deutlich, dass die Patienten sehr hohe Prozesserwartungen (M=9,40) mit der Rehabilitation verbanden (z.B. dass auf eigene Bedürfnisse eingegangen wird und dass die Reha abwechslungsreich ist). Daneben zeigten die Patienten hohe Erwartungen an die Ergebnisse der Rehabilitation, und zwar sowohl im Hinblick auf Veränderungen im somatischen (M=7,68) als auch im psychischen (M=7,50) Bereich. Befürchtungen in Zusammenhang mit der Rehabilitation waren hingegen bei den Patienten mit chronischem Rückenschmerz nur gering ausgeprägt (M=2,77). Bei den Zusatzitems wurde deutlich, dass im Hinblick auf berufsbezogene Aspekte im Rahmen der Rehabilitation insbesondere die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (M=4,26) für die Patienten einen hohen Stellenwert einnahm.

Subjektives Krankheitskonzept	Chronischer Rückenschmerz					Depressive Störungen				
	N	Min	Max	M	SD	N	Min	Max	M	SD
IPQ: Skalen und Einzelitems										
Zeitverlauf chronisch-akut (Range 5-25)	39	12	25	18,68	3,45	47	8	22	15,79	3,68
Krankheit wird kurze Zeit dauern	38	1	5	2,03	1,13	47	1	4	2,34	0,92
Krankheit wird lange Zeit dauern	38	2	5	4,00	0,81	47	1	5	3,47	1,00
Krankheit wird schnell wieder vorbei sein	39	1	4	1,97	0,78	47	1	4	2,32	0,86
Ich werde die K. für den Rest meines Lebens haben	39	2	5	3,64	1,04	47	1	5	2,64	1,11
Meine Krankheit wird mit der Zeit besser werden	39	1	5	2,92	1,16	47	2	5	3,66	0,82

Subjektives Krankheitskonzept	Chronischer Rückenschmerz					Depressive Störungen				
IPQ: Skalen und Einzelitems	N	Min	N	Min	N	Min	N	Min	N	Min
Zyklisches Auftreten (Range 4-20)	38	8	20	14,05	2,98	47	6	18	12,44	2,79
Symptome meiner K. ändern sich von Tag zu Tag	38	1	5	3,39	1,08	47	1	5	2,91	1,06
Symptome in wiederkehrendem Muster	38	1	5	3,16	1,10	46	1	5	2,80	0,96
Meine Krankheit ist sehr unberechenbar	39	2	5	3,62	1,07	47	1	5	3,02	1,03
Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf	39	1	5	3,87	1,01	47	1	5	3,70	0,91
Konsequenzen (Range 5-25)	39	5	24	16,15	4,39	47	9	24	18,74	3,24
K. hat große Auswirkungen auf mein Leben	38	1	5	3,89	0,89	47	2	5	4,21	0,78
K. hat keine großen Auswirkungen auf mein Leben	40	1	5	1,97	0,97	46	1	4	1,78	0,70
K. hat Einfluss darauf, wie andere mich einschätzen	39	1	5	2,64	1,18	47	1	5	3,55	0,97
Krankheit hat finanzielle Folgen für mich	39	1	5	2,87	1,20	47	1	5	2,91	1,23
K. verursacht Schwierigkeiten für mein soz. Umfeld	39	1	5	2,72	1,30	47	1	5	3,85	0,91
Persönliche Kontrolle (Range 4-20)	39	5	19	12,74	3,18	47	8	19	12,93	2,91
Ich kann viel tun, um Symptome zu kontrollieren	38	2	5	3,37	0,91	47	1	5	3,13	0,95
Mein Verh. beeinflusst Besser./Verslechter.	39	1	5	3,62	1,07	47	1	5	3,62	0,85
Verlauf meiner Krankheit ist von mir abhängig	39	1	5	2,95	1,15	46	1	5	3,30	1,03
Ich habe Macht, meine Krankheit zu beeinflussen	40	1	5	2,83	1,26	47	1	5	2,89	1,03
Behandlungskontrolle (Range 4-20)	39	10	20	15,00	2,45	46	8	20	15,37	2,26
Behandlungsmöglichk. f. Besserung vorhanden	39	2	5	4,00	0,83	47	2	5	4,09	0,55
Behandlung wird Krankheit wirksam heilen	39	1	5	3,36	1,04	47	2	5	3,62	0,85
Behandlung kann neg. Auswirk. d. K. verhindern	39	2	5	3,79	0,70	46	2	5	3,70	0,79
Behandlung kann Krankheit wirksam beeinflussen	38	1	5	3,82	0,65	46	2	5	3,98	0,61
Kohärenz (Range 5-25)	39	6	25	18,28	4,05	46	7	25	17,95	4,85
Ich kann mir d. Symptome meiner K. nicht erklären	40	1	5	2,87	1,24	45	1	5	2,58	1,27
Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel	40	1	5	2,13	0,99	46	1	5	2,26	1,18
Ich verstehe meine Krankheit nicht	39	1	5	2,21	1,17	47	1	5	2,38	1,15
Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn	39	1	5	2,28	1,03	46	1	4	2,43	1,05
Ich habe ein klares Verständnis meines Zustands	39	1	5	3,69	1,00	47	1	5	3,51	1,04
Emotionale Repräsentation (Range 5-25)	40	5	24	15,35	4,80	47	5	25	16,30	4,73
Wenn ich über die K. nachdenke, bin ich deprimiert	40	1	5	3,10	1,13	47	1	5	3,53	1,02
Es beunruhigt mich, wenn ich über K. nachdenke	40	1	5	3,32	1,23	47	1	5	3,38	1,05
Meine Krankheit macht mich wütend	40	1	5	2,88	1,20	47	1	5	2,64	1,22
Es macht mir Angst, dass ich diese K. habe	40	1	5	3,00	1,28	47	1	5	3,32	1,16
Meine Krankheit macht mir Angst	40	1	5	3,05	1,28	47	1	5	3,43	1,18
IPQ: Ursachenattribution (Range 1-5)	N	Min	Max	M	SD	N	Min	Max	M	SD
Stress und Sorgen	41	1	5	3,22	1,42	46	2	5	4,52	0,66
Vererbt	41	1	5	2,68	1,23	47	1	5	2,81	1,21
Bakterien oder Viren	41	1	5	1,78	0,96	47	1	3	1,40	0,61
Ernährungs- oder Essgewohnheiten	41	1	5	2,22	1,11	47	1	4	1,87	0,92
Zufall, Pech, Schicksal	41	1	4	2,41	1,16	47	1	5	2,15	1,22
Schlechte med. Versorgung in Vergangenheit	41	1	5	2,32	1,08	47	1	5	1,81	0,97
Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	41	1	3	2,00	0,81	47	1	4	1,68	0,81
Mein eigenes Verhalten	41	1	4	2,95	1,09	47	1	5	3,60	0,99
Meine Einstellung	41	1	4	1,85	0,85	47	1	5	3,40	1,16
Familienprobleme	41	1	4	2,22	1,15	47	1	5	3,79	1,23
Überarbeitung	40	1	5	3,55	1,15	47	1	5	4,21	1,00
Emotionales Befinden	41	1	4	2,29	1,08	47	2	5	4,00	0,89
Alterungsprozess	40	1	5	2,98	1,23	46	1	4	2,41	1,15
Alkohol	41	1	3	1,80	0,84	47	1	4	1,51	0,83
Rauchen	41	1	3	1,83	0,83	47	1	4	1,45	0,80
Unfall oder Verletzung	41	1	5	2,39	1,24	47	1	4	1,72	1,04
Meine Persönlichkeit	41	1	5	2,17	1,07	47	1	5	3,45	1,23
Verändertes Immunsystem	41	1	4	1,88	0,87	47	1	4	1,89	0,96

IPQ: Krankheitsidentität (hervorgehoben bei Zustimmung > 70%)	Symptom durch Krankheit verursacht				Symptom durch Krankheit verursacht						
	ja		nein		ja		nein				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Bewegungseinschränkungen	36	87,8	1	2,4	16	34,0	4	8,5			
Gewichtszunahme oder -abnahme	8	19,5	6	14,6	28	59,6	5	10,6			
Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen	14	34,1	2	4,9	38	80,9	3	6,4			
Gedrückte Stimmung	22	53,7	2	4,9	42	89,4	2	4,3			
Erschöpfung	23	56,1	3	7,3	36	76,6	6	12,8			
Schuldgefühle	5	12,2	1	2,4	24	51,1	5	10,6			
Gelenkschmerzen	22	53,7	6	14,6	6	12,8	14	29,8			
Angst	8	19,5	2	4,9	26	55,3	7	14,9			
Ausstrahlen der Schmerzen in Arme/Beine	32	78,0	1	2,4	8	17,0	12	25,5			
Kopfschmerzen	14	34,1	1	2,4	17	36,2	7	14,9			
Verminderung von Antrieb/Aktivität	24	58,5	3	7,3	41	87,2	2	4,3			
Schlafstörungen	24	58,5	4	9,8	36	76,6	2	4,3			
Wertlosigkeit/Versagen	4	9,8	3	7,3	34	72,3	3	6,4			
Interessenverlust	10	24,4	3	7,3	38	80,9	1	2,1			
Morgentief	7	17,1	3	7,3	28	59,6	6	12,8			
Gesteigerter/verminderter Appetit	3	7,3	8	19,5	27	57,4	3	6,4			
Verlust von Selbstwertgefühl	2	4,9	5	12,2	33	70,2	7	14,9			
Kraftlosigkeit	24	58,5	5	12,2	38	80,9	1	2,1			
Subjektives Behandlungskonzept		Chronischer Rückenschmerz				Depressive Störungen					
BMQ: Skalen und Einzelitems		N	Min	Max	M	SD	N	Min	Max	M	SD
Notwendigkeit (Range 5-25)		31	5	24	13,13	4,16	31	8	23	17,26	3,66
Medis schützen vor Verschlechterung		31	1	5	3,48	1,21	32	3	5	4,22	0,55
Derzeitige Gesundheit hängt von Medis ab		31	1	5	2,61	1,05	32	1	9	3,63	1,50
Zukünftige Gesundheit hängt von Medis ab		31	1	5	2,39	1,09	32	1	9	2,72	1,53
Ohne Medis wäre ich sehr krank		31	1	4	2,23	1,02	32	1	5	3,53	1,02
So Leben ohne Medis nicht möglich		31	1	5	2,42	1,12	32	1	5	3,56	1,22
Befürchtungen (Range 5-25)		31	5	19	12,71	4,33	32	5	21	13,31	4,21
Langfristige Auswirkungen		31	1	5	3,06	1,34	32	1	5	3,47	1,34
Meine Medis sind mir ein Rätsel		31	1	4	1,94	1,03	32	1	5	1,84	0,95
Abhängigkeit		31	1	4	2,23	1,18	32	1	5	2,53	1,32
Es bereitet mir Sorgen d. Medis nehmen z. müssen		31	1	5	3,19	1,22	32	1	5	3,03	1,18
Meine Medis stören mein Leben		31	1	4	2,29	1,16	32	1	5	2,44	1,27
BRQ: Skalen und Einzelitems		N	Min	Max	M	SD	N	Min	Max	M	SD
Prozesserwartungen (Range 0-10)		41	7	10	9,40	0,77	47	7	10	9,06	0,92
dass beim Aufnahmegespräch auf mich und meine Bedürfnisse eingegangen wird		41	4	5	4,88	0,33	47	4	5	4,72	0,45
dass mir im Aufnahmegespräch alle Maßnahmen und Behandlungen erklärt werden		41	4	5	4,85	0,36	46	2	5	4,59	0,77
dass ich nicht im Mediziner-Latein über Krankheit informiert werde		41	4	5	4,78	0,42	47	2	5	4,60	0,65
dass die Behandlungen gut aufeinander abgestimmt sind		41	4	5	4,83	0,38	47	2	5	4,66	0,60
dass die Reha abwechslungsreich ist		41	2	5	4,66	0,62	47	2	5	4,62	0,61
dass die Behandlungen individuell auf mich abgestimmt werden		41	3	5	4,78	0,48	47	4	5	4,62	0,49
dass ich mit den Behandlern über meine Beschwerden sprechen kann		41	3	5	4,61	0,59	47	3	5	4,68	0,52
dass ich einen bestimmten Arzt als „festen Ansprechpartner“ habe		41	4	5	4,68	0,47	46	2	5	4,52	0,78

Subjektives Behandlungskonzept	Chronischer Rückenschmerz					Depressive Störungen				
	BRQ: Skalen und Einzelitems	N	Min	Max	M	SD	N	Min	Max	M
Ergebniserwartung somatisch (Range 0-10)	40	4	10	7,68	1,60	45	3	10	7,35	1,42
dass ich nach der Reha schmerzfrei sein werde	40	1	5	3,68	1,19	45	1	5	3,16	1,07
eine Besserung meiner Schmerzen	41	2	5	4,34	0,66	46	1	5	3,89	0,90
dass ich lerne, wie ich trotz Schmerzen im Alltag aktiv sein kann	41	1	5	4,27	0,87	45	1	5	3,89	0,94
dass sich meine Beschwerden nicht verfestigen	41	2	5	4,37	0,77	45	3	5	4,42	0,62
dass ich meine Medikamente reduzieren kann	39	1	5	3,59	1,23	45	1	5	3,67	1,26
dass ich so lange wie möglich meine Selbständigkeit bewahren kann	40	1	5	4,20	1,16	46	2	5	4,65	0,71
Ergebniserwartung psychisch (Range 0-10)	41	4	10	7,50	2,02	46	6	10	9,21	0,92
eine Besserung meines psychischen Befindens	41	2	5	4,00	1,05	47	3	5	4,62	0,53
dass ich lerne, mit Problemen gelassener umgehen zu können	41	1	5	4,15	0,91	45	4	5	4,78	0,42
dass ich innehalten und zu mir selbst finden kann	41	1	5	3,76	0,99	46	1	5	4,65	0,71
dass es mir gelingt, neue Kraft zu schöpfen	41	2	5	4,22	0,88	46	4	5	4,78	0,42
dass ich Anregungen bekomme, Vieles im Leben neu zu gestalten	41	1	5	3,88	1,08	46	2	5	4,63	0,65
Befürchtungen (Range 0-10)	41	0	8	2,77	2,34	46	0	9	3,02	2,45
dass die Reha negative Konsequenzen im privaten Bereich hat	41	1	5	2,07	1,27	46	1	4	1,72	0,94
dass die Reha negative Konsequenzen im sozialen Bereich hat	41	1	5	2,05	1,14	46	1	5	2,28	1,33
dass ich von anderen negativ bewertet werde	41	1	5	2,10	1,18	46	1	5	2,57	1,26
dass Daten und Arztberichte an Dritte weitergegeben werden	41	1	5	2,22	1,26	46	1	5	2,26	1,36
Zusatzitems										
dass ich während der Reha auch berufliche Dinge klären kann	38	1	5	3,24	1,40	41	1	5	3,44	1,34
dass ich nach der Rehabilitation wieder arbeitsfähig sein werde	38	2	5	4,26	0,89	43	2	5	4,30	0,83
dass die Reha negative Konsequenzen im beruflichen Bereich hat	39	1	5	2,10	1,17	41	1	4	2,20	1,01
dass Informationen geschlechtsbezogen gegeben werden	41	2	5	3,88	0,95	47	1	5	3,49	1,20

Tabelle 25: Übersicht Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen. Anmerkung: K.=Krankheit, Medis=Medikamente, N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Wert geringste Zustimmung (Skala 1-5) , Max=Wert größte Zustimmung (Skala 1-5), MSK=Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz, Psy=Diagnosegruppe depressive Störungen, IPQ=Illness Perception Questionnaire-Revised, BMQ=Beliefs about Medicines Questionnaire, BRQ=Beliefs about Rehabilitation Questionnaire.

Bezogen auf das subjektive Krankheitskonzept in der **Diagnosegruppe depressive Störungen** zeigte sich, dass die Patienten ihre Erkrankung weder als eindeutig akutes, noch als eindeutig chronisches Geschehen wahrnahmen (M=15,79). Die Depression wurde jedoch als Erkrankung mit starken Konsequenzen (M=18,74) für das eigene Leben wahrgenommen. Die Patienten berichteten eine mittlere bis hohe emotionale Belastung durch die Depression (M=16,30), jedoch auch die Kontrollmöglichkeiten der Erkrankung wurden von den Patienten als eher hoch eingeschätzt, wobei hier den Behandlungsmaßnahmen (M=15,37) ein größerer Einfluss zugeschrieben wurde als dem eigenen Verhalten (M=12,93). Auch das Gesamtverständnis der Erkrankung wurde von den Patienten als gut eingeschätzt (M=17,95). Als zentrale Ursachen der Depression wurden von den Patienten insbesondere „Stress und Sorgen“ (M=4,52), „Überarbeitung“ (M=4,21), das „eigene emotionale Befinden“ (M=4,00), „Familienprobleme“

(M=3,79), „eigenes Verhalten“ (M=3,60) und die „eigene Einstellung“ (M=3,40) genannt. Betrachtet man schließlich noch die Krankheitsidentität, so wird deutlich, dass die Patienten mit einer depressiven Störung eine Vielzahl von Symptomen mit ihrer Erkrankung verbanden. Am häufigsten wurden dabei „gedrückte Stimmung“ (89,4%), „Verminderung von Antrieb und Aktivität“ (87,2%), „Kraftlosigkeit“ (80,9%), „Konzentrations- und Gedächtnisstörungen“ (80,9%), „Interessenverlust“ (80,9%), „Erschöpfung“ (76,6%), „Schlafstörungen“ (76,6%), „Wertlosigkeit und Versagen“ (72,3%) und „Verlust von Selbstwertgefühl“ (70,2%) genannt.

Beim subjektiven medikamentenbezogenen Behandlungskonzept der Patienten mit depressiver Störung lagen die wahrgenommene Notwendigkeit (M=17,26) und die mit den Medikamenten verbundenen Befürchtungen (M=13,31) jeweils im mittleren Bereich. Bezogen auf das rehabilitative Behandlungskonzept zeigten die Patienten insbesondere hohe Prozesserwartungen (M=9,06) und hohe psychische Ergebniserwartungen (M=9,21). Die Erwartungen an Veränderungen im somatischen Bereich waren demgegenüber etwas geringer ausgeprägt (M=7,35). Die Befürchtungen in Zusammenhang mit der Rehabilitation waren eher gering ausgeprägt (M=3,02). Bei den Zusatzitems zu berufsbezogenen und geschlechtsspezifischen Aspekten der Rehabilitation nahm die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit (M=4,30) für die Patienten den höchsten Stellenwert ein.

Insgesamt ließ sich feststellen, dass sowohl in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz, als auch in der Diagnosegruppe depressive Störungen bei den Skalen des subjektiven Krankheits- und medikamentösen Behandlungskonzepts Varianz vorhanden war. Die Werteverteilung fiel dabei nicht durch extreme Ausprägungen auf und zeigte insgesamt Ähnlichkeiten mit Verteilungsmustern, die von anderen chronischen Erkrankungen bekannt und plausibel sind. Lediglich beim subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzept war bei der Skala „Prozesserwartungen“ in beiden Diagnosegruppen ein Deckeneffekt beobachtbar: Eine patientenorientierte, abwechslungsreiche und bedarfsgerechte Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses fand hier bei fast allen Patienten breite Zustimmung. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Übereinstimmung mit den im Vorgängerprojekt „SubKon“ erzielten Werten.

2. Deskription der patientenseitigen Informationsbewertung in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen

Eine Übersicht zur Bewertung der erhaltenen krankheits- und behandlungsbezogenen Informationen in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz findet sich in Tabelle 26, Tabelle 27 zeigt die Informationsbewertung in der Diagnosegruppe depressive Störungen. Messzeitpunkt war in beiden Diagnosegruppen Reha-Beginn bzw. kurz vor Reha-Beginn, die Bewertungen beziehen sich also auf die Informationen, die die Patienten vor der Rehabilitation zu ihrer Erkrankung, zur Medikation und zur Rehabilitation erhalten haben.

Zufriedenheit mit der Information zur Medikation (SIMS)		Informationen erhalten								keine Informationen				Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
Auswertung SIMS Einzelitems	N _{gesamt}	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		unzufrieden			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wie Ihr Medikament heißt	27	0	0,0	24	75,0	1	3,1	1	3,1	1	3,1	25	78,1	2	6,3		
Wofür das Medikament hilft	27	0	0,0	24	75,0	2	6,3	0	0,0	1	3,1	25	78,1	2	6,3		
Was das Medikament bewirkt	30	0	0,0	21	65,6	7	21,9	0	0,0	2	6,3	23	71,9	7	21,9		
Wie das Medikament wirkt	30	0	0,0	16	50,0	10	31,3	2	6,3	2	6,3	18	56,3	12	37,5		
Wie lange es dauert, bis das Medikament wirkt	29	0	0,0	17	53,1	9	28,1	1	3,1	2	6,3	19	59,4	10	31,3		
Woran Sie erkennen, ob das Medikament wirkt	29	0	0,0	21	65,6	5	15,6	0	0,0	3	9,4	24	75,0	5	15,6		
Wie lange Sie das Medikament benötigen werden	30	0	0,0	12	37,5	10	31,3	7	21,9	1	3,1	13	40,6	17	53,1		
Wie Sie das Medikament anwenden sollen	30	1	3,1	26	81,3	1	3,1	1	3,1	1	3,1	27	84,4	3	9,4		
Wie Sie das Medikament wieder beschaffen können	30	0	0,0	23	71,9	4	12,5	0	0,0	3	9,4	26	81,3	4	12,5		
Ob das Medikament Nebenwirkungen hat	30	2	6,3	18	56,3	6	18,8	3	9,4	1	3,1	19	59,4	11	34,4		
Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen	30	1	3,1	18	56,3	6	18,8	3	9,4	2	6,3	20	62,5	10	31,3		
Was Sie tun sollen, wenn Nebenwirkungen auftreten	30	0	0,0	18	56,3	8	25,0	3	9,4	1	3,1	19	59,4	11	34,4		
Ob Sie Alkohol trinken können während Medi-Einnahme	30	2	6,3	17	53,1	5	15,6	4	12,5	2	6,3	19	59,4	11	34,4		
Ob Wechselwirkungen mit anderen Medis bestehen	30	1	3,1	16	50,0	9	28,1	3	9,4	1	3,1	17	53,1	13	40,6		
Ob die Medikation schläfrig macht	30	1	3,1	19	59,4	6	18,8	3	9,4	1	3,1	20	62,5	10	31,3		
Ob die Medikation Ihr Sexualleben beeinträchtigt	30	1	3,1	13	40,6	8	25,0	5	15,6	3	9,4	16	50,0	14	43,8		
Was Sie tun sollten, falls Sie die Einnahme vergessen	30	1	3,1	17	53,1	5	15,6	4	12,5	3	9,4	20	62,5	10	31,3		
Auswertung SIMS Skala	N											M	SD	Min	Max		
Gesamtscore: Zufriedenheit mit der Information über Medikamente (Range 0 bis 17)	30											11,67	5,09	1	17		
Subskala: Zufriedenheit mit der Information über Gebrauch der Medikamente (Range 0 bis 9)	29											6,79	2,55	1	9		
Subskala: Zufriedenheit mit der Information über mögliche Probleme der Medikamente (Range 0 bis 8)	30											5,00	3,02	0	8		

Zufriedenheit mit der Information zur Erkrankung (SILS)		Informationen erhalten										keine Informationen				Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
Auswertung SILS Einzelitems	Ngesamt	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		unzufrieden					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
wie lange meine Beschwerden dauern werden	39	0	0,0	16	39,0	13	31,7	7	17,1	3	7,3	19	46,3	20	48,8				
welche Warnzeichen es für die Verschlimmerung der Beschwerden gibt	39	0	0,0	17	41,5	13	31,7	5	12,2	4	9,8	21	51,2	18	43,9				
welche verschiedenen Formen meiner Krankheit es gibt	39	1	2,4	12	29,3	16	39,0	5	12,2	5	12,2	17	41,5	22	53,7				
wie Personen in meinem Umfeld mit meinen Beschwerden umgehen können	39	1	2,4	13	31,7	8	19,5	9	22,0	8	19,5	21	51,2	18	43,9				
was ich tun kann, um eine Verschlimmerung der Beschwerden zu vermeiden	39	0	0,0	19	46,3	13	31,7	6	14,6	1	2,4	20	48,8	19	46,3				
was ich tun kann, um einen akuten Ausbruch der Beschwerden zu vermeiden	39	0	0,0	19	46,3	10	24,4	7	17,1	3	7,3	22	53,7	17	41,5				
ob es Krankheiten gibt, die häufig zusammen mit meiner Krankheit auftreten	39	1	2,4	8	19,5	16	39,0	8	19,5	6	14,6	14	34,1	25	61,0				
ob meine Beschwerden weitere Krankheiten auslösen können	39	0	0,0	6	14,6	15	36,6	11	26,8	7	17,1	13	31,7	26	63,4				
wie die langfristige Prognose meiner Beschwerden ist	39	0	0,0	11	26,8	16	39,0	8	19,5	4	9,8	15	36,6	24	58,5				
ob es Dinge gibt, die ich aufgrund meiner Beschwerden nicht tun sollte	39	1	2,4	18	43,9	14	34,1	2	4,9	4	9,8	22	53,7	17	41,5				
welche Selbsthilfestrategien ich im Alltag anwenden kann	39	1	2,4	17	41,5	14	34,1	4	9,8	3	7,3	20	48,8	19	46,3				
Auswertung SILS Skala												M	SD	Min	Max				
Zufriedenheit mit Info zur Erkrankung (Range 0 bis 11)	39											5,23	3,83	0	11				

Zufriedenheit mit der Information zur Rehabilitation (SIRS)	Informationen erhalten											keine Informationen				Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
	Auswertung SIRS Einzelitems	N _{gesamt}	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		unzufrieden				
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
wie lange es dauert, bis die einzelnen Maßnahmen wirken	39	0	0,0	12	29,3	17	41,5	7	17,1	3	7,3	15	36,6	24	58,5				
woran ich erkenne, ob die einzelnen Maßnahmen wirken	38	0	0,0	13	31,7	16	39,0	6	14,6	3	7,3	16	39,0	22	53,7				
was ich in der Rehabilitation erreichen kann und was nicht	39	0	0,0	15	36,6	16	39,0	6	14,6	2	4,9	17	41,5	22	53,7				
was ich tun kann, damit die Effekte auch im Alltag stabil bleiben	39	0	0,0	15	36,6	15	36,6	8	19,5	1	2,4	16	39,0	23	56,1				
weshalb für mich bestimmte Therapien gut sind und andere nicht	39	0	0,0	13	31,7	17	41,5	7	17,1	2	4,9	15	36,6	24	58,5				
innerhalb welcher Zeit ich mit positiven Auswirkungen rechnen kann	39	0	0,0	10	24,4	19	46,3	8	19,5	2	4,9	12	29,3	27	65,9				
wie lange der Erfolg der Rehabilitation voraussichtlich anhalten wird	39	0	0,0	8	19,5	19	46,3	9	22,0	3	7,3	11	26,8	28	68,3				
welche Reha-Ziele der Arzt für mich persönlich wichtig findet	39	2	4,9	13	31,7	17	41,5	5	12,2	2	4,9	15	36,6	24	58,5				
welche Nachsorgeangebote es an meinem Wohnort gibt	39	1	2,4	11	26,8	16	39,0	6	14,6	5	12,2	16	39,0	23	56,1				
welche Therapieformen es für meine Beschwerden überhaupt gibt	39	0	0,0	16	39,0	14	34,1	8	19,5	1	2,4	17	41,5	22	53,7				
Auswertung SIRS Skala													M	SD	Min	Max			
Zufriedenheit mit Info zur Rehabilitation (Range 0 bis 10)	39												3,85	3,77	0	10			

Tabelle 26: Zufriedenheit mit der Information zu Medikamenten, Krankheit und Rehabilitation in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Wert der geringsten Zufriedenheit, Max=Wert der größten Zufriedenheit, SIMS=Satisfaction with Information about Medicines Scale, SILS=Satisfaction with Information about Illness Scale, SIRS=Satisfaction with Information about Rehabilitation Scale. Der Zufriedenheitsscore wurde aus den Informationsbewertungen „etwa richtig“ und „keine Informationen notwendig“ gebildet, der Unzufriedenheitsscore setzt sich aus den Antworten „zu viel“, „zu wenig“ und „keine Informationen obwohl gewünscht“ zusammen.

Zufriedenheit mit der Information zur Medikation (SIMS)		Informationen erhalten										Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
Auswertung SIMS Einzelitems	N _{gesamt}	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		unzufrieden	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wie Ihr Medikament heißt	32	0	0,0	27	84,4	1	3,1	3	9,4	1	3,1	28	87,5	4	12,5
Wofür das Medikament hilft	32	0	0,0	26	81,3	3	9,4	1	3,1	2	6,3	28	87,5	4	12,5
Was das Medikament bewirkt	32	1	3,1	20	62,5	8	25,0	2	6,3	1	3,1	21	65,6	11	34,4
Wie das Medikament wirkt	32	1	3,1	14	43,8	14	43,8	3	9,4	0	0,0	14	43,8	18	56,3
Wie lange es dauert, bis das Medikament wirkt	32	1	3,1	21	65,6	7	21,9	2	6,3	1	3,1	22	68,8	10	31,3
Woran Sie erkennen, ob das Medikament wirkt	32	0	0,0	13	40,6	12	37,5	5	15,6	2	6,3	15	46,9	17	53,1
Wie lange Sie das Medikament benötigen werden	32	0	0,0	9	28,1	16	50,0	7	21,9	0	0,0	9	28,1	23	71,9
Wie Sie das Medikament anwenden sollen	32	2	6,3	28	87,5	1	3,1	0	0,0	1	3,1	29	90,6	3	9,4
Wie Sie das Medikament wieder beschaffen können	32	2	6,3	25	78,1	2	6,3	0	0,0	3	9,4	28	87,5	4	12,5
Ob das Medikament Nebenwirkungen hat	32	1	3,1	15	46,9	7	21,9	6	18,8	3	9,4	18	56,3	14	43,8
Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen	32	0	0,0	17	53,1	7	21,9	7	21,9	1	3,1	18	56,3	14	43,8
Was Sie tun sollen, wenn Nebenwirkungen auftreten	32	0	0,0	15	46,9	6	18,8	10	31,3	1	3,1	16	50,0	16	50,0
Ob Sie Alkohol trinken können während Medi-Einnahme	32	1	3,1	16	50,0	6	18,8	7	21,9	2	6,3	18	56,3	14	43,8
Ob Wechselwirkungen mit anderen Medis bestehen	32	0	0,0	12	37,5	8	25,0	11	24,4	1	3,1	13	40,6	19	59,4
Ob die Medikation schläfrig macht	32	1	3,1	18	56,3	8	25,0	3	9,4	2	6,3	20	62,5	12	37,5
Ob die Medikation Ihr Sexualleben beeinträchtigt	32	0	0,0	11	34,4	10	31,3	10	31,3	1	3,1	12	37,5	20	62,5
Was Sie tun sollten, falls Sie die Einnahme vergessen	32	1	3,1	16	50,0	6	18,8	7	21,9	2	6,3	18	56,3	14	43,8
Auswertung SIMS Skala	N											M	SD	Min	Max
Gesamtscore: Zufriedenheit mit der Information über Medikamente (Range 0 bis 17)	32											10,22	4,98	2	17
Subskala: Zufriedenheit mit der Information über Gebrauch der Medikamente (Range 0 bis 9)	32											6,06	2,18	1	9
Subskala: Zufriedenheit mit der Information über mögliche Probleme der Medikamente (Range 0 bis 8)	32											4,16	3,22	0	8

Zufriedenheit mit der Information zur Erkrankung (SILS)		Informationen erhalten										keine Informationen				Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
Auswertung SILS Einzelitems	N _{gesamt}	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		Unzufrieden					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
wie lange meine Beschwerden dauern werden	45	0	0,0	13	27,7	18	38,3	6	12,8	8	17,0	21	44,7	24	51,1				
welche Warnzeichen es für die Verschlimmerung der Beschwerden gibt	45	0	0,0	11	23,4	20	42,6	10	21,3	4	8,5	15	31,9	30	63,8				
welche verschiedenen Formen meiner Krankheit es gibt	45	0	0,0	8	17,0	20	42,6	12	25,5	5	10,6	13	27,7	32	68,1				
wie Personen in meinem Umfeld mit meinen Beschwerden umgehen können	44	0	0,0	8	17,0	17	36,2	11	23,4	8	17,0	16	34,0	28	59,6				
was ich tun kann, um eine Verschlimmerung der Beschwerden zu vermeiden	45	0	0,0	17	36,2	17	36,2	9	19,1	2	4,3	19	40,4	26	55,3				
was ich tun kann, um einen akuten Ausbruch der Beschwerden zu vermeiden	45	0	0,0	14	29,8	21	44,7	8	17,0	2	4,3	16	34,0	29	61,7				
ob es Krankheiten gibt, die häufig zusammen mit meiner Krankheit auftreten	45	0	0,0	9	19,1	20	42,6	11	23,4	5	10,6	14	29,8	31	66,0				
ob meine Beschwerden weitere Krankheiten auslösen können	45	0	0,0	7	14,9	19	40,4	13	27,7	6	12,8	13	27,7	32	68,1				
wie die langfristige Prognose meiner Beschwerden ist	45	0	0,0	6	12,8	22	46,8	14	29,8	3	6,4	9	19,1	36	76,6				
ob es Dinge gibt, die ich aufgrund meiner Beschwerden nicht tun sollte	45	0	0,0	8	17,0	17	36,2	13	27,7	7	14,9	15	31,9	30	63,8				
welche Selbsthilfestrategien ich im Alltag anwenden kann	45	0	0,0	18	38,3	20	42,6	6	12,8	1	2,1	19	40,4	26	55,3				
Auswertung SILS Skala												M	SD	Min	Max				
Zufriedenheit mit Info zur Erkrankung (Range 0 bis 11)	45											3,78	3,56	0	11				

Zufriedenheit mit der Information zur Rehabilitation (SIRS)	Informationen erhalten											keine Informationen				Mit Infomenge zu diesem Aspekt			
	Auswertung SIRS Einzelitems	N _{gesamt}	zu viel		etwa richtig		zu wenig		keine Information obwohl gewünscht		keine Information notwendig		zufrieden		Unzufrieden				
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
wie lange es dauert, bis die einzelnen Maßnahmen wirken	44	0	0,0	7	14,9	16	34,0	16	34,0	5	10,6	12	25,5	32	68,1				
woran ich erkenne, ob die einzelnen Maßnahmen wirken	44	0	0,0	3	6,4	16	34,0	19	40,4	6	12,8	9	19,1	35	74,5				
was ich in der Rehabilitation erreichen kann und was nicht	43	0	0,0	8	17,0	15	31,9	19	40,4	1	2,1	9	19,1	34	72,3				
was ich tun kann, damit die Effekte auch im Alltag stabil bleiben	43	0	0,0	8	17,0	13	27,7	20	42,6	2	4,3	10	21,3	33	70,2				
weshalb für mich bestimmte Therapien gut sind und andere nicht	43	0	0,0	3	6,4	16	34,0	21	44,7	3	6,4	6	12,8	37	78,7				
innerhalb welcher Zeit ich mit positiven Auswirkungen rechnen kann	44	0	0,0	3	6,4	12	25,5	23	48,9	6	12,8	9	19,1	35	74,5				
wie lange der Erfolg der Rehabilitation voraussichtlich anhalten wird	44	0	0,0	3	6,4	12	25,5	23	48,9	6	12,8	9	19,1	35	74,5				
welche Reha-Ziele der Arzt für mich persönlich wichtig findet	44	0	0,0	9	19,1	14	29,8	18	38,3	3	6,4	12	25,5	32	68,1				
welche Nachsorgeangebote es an meinem Wohnort gibt	44	0	0,0	8	17,0	11	23,4	22	46,8	3	6,4	11	23,4	33	70,2				
welche Therapieformen es für meine Beschwerden überhaupt gibt	42	0	0,0	3	6,4	14	29,8	21	44,7	4	8,5	7	14,9	35	74,5				
Auswertung SIRS Skala													M	SD	Min	Max			
Zufriedenheit mit Info zur Rehabilitation (Range 0 bis 10)	43												2,16	3,10	0	10			

Tabelle 27: Zufriedenheit mit der Information zu Medikamenten, Krankheit und Rehabilitation in der Diagnosegruppe depressive Störungen. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Wert der geringsten Zufriedenheit, Max=Wert der größten Zufriedenheit, SIMS=Satisfaction with Information about Medicines Scale, SILS=Satisfaction with Information about Illness Scale, SIRS=Satisfaction with Information about Rehabilitation Scale. Der Zufriedenheitsscore wurde aus den Informationsbewertungen „etwa richtig“ und „keine Informationen notwendig“ gebildet, der Unzufriedenheitsscore setzt sich aus den Antworten „zu viel“, „zu wenig“ und „keine Informationen obwohl gewünscht“ zusammen.



In Bezug auf die Informationen zur Medikation zeigte sich in der **Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz** insgesamt eine Zufriedenheit im mittleren bis hohen Bereich (Gesamtscore $M=11,67$), wobei – mit Blick auf die Subskalen – die Zufriedenheit mit den Informationen zum Gebrauch der Medikamente ($M=6,79$) etwas höher ausfiel als die Zufriedenheit mit den Informationen zu möglichen Problemen der Medikamente ($M=5,00$). Eine Betrachtung der Einzelitems zeigt, dass die Zufriedenheit mit einzelnen Informationsaspekten jedoch deutlich variiert: So gaben z.B. über 2/3 der Patienten an, mit den erhaltenen Informationen zur Anwendung ihres Medikaments (84,4% zufrieden) und den Wiederbeschaffungsmöglichkeiten (81,3% zufrieden) zufrieden zu sein. Im Hinblick auf Informationen zu Nebenwirkungen des Medikaments (34,4% unzufrieden) und deren Auftretenswahrscheinlichkeit (31,3% unzufrieden) sowie bei Information bezüglich Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (40,6% unzufrieden) und dazu, wie lange das Medikament voraussichtlich benötigt wird (53,1% unzufrieden) zeigte sich ein Großteil der Patienten unzufrieden. Unzufriedenheit wurde außerdem bei Informationen zur Beeinträchtigung des Sexuallebens durch die Medikamente (43,8% unzufrieden) deutlich.

Bei den Informationen zur Erkrankung gaben die Patienten mit chronischen Rückenschmerzen insgesamt eine eher geringe Zufriedenheit an ($M=5,23$), wobei die Bewertung einzelner Informationsaspekte auch hier variierte. Unzufriedenheit wurde insbesondere im Hinblick auf Informationen zur möglichen Auslösung weiterer Erkrankungen (63,4% unzufrieden), möglichen Komorbiditäten (61,0% unzufrieden) und der langfristigen Prognose der Beschwerden (58,5% unzufrieden) deutlich. Auch in den für chronische Rückenschmerzen inhaltlich hochrelevanten Bereichen „Warnsignale für eine Verschlimmerung der Beschwerden“ (43,9% unzufrieden), „eigene Einflussmöglichkeiten zur Vermeidung eines akuten Ausbruchs der Beschwerden“ (41,5% unzufrieden) und „Selbsthilfestrategien im Alltag“ (46,3% unzufrieden) zeigte sich ein erheblicher Teil der Patienten mit den bislang vermittelten Information unzufrieden.

Die geringste Gesamtzufriedenheit zeigten die Patienten jedoch mit den Informationen zur Rehabilitation ($M=3,85$). Ein Blick auf die Einzelitems zeigt dabei, dass bei allen Informationsaspekten mindestens die Hälfte der Befragten unzufrieden war. Die größte Unzufriedenheit wurde bei Informationen dazu, „wie lange der Erfolg der Rehabilitation voraussichtlich anhalten wird“ geäußert (68,3% unzufrieden). 46,3% der Patienten gaben hier an, zu wenig Informationen erhalten zu haben, 22,0% berichteten, gar keine Informationen erhalten zu haben, obwohl sie sich diesbezügliche Informationen gewünscht hätten. Auch bezogen auf Informationen zum „zeitlichen Rahmen innerhalb dessen Patienten mit positiven Auswirkungen der Reha rechnen können“ (65,9% unzufrieden), zur „Dauer bis einzelne Maßnahmen wirken“ (58,5%) und zu „wichtige Reha-Ziele aus Sicht des Arztes“ (58,5%) zeigte sich bei einem Großteil der Patienten Unzufriedenheit.

Die Patienten mit **depressiven Störungen** zeigten in Bezug auf die Informationen zur Medikation insgesamt eine Zufriedenheit im mittleren bis hohen Bereich (Gesamtscore $M=10,22$), wobei die Bewertung der Informationen zum Gebrauch der Medikamente ($M=6,09$) etwas positiver ausfiel als die Bewertung der Informationen zu möglichen Problemen der Medikamente ($M=4,16$). Hohe Unzufriedenheit zeigte sich jedoch bei den Informationen dazu, wie lange die Patienten das Medikament benötigen werden (71,9% unzufrieden), ob das Medikament das Sexualleben beeinträchtigt (62,5% unzufrieden), ob Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bestehen (59,4% unzufrieden) und wie das Medikament wirkt (56,3% unzufrieden).

Bei den Informationen zur Erkrankung gaben die Patienten eher eine geringe Zufriedenheit an ($M=3,78$). Die größte Unzufriedenheit zeigte sich dabei bei den Informationen zur langfristigen Prognose der Beschwerden (76,6% unzufrieden), zur möglichen Auslösung weiterer Erkrankungen (68,1% unzufrieden) und zu den verschiedenen Formen der Krankheit (68,1% unzufrieden). Auch bei den gerade für die Erkrankung Depression relevanten Bereichen „wie Personen im Umfeld mit der Erkrankung umgehen können“ (59,6% unzufrieden), „welche Frühwarnsignale es für eine Verschlimmerung der Beschwerden gibt“ (63,8% unzufrieden) und „welche Selbsthilfestrategien im Alltag angewendet werden können“ (55,3% unzufrieden) zeigte sich ein erheblicher Teil der Befragten mit den bislang vermittelten Informationen unzufrieden.

Die Bewertung der Informationen zur Rehabilitation fiel insgesamt am schlechtesten aus ($M=2,16$). Zwischen 68,1% und 78,7% der Patienten zeigten sich hier mit einzelnen Informationsaspekten unzufrieden, wobei die größte Unzufriedenheit bei den Informationen dazu, „weshalb für mich bestimmte Therapien gut sind und andere nicht“ (78,7% unzufrieden, dem „zeitlichen Rahmen innerhalb dessen mit positiven Auswirkungen der Reha zu rechnen ist“ (74,5% unzufrieden) sowie den Informationen „wie lange der Rehaerfolg anhalten wird“ (74,5% unzufrieden), „welche Therapieformen es für meine Beschwerden überhaupt gibt“ (74,5% unzufrieden) und „woran erkannt werden kann, ob einzelne Maßnahmen wirken“ (74,5% unzufrieden) bestand.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Zufriedenheit mit den Informationen zur Rehabilitation in beiden Diagnosegruppen am geringsten ausgeprägt war, was sich auch in Unzufriedenheit mit zahlreichen einzelnen Informationsaspekten abbildete. Die Bewertung der medikamenten- und krankheitsbezogenen Informationen fiel demgegenüber besser aus, auch hier äußerten die Patienten jedoch bezogen auf zahlreiche einzelne Informationsaspekte deutliche Unzufriedenheit.

3. Veränderungen bezüglich der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der patientenseitigen Informationsbewertung zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende

Tabelle 28 und Tabelle 29 zeigen für die Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen die Veränderungen, die sich im Anschluss an die Rehabilitation (t1) bezüglich der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der patientenseitigen Informationsbewertung aufzeigen ließen. Dargestellt ist die Signifikanz der Veränderung (p) sowie – zur Quantifizierung der Größe der Veränderung – zwei Effektstärke-Maße (standardized effect size (SES) und standardized response mean (SRM)).

In Bezug auf die Skalen zum subjektiven Krankheitskonzept repräsentierten die **Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen** den Verlauf der Erkrankung am Ende der Rehabilitation tendenziell weniger chronisch – es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch hinsichtlich der Einschätzung der Konsequenzen der Erkrankung. Am Ende der Rehabilitation wurden der Erkrankung weniger Konsequenzen zugeschrieben als bei Reha-Beginn. Der diesbezügliche Effekt war mittel. Ein signifikanter Anstieg des Erlebens von persönlicher Kontrolle wurde erkennbar, der Effekt lag dabei im kleinen bis mittleren Bereich. Auch die Kohärenz, d.h. das Krankheitsverständnis, verbesserte sich signifikant – mit kleinem Effekt. Schließlich verbesserte sich auch die emotionale Belastung, die durch die Erkrankung erlebt wird – und zwar mit mittlerem Effekt. Im Hinblick auf die Repräsentation der medikamentösen Behandlung zeigte sich lediglich eine Veränderung: Am Ende der Rehabilitation verbanden die Rehabilitanden mit den Medikamenten signifikant weniger Befürchtungen, der diesbezügliche Effekt lag in mittlerer Höhe. Die Informationsbewertung bezüglich der Medikamente verbesserte sich jedoch nicht entsprechend (keine signifikante Veränderung), wobei hier der Ausgangswert auch schon relativ hoch war. Hingegen verbesserte sich die Informationsbewertung bzgl. der Erkrankung und bzgl. der Rehabilitation signifikant – und zwar jeweils mit einem mittleren Effekt.

Bei den Rehabilitanden der **Diagnosegruppe Depressive Störungen** zeigten sich keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich des subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzeptes zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation. Tendenzen traten lediglich in Bezug auf die Repräsentation der Identität der Erkrankung und auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Erkrankung auf: Während die Rehabilitanden die Behandlungskontrolle am Ende der Rehabilitation tendenziell als geringer wahrnahmen, nahmen sie eine stärkere persönliche Kontrolle der Erkrankung wahr. Signifikante Veränderungen zeigten sich jedoch hinsichtlich der Informationsbewertung in Bezug auf die Krankheit und auf die Rehabilitation. Am Ende der Rehabilitation fühlten sich die Rehabilitanden signifikant besser über ihre Erkrankung informiert (mittlerer Effekt), die Informationsbewertung bezüglich der Rehabilitation verbesserte sich sogar mit einem starken Effekt.

Veränderungen IPQ, BMQ, SIMS, SILS, SIRS zwischen t0 und t1							
Skala	N	M (SD) t0	M (SD) t1	t	p	SES	SRM
Subjektives Krankheitskonzept							
Identität	31	7,48 (3,78)	6,87 (4,38)	0,960	.345	-.16	-.17
Zeitverlauf: chronisch – akut	36	18,79 (3,26)	18,48 (3,74)	0,553	.583	-.10	-.09
Zeitverlauf: zyklisch	36	13,92 (2,94)	13,31 (2,45)	1,264	.215	-.21	-.21
Konsequenzen	36	16,31 (4,07)	15,17 (3,58)	2,341	.025	-.28	-.39
Persönliche Kontrolle	36	12,86 (3,17)	14,00 (2,83)	-2,333	.026	.36	.39
Behandlungskontrolle	36	14,94 (2,30)	14,39 (2,50)	1,840	.074	-.24	-.31
Kohärenz	36	18,08 (4,10)	19,42 (4,24)	-2,332	.026	.33	.39
Emotionale Repräsentation	36	15,42 (4,58)	13,56 (5,06)	2,847	.007	-.41	-.48
Subjektives Behandlungskonzept							
Notwendigkeit	25	13,12 (4,09)	12,43 (5,40)	0,761	.454	-.17	-.15
Befürchtungen	25	12,84 (4,37)	11,04 (4,63)	2,895	.008	-.41	-.58
Infobewertung							
Medikamente	23	11,61 (4,90)	12,78 (5,47)	-1,321	.200	.24	.28
Krankheit	34	5,35 (3,83)	8,06 (3,15)	-3,697	.001	.71	.63
Reha	36	3,92 (3,72)	6,67 (3,35)	-3,931	.000	.74	.66

Tabelle 28: Veränderungen der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der patientenseitigen Informationsbewertung für die Diagnosegruppe chronische Rückenschmerzen. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t0=Reha-Beginn, t1=Reha-Ende, t=t-Wert, p=Signifikanz, SES=Standardized Effect Sizes, SRM=Standardized Response Mean.

Veränderungen IPQ, BMQ, SIMS, SILS, SIRS zwischen t0 und t1							
Skala	N	M (SD) t0	M (SD) t1	t	p	SRM	SES
Subjektives Krankheitskonzept							
Identität	45	11,18 (4,31)	12,16 (3,00)	-1,713	.094	.26	.23
Zeitverlauf: chronisch – akut	46	15,83 (3,71)	15,60 (4,25)	0,339	.736	-.05	-.06
Zeitverlauf: zyklisch	46	12,47 (2,81)	12,41 (2,49)	0,128	.899	-.02	-.02
Konsequenzen	46	18,76 (3,27)	18,28 (2,89)	1,082	.285	-.16	-.14
Persönliche Kontrolle	46	12,95 (2,93)	13,56 (2,64)	-1,544	.130	.23	.21
Behandlungskontrolle	45	15,36 (2,29)	14,62 (2,45)	1,833	.074	-.27	-.32
Kohärenz	45	17,99 (4,89)	17,92 (5,16)	0,157	.876	-.02	-.02
Emotionale Repräsentation	46	16,24 (4,77)	15,65 (4,19)	0,929	.358	-.14	-.12
Subjektives Behandlungskonzept							
Notwendigkeit	27	17,67 (3,39)	17,26 (3,78)	0,727	.474	-.14	-.12
Befürchtungen	29	13,38 (4,22)	13,21 (4,57)	0,324	.748	-.06	-.04
Infobewertung							
Medikamente	28	10,00 (4,99)	10,75 (5,42)	-0,923	.364	.17	.15
Krankheit	44	3,84 (3,58)	5,93 (3,74)	-3,188	.003	.48	.58
Reha	43	2,16 (3,10)	5,09 (3,50)	-5,355	.000	.82	.95

Tabelle 29: Veränderungen der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der patientenseitigen Informationsbewertung für die Diagnosegruppe Depressive Störungen. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t0=Reha-Beginn, t1=Reha-Ende, t=t-Wert, p=Signifikanz, SES=Standardized Effect Sizes, SRM=Standardized Response Mean.

4. *Deskription der patientenseitigen Krankheitsbewältigung und deren Veränderung in den Diagnosegruppen chronischer Rückenschmerz und depressive Störungen*

Einen Überblick über die verwendeten Bewältigungsstrategien zu Reha-Beginn und deren Veränderung zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation **für die Diagnosegruppe Chronische Rückenschmerzen** gibt Tabelle 30. Es zeigte sich, dass die Anwendungshäufigkeit der einzelnen Strategien zu Reha-Beginn stark variierten: Einige Strategien hatten sehr viele Rehabilitanden bereits angewendet, z.B. Physiotherapie (90,3% der Rehabilitanden), Facharztbesuche (82,9%) oder die Einnahme von Medikamenten (82,8%). Auch die Strategie „einfach Weitermachen“ hatten bereits 87,8% der Rehabilitanden angewendet. Die zu Reha-Beginn am seltensten angewendeten Strategien waren Yoga (9,7%) und ein Arbeitsplatzwechsel (7,3%). Strategien, die im Umgang mit chronischen Rückenschmerzen besonders relevant sind, wurden zwar von einem Teil der Patienten bereits vor Reha-Beginn angewendet (z.B. Sport von 70,8%, Rückenschonung beim Heben von 73,1%), aber sind keineswegs bei allen Patienten verbreitet. Im Vergleich von Reha-Beginn und Reha-Ende zeigten sich bei vielen Strategien zum Teil große Veränderungen: Eine Reihe von Strategien, die sich eher den „aktiven“ Bewältigungsstrategien zuordnen lassen, wurden zu Reha-Ende signifikant häufiger angewandt, beispielweise kam es bei den Strategien „Entspannung“, „mehr Zeit in der Natur verbringen“, „Unterstützung durch andere Patienten“, „Psychotherapie“, „Sport“ und „Muskeltraining“ zu signifikanten positiven Veränderungen. Die diesbezüglichen Effektstärken lagen im großen Bereich ($>.80$). Im Gegensatz dazu kam es auch signifikanten negativen Effekten: Strategien wie beispielsweise „Medikamenteneinnahme“ (großer Effekt), „Spritzen“ (mittlerer Effekt) oder „Grübeln“ (mittlerer Effekt) wurden am Ende der Rehabilitation signifikant seltener eingesetzt.

Die verwendeten Bewältigungsstrategien zu Reha-Beginn und deren Veränderung **für die Diagnosegruppe Depressive Störungen** sind in Tabelle 31 aufgeführt. Auch hier zeigte sich, dass die Anwendungshäufigkeiten zu Reha-Beginn zwischen den Strategien variierten und es kaum Strategien gab, die alle Rehabilitanden anwendeten. Lediglich hinsichtlich der Strategie „Grübeln“, die aber eher als Symptom einer Depression gesehen werden muss², gaben fast alle Rehabilitanden (95,8%) zu Reha-Beginn an, dass sie sie bereits eingesetzt hatten. Besonders häufig angewendete Strategien waren darüber hinaus beispielsweise „Unterstützung durch Familie oder Freunde“ (78,7%), der „Rückzug aus sozialen Aktivitäten“ (76,6%) oder das „Schonen“ (76,6%). Besonders wenige Rehabilitanden hatten vor der Rehabilitation bereits Erfahrungen mit den Strategien „alternative Heilmethoden“ (12,7%) oder „Arbeitsplatzwechsel“ (10,6%).

² Zur Erläuterung der Item-Entwicklung siehe Abschnitt 4.1.4

Strategie	Anwendung		Wenn ja: Anwendungshäufigkeit					Veränderung t0-t1						
	nein	ja	sehr selten	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	N	M (SD) t0	M (SD) t1	t	p	SRM	SES
Entspannung	58,5%	31,6%	2,4%	2,4%	12,2%	14,6%	0,0%	33	1,09 (1,67)	2,91 (1,59)	-5,204	.000	.91	1.09
Arbeit	46,3%	48,8%	0,0%	0,0%	4,9%	7,3%	36,6%							
Natur	31,7%	60,9%	2,4%	7,3%	22,0%	14,6%	14,6%	34	2,21 (1,97)	3,94 (1,21)	-5,207	.000	.89	.88
Genussmittel	80,5%	14,7%	0,0%	0,0%	4,9%	9,8%	0,0%	35	0,51 (1,29)	0,31 (0,80)	0,815	.421	-.14	-.16
Hobbies	53,7%	46,3%	2,4%	0,0%	17,1%	12,2%	14,6%	37	1,73 (2,04)	2,19 (1,85)	-1,239	.223	.20	.23
Yoga	90,2%	9,7%	2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	2,4%	37	0,24 (0,96)	0,59 (1,30)	-2,124	.041	.35	.37
Unterstützung_Fam	46,3%	53,5%	2,4%	2,4%	14,6%	26,8%	7,3%	37	2,08 (1,98)	1,76 (1,89)	1,000	.324	-.16	-.16
Glauben	85,4%	12,2%	0,0%	0,0%	2,4%	4,9%	4,9%	36	0,36 (1,22)	0,86 (1,55)	-1,685	.101	.28	.41
Physiotherapie	7,3%	90,3%	0,0%	0,0%	22,0%	46,3%	22,0%	35	3,74 (1,34)	3,77 (1,06)	-0,120	.905	.02	.02
Facharzt	14,6%	82,9%	4,9%	0,0%	24,4%	34,1%	19,5%							
Alt_Heilmethoden	75,6%	21,9%	7,3%	0,0%	7,3%	4,9%	2,4%							
Sozmed_Beratung	87,8%	9,7%	2,4%	2,4%	4,9%	0,0%	0,0%	33	0,27 (0,80)	0,55 (0,97)	-1,328	.194	.23	.34
Osteopathie	80,5%	17,1%	0,0%	0,0%	7,3%	4,9%	4,9%	35	0,77 (1,61)	0,60 (1,40)	0,577	.568	-.10	-.11
Unterstützung_Pat	75,6%	24,4%	0,0%	2,4%	17,1%	4,9%	0,0%	37	0,73 (1,33)	1,95 (1,68)	-3,597	.001	.59	.92
Psychotherapie	85,4%	14,6%	2,4%	2,4%	9,8%	0,0%	0,0%	35	0,37 (0,97)	2,40 (1,33)	-7,258	.000	1.23	2.09
Massage	46,3%	53,7%	4,9%	9,8%	14,6%	17,1%	7,3%	37	1,73 (1,88)	2,89 (1,35)	-3,262	.002	.54	.62
Sport	29,3%	70,8%	0,0%	7,3%	29,3%	24,4%	9,8%	37	2,68 (1,72)	4,35 (0,59)	-6,238	.000	1.03	.98
Arbeitsplatzwechsel	92,7%	7,3%	2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%							
Naturheilmittel	80,5%	19,5%	0,0%	0,0%	12,2%	2,4%	4,9%	35	0,74 (1,56)	0,00 (0,00)	2,818	.008	-.48	-.48
Medikamente	17,1%	82,8%	7,3%	7,3%	19,5%	34,1%	14,6%	35	2,80 (1,68)	1,43 (1,67)	4,775	.000	-.81	-.82
Krankschreibung	31,7%	61,0%	4,9%	7,3%	22,0%	19,5%	7,3%							
Arbeitsplatzveränderung	85,4%	12,2%	2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	4,9%							
Muskeltraining	36,6%	61,0%	0,0%	2,4%	29,3%	19,5%	9,8%	36	2,33 (1,90)	3,97 (0,97)	-5,642	.000	.94	.86
Ges_Ernährung	34,1%	63,4%	0,0%	7,3%	12,2%	26,8%	17,1%	36	2,78 (1,93)	2,81 (2,08)	-0,081	.936	.01	.01
Rückenschonung_Heben	24,4%	73,1%	2,4%	0,0%	14,6%	29,3%	26,8%	36	3,19 (1,93)	4,08 (0,77)	-3,195	.003	.53	.46
Spritzen	51,2%	43,9%	9,8%	7,3%	17,1%	7,3%	2,4%	35	1,20 (1,49)	0,26 (0,89)	3,685	.001	-.62	-.63
Orth_Hilfsmittel	61,0%	36,6%	0,0%	0,0%	2,4%	17,1%	17,1%	36	1,83 (2,24)	1,25 (1,99)	1,549	.130	-.26	-.26
Rückenschonung_Liegen	39,0%	58,5%	0,0%	2,4%	12,2%	26,8%	17,1%	36	2,47 (2,10)	2,78 (2,09)	-0,792	.434	.13	.15
Wärme	22,0%	78,0%	0,0%	2,4%	26,8%	26,8%	22,0%	36	2,94 (1,88)	2,19 (1,85)	2,328	.026	-.39	-.40
Informationssuche	63,4%	36,5%	2,4%	2,4%	14,6%	12,2%	4,9%	36	1,42 (1,83)	2,56 (1,73)	-2,664	.012	.44	.62
Grübeln	39,0%	60,9%	0,0%	0,0%	12,2%	34,1%	14,6%	36	2,42 (2,13)	1,28 (1,91)	3,045	.004	-.51	-.54
Weitermachen	12,2%	87,8%	2,4%	0,0%	22,0%	17,1%	46,3%							
Nichtstun	48,8%	51,2%	2,4%	7,3%	19,5%	9,8%	12,2%	37	1,59 (1,92)	1,57 (1,83)	0,100	.921	-.02	-.01
Rückzug_Soz	73,2%	26,9%	4,9%	0,0%	9,8%	7,3%	4,9%							
Rückzug_Aktiv	61,0%	36,5%	0,0%	2,4%	14,6%	17,1%	2,4%							
Schonen	43,9%	56,0%	0,0%	0,0%	34,1%	14,6%	7,3%	37	1,89 (1,84)	2,68 (1,77)	-2,433	.020	.40	.43
Gefühle_intro	63,4%	34,1%	2,4%	2,4%	7,3%	17,1%	4,9%	36	1,28 (1,85)	0,86 (1,53)	1,688	.100	-.28	-.23
Pos_Denken	56,1%	39,1%	0,0%	4,9%	12,2%	22,0%	0,0%	36	1,53 (1,80)	2,00 (1,88)	-1,652	.108	.28	.26
Selbstfürsorge	53,7%	43,9%	2,4%	7,3%	17,1%	17,1%	0,0%	36	1,44 (1,66)	2,69 (1,70)	-4,255	.000	.71	.75
Gefühle_extro	68,3%	29,2%	2,4%	4,9%	7,3%	12,2%	2,4%	36	1,00 (1,66)	0,69 (1,37)	0,805	.426	-.13	-.18
Fokus_Stärken	53,7%	41,4%	0,0%	2,4%	22,0%	14,6%	2,4%	35	1,66 (1,80)	1,91 (1,90)	-0,801	.429	.14	.14
Selbstermutigung	24,4%	73,2%	0,0%	0,0%	29,3%	34,1%	9,8%	36	2,81 (1,75)	2,11 (1,92)	2,117	.041	-.35	-.40

Tabelle 30: Deskription der patientenseitigen Krankheitsbewältigung und deren Veränderung in der Diagnosegruppe chronischer Rückenschmerz. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t0=Reha-Beginn, t1=Reha-Ende, t=t-Wert, p=Signifikanz, SES=Standardized Effect Sizes, SRM=Standardized Response Mean.



Strategie	Anwendung		Wenn ja: Anwendungshäufigkeit					Veränderung t0-t1						
	nein	ja	sehr selten	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	N	M (SD) t0	M (SD) t1	t	p	SRM	SES
Sport	29,8%	68,2%	2,1%	4,3%	29,8%	27,7%	4,3%	45	2,33 (1,73)	3,80 (1,08)	-5,307	.000	.79	.85
Arbeit	38,3%	59,6%	4,3%	4,3%	23,4%	17,0%	10,6%							
Entspannungstechniken	55,3%	44,6%	6,4%	2,1%	19,1%	14,9%	2,1%	47	1,38 (1,71)	2,64 (1,36)	-4,464	.000	.65	.73
Risiko_Leben	55,3%	44,6%	2,1%	6,4%	23,4%	10,6%	2,1%	47	1,38 (1,66)	0,83 (1,45)	2,687	.010	-.39	-.33
Hobbies	44,7%	53,2%	2,1%	8,5%	21,3%	12,8%	8,5%	46	1,80 (1,85)	3,24 (1,54)	-4,988	.000	.74	.78
Natur	25,5%	74,4%	2,1%	10,6%	23,4%	36,2%	2,1%	45	2,51 (1,63)	3,56 (1,18)	-3,287	.002	.49	.64
Yoga	76,6%	23,4%	4,3%	0,0%	14,9%	4,3%	0,0%	47	0,66 (1,29)	1,15 (1,77)	-1,939	.059	.28	.38
Unterstützung_Fam	19,1%	78,7%	4,3%	10,6%	34,0%	25,5%	4,3%	46	2,57 (1,53)	2,50 (1,57)	0,231	.818	-.03	-.04
Glauben	38,3%	61,6%	2,1%	2,1%	10,6%	23,4%	23,4%	47	2,49 (2,14)	2,40 (2,07)	0,488	.628	-.07	-.04
Psychiater	27,7%	58,1%	6,4%	8,5%	19,1%	29,8%	4,3%							
Alt_Heilmethoden	85,1%	12,7%	2,1%	0,0%	8,5%	2,1%	0,0%							
Sozmed_Beratung	80,9%	19,2%	4,3%	4,3%	10,6%	0,0%	0,0%	46	0,46 (1,01)	0,59 (0,98)	-0,643	.524	.09	.13
Psychotherapie	38,3%	61,6%	0,0%	4,3%	14,9%	31,9%	10,6%	45	2,36 (1,97)	3,62 (0,86)	-4,621	.000	.69	.64
Unterstützung_Pat	59,6%	40,4%	4,3%	6,4%	19,1%	8,5%	2,1%	46	1,22 (1,60)	3,39 (1,31)	-7,319	.000	1.08	1.36
Stat_Behand	78,7%	19,2%	4,3%	0,0%	2,1%	6,4%	6,4%							
Arbeitsplatzwechsel	85,1%	10,6%	4,3%	2,1%	0,0%	2,1%	2,1%							
Medikamente	27,7%	66,0%	0,0%	0,0%	4,3%	29,8%	31,9%	43	3,09 (2,13)	2,74 (2,21)	1,548	.129	-.24	-.16
Krankschreibung	29,8%	70,1%	12,8%	4,3%	10,6%	10,6%	31,9%							
Ges_Ernährung	31,9%	68,2%	0,0%	4,3%	27,7%	29,8%	6,4%	47	2,43 (1,79)	3,19 (1,58)	-2,336	.024	.34	.43
Naturheilmittel	72,3%	27,6%	0,0%	2,1%	6,4%	19,1%	0,0%	46	1,02 (1,68)	0,70 (1,40)	1,529	.133	-.23	-.19
Veränderung_Schlaf	51,1%	49,0%	0,0%	0,0%	4,3%	27,7%	17,0%	46	2,07 (2,22)	1,48 (1,92)	1,570	.123	-.23	-.27
Veränderung_Essen	59,6%	40,3%	0,0%	0,0%	19,1%	10,6%	10,6%	45	1,53 (1,97)	1,56 (1,94)	-0,063	.950	.01	.01
Licht_Wärme	68,1%	32,0%	4,3%	4,3%	17,0%	4,3%	2,1%	46	0,93 (1,48)	1,50 (1,67)	-1,753	.086	.26	.38
Informationssuche	36,2%	53,8%	2,1%	8,5%	31,9%	14,9%	6,4%	46	2,11 (1,73)	3,02 (1,37)	-2,842	.007	.42	.53
Grübeln	2,1%	95,8%	0,0%	0,0%	4,3%	46,8%	44,7%	46	4,33 (0,87)	3,80 (1,34)	3,187	.003	-.47	-.60
Nichtstun	25,5%	69,1%	0,0%	8,5%	31,9%	14,9%	14,9%	45	2,58 (1,78)	2,24 (1,54)	1,165	.250	-.17	-.19
Rückzug_Soz	21,3%	76,6%	0,0%	2,1%	27,7%	31,9%	14,9%							
Rückzug_Aktiv	29,8%	68,1%	0,0%	2,1%	25,5%	27,7%	12,8%							
Schonen	19,1%	76,6%	0,0%	6,4%	31,9%	25,5%	12,8%	44	2,93 (1,61)	2,95 (1,41)	-0,072	.943	.01	.01
Weitermachen	36,2%	59,6%	2,1%	0,0%	14,9%	21,3%	21,3%							
Gefühle_intro	23,4%	74,4%	0,0%	4,3%	19,1%	31,9%	19,1%	46	2,96 (1,84)	2,20 (1,78)	2,549	.014	-.38	-.41
Pos_Denken	44,7%	55,4%	6,4%	2,1%	29,8%	12,8%	4,3%	46	1,76 (1,74)	1,91 (1,68)	-0,577	.567	.09	.09
Selbstfürsorge	23,4%	74,5%	6,4%	6,4%	40,4%	14,9%	6,4%	46	2,37 (1,60)	3,35 (1,25)	-4,225	.000	.62	.61
Gefühle_extro	27,7%	70,1%	8,5%	8,5%	31,9%	19,1%	2,1%	45	2,09 (1,59)	2,69 (1,44)	-2,633	.012	.39	.38
Selbstermutigung	42,6%	57,4%	0,0%	8,5%	23,4%	23,4%	2,1%	46	1,96 (1,76)	2,20 (1,60)	-0,780	.439	.12	.14
Fokus_Stärken	42,6%	57,4%	8,5%	10,6%	23,4%	14,9%	0,0%	46	1,63 (1,58)	1,87 (1,72)	-0,881	.383	.13	.15

Tabelle 31: Deskription der patientenseitigen Krankheitsbewältigung und deren Veränderung in der Diagnosegruppe depressive Störung. Anmerkung: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t0=Reha-Beginn, t1=Reha-Ende, t=t-Wert, p=Signifikanz, SES=Standardized Effect Sizes, SRM=Standardized Response Mean.

Auch in der Diagnosegruppe „Depressive Störungen“ gab es zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation signifikante Veränderungen hinsichtlich der Anwendungshäufigkeit der Bewältigungsstrategien. Die Strategien „Sport“, „Hobbies“, „Entspannungstechniken“ oder „Unterstützung durch andere Patienten“ wurden beispielsweise zu Reha-Ende signifikant häufiger angewandt (Effekte im mittleren bis hohen Bereich). Im Gegensatz dazu kam es auch signifikanten negativen Effekten: Strategien wie beispielsweise „Grübeln“ oder „Gefühle für sich behalten“ wurden am Ende der Rehabilitation signifikant seltener eingesetzt. Die Effekte lagen dabei im mittleren Bereich.

5. Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Patientensicht

Zur Erfassung der patientenseitigen Akzeptanz der Intervention wurden die Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation gebeten, die Interventionsgespräche zu bewerten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 zusammengefasst.

Die Patienten wurden gebeten, ihre Zustimmung zu bestimmten Aussagen auf einer Skala zwischen „stimmt voll und ganz“ und „stimmt überhaupt nicht“ anzugeben. Es zeigte sich, dass bei den Rehabilitanden der **Diagnosegruppe chronische Rückenschmerzen** ein Großteil der Aussagen hohe Zustimmung erfuhr: Mehr als zwei Drittel der Rehabilitanden antworteten zum Beispiel auf die Aussagen „Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zu meiner Erkrankung alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind“ oder „Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu meiner Erkrankung gefragt“ mit Zustimmung (stimmt voll und ganz bzw. stimmt). Besonders hohe Zustimmung gab es auch hinsichtlich der Aspekte „Ich hatte in den Gesprächen mit meinem Arzt/meinem Psychologen die Möglichkeit Fragen zu stellen“ und „Ich habe mich im Gespräch mit meinem Arzt/Psychologen ernst genommen gefühlt“. Hier antworteten jeweils über 80% der Rehabilitanden mit „stimmt voll und ganz“ oder „stimmt“. Die geringste Zustimmung gab es hinsichtlich der Fragen, ob der Arzt/Psychologe alle relevanten Informationen zu den Medikamenten gegeben hat (7,3% „stimmt voll und ganz“, 31,7% „stimmt“) und ob der Arzt/Psychologe nach den persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu den Medikamenten gefragt hat (12,2% „stimmt voll und ganz“, 29,0% „stimmt“).

In der **Diagnosegruppe Depressive Störungen** gab es die höchste Zustimmung zu den Aussagen „Ich hatte in den Gesprächen mit meinem Arzt/meinem Psychologen die Möglichkeit Fragen zu stellen“ (95,8% Zustimmung), „Ich habe mich im Gespräch mit meinem Arzt/Psychologen ernst genommen gefühlt“ (87,3% Zustimmung) und „Ich konnte über meine Sorgen und Gefühle im Zusammenhang mit meiner Erkrankung sprechen“ (93,7% Zustimmung). Am wenigsten Zustimmung gab es auch in dieser Diagnosegruppe zu den Aussagen, die die Medikamente betreffen („Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zu meinen Medikamenten alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind“ (Zustimmung 36,2%), „Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu meinen Medikamenten gefragt“ (Zustimmung 36,2%)).

Evaluation der Intervention: Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Patientensicht	Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz (N=37)					Diagnosegruppe Depressive Störungen (N=47)				
	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N(%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N(%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zu meiner Erkrankung alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind	8 (19,5)	20 (48,8)	5 (12,2)	3 (7,3)	0 (0,0)	5 (10,6)	18 (38,3)	15 (31,9)	6 (12,8)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zur Rehabilitation alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind	9 (22,0)	20 (48,8)	6 (14,6)	1 (2,4)	0 (0,0)	4 (8,5)	25 (53,2)	13 (27,7)	3 (6,4)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zu meinen Medikamenten alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind	3 (7,3)	13 (31,7)	9 (22,0)	5 (12,2)	4 (9,8)	2 (4,3)	15 (31,9)	13 (27,7)	7 (14,9)	2 (4,3)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu meiner Erkrankung gefragt	8 (19,5)	22 (53,7)	4 (9,8)	2 (4,9)	0 (0,0)	7 (14,9)	27 (57,4)	9 (19,1)	2 (4,3)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zur Rehabilitation gefragt	6 (14,6)	26 (63,4)	2 (4,9)	2 (4,9)	0 (0,0)	4 (8,5)	33 (70,2)	5 (10,6)	3 (6,4)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu meinen Medikamenten gefragt	5 (12,2)	16 (39,0)	8 (19,5)	3 (7,3)	2 (4,9)	3 (6,4)	14 (29,8)	13 (27,7)	8 (17,0)	3 (6,4)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Bewältigungsstrategien im Umgang mit meiner Erkrankung gefragt	8 (19,5)	25 (61,0)	2 (4,9)	1 (2,4)	0 (0,0)	6 (12,8)	34 (72,3)	3 (6,4)	2 (4,3)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat darauf geachtet, dass ich alle Informationen zur Erkrankung und Behandlung verstehe	9 (22,0)	20 (48,8)	5 (12,2)	2 (4,9)	0 (0,0)	9 (19,1)	25 (53,2)	10 (21,3)	1 (2,1)	0 (0,0)
Ich hatte in den Gesprächen mit meinem Arzt/meinem Psychologen die Möglichkeit Fragen zu stellen	15 (36,6)	20 (48,8)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (36,2)	28 (59,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ich habe mich im Gespräch mit meinem Arzt/meinem Psychologen ernst genommen gefühlt	16 (39,0)	18 (43,9)	2 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (36,2)	24 (51,1)	3 (6,4)	1 (2,1)	0 (0,0)
Ich konnte über meine Sorgen und Gefühle im Zusammenhang mit meiner Erkrankung sprechen	14 (34,1)	14 (34,1)	7 (17,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (42,6)	24 (51,1)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ich konnte meine Meinung zur medizinischen Behandlung einbringen	8 (19,5)	23 (56,1)	4 (9,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (19,1)	23 (48,9)	9 (19,1)	3 (6,4)	0 (0,0)
Ich habe aus dem Gespräch mit meinem Arzt/meinem Psychologen neue Erkenntnisse für mich gewonnen	10 (24,4)	17 (41,5)	6 (14,6)	2 (4,9)	0 (0,0)	15 (31,9)	21 (44,7)	5 (10,6)	3 (6,4)	0 (0,0)
Mein Arzt/mein Psychologe hat mir zu meiner Erkrankung alle Informationen gegeben, die für mich persönlich wichtig sind	5 (12,2)	23 (56,1)	5 (12,2)	3 (7,3)	0 (0,0)	9 (19,1)	23 (48,9)	9 (19,1)	3 (6,4)	0 (0,0)

Tabelle 32: Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Patientensicht. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu N=37 bzw. N=47 respektive 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte.

Die Rehabilitanden wurden außerdem gebeten, anzugeben, welche Themenbereiche in den Interventionsgesprächen besprochen wurden. Zusätzlich wurden sie befragt, wie zufrieden sie mit dem Gespräch über das jeweilige Thema waren. Die Ergebnisse zu diesen Fragen sind in Tabelle 33 zusammengefasst.

In der **Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz** waren besonders häufig besprochene Themenbereiche aus Sicht der Rehabilitanden die „Persönliche Kontrolle“ (80,5% „Ja, besprochen“) und „Anregungen zur Krankheitsbewältigung nach der Reha“ (80,5% „Ja, besprochen“). Am seltensten besprochen wurden die Bereiche „Befürchtungen im Zusammenhang mit Medikamenten“ (46,3% „Ja, besprochen“), die „Notwendigkeit von Medikamenten“ (51,2% „Ja, besprochen“), die Reha-Ergebniserwartungen zu Veränderungen im psychischen Bereich (56,1% „Ja, besprochen“) und die „Befürchtungen im Zusammenhang mit der Reha“ (56,1% „Ja, besprochen“). Für die übrigen Bereiche lag der Prozentsatz der Rehabilitanden, die angaben, dass der Themenbereich besprochen wurde im Bereich zwischen 60-80%.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Gespräch über die Themen zeigte sich ein sehr homogenes, positives Bild: Die Zufriedenheit lag über alle Themenbereiche hinweg im Bereich zwischen 87% und 100% bzw. bei einem Mittelwert zwischen 1,72 und 2,35 (auf einer Skala von 1=sehr zufrieden bis 6=sehr unzufrieden).

In der **Diagnosegruppe depressive Störungen** wurden die Themenbereiche der Intervention aus Sicht der Rehabilitanden insgesamt weniger oft angesprochen als in der Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz. Die Spanne erstreckte sich hier von besonders selten angesprochenen Themen wie „Ergebniserwartungen im somatischen Bereich“ (27,7% „Ja, besprochen“) bis besonders häufig angesprochene Bereiche wie „Persönliche Kontrolle“ (80,9% „Ja, besprochen“).

Auch die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit dem Gespräch über den jeweiligen Themenbereich variierte stärker: In Bezug auf das Gespräch über das Thema „Konsequenzen der Erkrankung“ waren nur 69% der Rehabilitanden der Diagnosegruppe depressive Störungen zufrieden (zum Vergleich: in der Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz waren gaben hier 96,2% der Rehabilitanden an, zufrieden zu sein). Betrachtet man die mittlere Zufriedenheit, die sich im Bereich zwischen 2,07 und 2,77 bewegt, wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit den Gesprächen in der Diagnosegruppe depressive Störungen durchweg geringer war als in der Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz.

Evaluation der Intervention: Themenbereiche aus Patientensicht	Diagnosegruppe Chronischer Rückenschmerz (N=37)					Diagnosegruppe Depression (N=47)				
	Dieser Themenbereich wurde im Rahmen der Intervention besprochen		Patientenseitige Zufriedenheit mit dem Gespräch über diesen Themenbereich			Dieser Themenbereich wurde im Rahmen der Intervention besprochen		Patientenseitige Zufriedenheit mit dem Gespräch über diesen Themenbereich		
	Nein N (%)	Ja N (%)	Zufrieden N (%)	Unzufrieden N (%)	Mittelwert M (SD)	Nein N (%)	Ja N (%)	Zufrieden N (%)	Unzufrieden N (%)	Mittelwert M (SD)
Ursachen der Erkrankung	4 (9,8)	30 (73,2)	29 (96,7)	0 (0,0)	1,72 (0,70)	15 (31,9)	31 (66,0)	28 (90,3)	3 (9,7)	2,23 (1,15)
Symptome der Erkrankung	7 (17,1)	29 (70,7)	28 (96,6)	0 (0,0)	1,89 (0,69)	16 (34,0)	29 (61,7)	24 (82,8)	5 (17,2)	2,31 (1,00)
Krankheitsverlauf	3 (7,3)	31 (75,6)	30 (96,8)	1 (3,2)	2,06 (0,93)	22 (46,8)	24 (51,1)	21 (87,5)	3 (12,5)	2,33 (0,92)
Konsequenzen der Erkrankung	9 (22,0)	26 (63,4)	25 (96,2)	1 (3,8)	1,92 (0,89)	16 (34,0)	29 (61,7)	20 (69,0)	9 (31,0)	2,72 (1,31)
Was der Patient selbst tun kann (Persönliche Kontrolle)	2 (4,9)	33 (80,5)	32 (97,0)	1 (3,0)	1,82 (0,81)	7 (14,9)	38 (80,9)	34 (89,5)	4 (10,5)	2,34 (1,12)
Wie die Behandlung helfen kann (Behandlungskontrolle)	5 (12,2)	29 (70,7)	28 (96,6)	1 (3,4)	1,90 (0,77)	8 (17,0)	37 (78,7)	30 (81,1)	7 (18,9)	2,54 (1,07)
Emotionale Belastung durch die Erkrankung	12 (29,3)	23 (56,1)	22 (95,7)	1 (4,3)	2,09 (0,95)	-	-	-	-	-
Was der Patient von der Durchführung der Reha erwarten kann	3 (7,3)	31 (75,6)	29 (93,5)	2 (6,5)	2,06 (0,93)	15 (31,9)	29 (61,7)	24 (82,8)	5 (17,2)	2,66 (0,97)
Reha-Ergebniserwartungen: Veränderungen im somatischen Bereich	6 (14,6)	29 (70,7)	26 (89,7)	3 (10,3)	2,17 (0,97)	31 (66,0)	13 (27,7)	10 (76,9)	3 (23,1)	2,62 (0,96)
Reha-Ergebniserwartungen: Veränderungen im psychischen Bereich	11 (26,8)	23 (56,1)	22 (95,7)	1 (4,3)	2,04 (0,83)	19 (40,4)	26 (55,3)	20 (76,9)	6 (23,1)	2,77 (1,11)
Befürchtungen im Zusammenhang mit der Reha	10 (24,4)	23 (56,1)	20 (87,0)	3 (13,0)	2,35 (0,89)	22 (46,8)	21 (44,7)	18 (85,7)	3 (14,3)	2,48 (0,87)
Notwendigkeit von Medikamenten	14 (34,1)	21 (51,2)	21 (100,0)	0 (0,0)	1,81 (0,60)	17 (36,2)	28 (59,6)	26 (92,9)	2 (7,1)	2,25 (0,84)
Befürchtungen im Zusammenhang mit Medikamenten	15 (36,6)	19 (46,3)	18 (94,7)	1 (5,3)	2,05 (0,85)	22 (46,8)	22 (46,8)	21 (95,5)	0 (0,0)	2,19 (0,60)
Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha	4 (9,8)	31 (75,6)	30 (96,8)	1 (3,2)	1,87 (0,76)	17 (36,2)	28 (59,6)	25 (89,3)	3 (10,7)	2,21 (0,88)
Anregungen zur Krankheitsbewältigung während der Reha	4 (9,8)	31 (75,6)	30 (96,8)	0 (0,0)	1,77 (0,73)	13 (27,7)	32 (68,1)	29 (90,6)	3 (9,4)	2,25 (0,92)
Anregungen zur Krankheitsbewältigung nach der Reha	2 (4,9)	33 (80,5)	30 (90,9)	2 (6,1)	1,87 (0,98)	15 (31,9)	30 (63,8)	26 (86,7)	3 (10,0)	2,07 (0,96)

Tabelle 33: Themenbereiche, die im Rahmen der Intervention besprochen wurden aus Patientensicht und Zufriedenheit mit dem Gespräch über diese Themenbereiche. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu N=37 bzw. N=47 respektive 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte. Die Zufriedenheit mit den Gesprächen zu den verschiedenen Themenbereichen wurde mit Hilfe einer 6-Stufen-Likert-Skala erfasst (1=sehr zufrieden bis 6=sehr unzufrieden). Für die vorliegende Auswertung wurden die Werte 1-3 zum Score „zufrieden“ und die Werte 3-6 zum Score „unzufrieden“ zusammengefasst. Da „emotionale Belastung“ zur Kernsymptomatik der Depression gehört und entsprechend handlungsleitend für die gesamte Therapie ist, entfiel dies als separater Themenbereich bei der Diagnosegruppe Depression.

4.5.3.2 Ergebnisse der Behandlerbefragung

Auswertung der Dokumentationsbögen zur Intervention

1. Durchführung der Interventionsgespräche

Die Behandler wurden im Dokumentationsbogen zur Intervention, den sie für jeden Patienten ausfüllten, zur Durchführung der Interventionsgespräche befragt. In Tabelle 34 ist zusammengefasst, in welchem organisatorischen Kontext die Gespräche geführt wurden und wie lange die Gespräche im Durchschnitt dauerten.

Evaluation der Intervention: Integration der Intervention in die Therapiegespräche	Orthopädie (N=80)		Psychosomatik (N=92)	
	Arzt N=40	Psychologe N=40	Arzt N=46	Psychologe N=46
Die Intervention wurde immer in die reguläre Gesprächszeit integriert .	N=12 (29,3%)	N=23 (56,1%)	N=19 (40,4%)	N=19 (40,4%)
Für die Intervention fand immer ein zusätzlicher Gesprächskontakt statt	N=27 (65,9%)	N=14 (34,1%)	N=23 (48,9%)	N=20 (42,6%)
Die Intervention wurde teilweise integriert und teilweise fand ein zusätzlicher Gesprächskontakt statt	N=1 (2,4%)	N=1 (2,4%)	N=2 (4,3%)	N=5 (10,6%)
Gesamtdauer der Interventionsgespräche in Minuten	M=59,00 (SD=27,11)	M=95,00 (SD=56,60)	M=38,16 (SD=28,56)	M=77,09 (SD=47,43)
	Min=20 Max=145	Min=15 Max=300	Min=10 Max=150	Min=20 Max=185
Wenn zusätzliche Gesprächskontakte stattfanden: Durchschnittliche zusätzliche Gesprächszeit (im Vergleich zu Nicht-Studienpatienten)	M=43,80 (SD=11,30)	M=38,38 (SD=23,66)	M=26,96 (SD=18,39)	M=35,40 (SD=15,41)
	Min=10 Max=60	Min=9 Max=90	Min=10 Max=90	Min=15 Max=90

Tabelle 34: Evaluation der Intervention: Durchführung der Interventionsgespräche

Die ärztlichen Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen gaben an, dass die Intervention in 29,3% der Fälle in die reguläre Gesprächszeit integriert wurde, dass in 65,9% der Fälle ein zusätzlicher Gesprächskontakt stattfand und dass in 2,4% der Fälle die Intervention teilweise in die reguläre Gesprächszeit integriert und teilweise als zusätzlicher Kontakt durchgeführt wurde. Die psychologischen Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen hingegen führten die Interventionsgespräche häufiger innerhalb der regulären Gesprächszeit durch: Sie gaben an, dass die Intervention in 56,1% in die

reguläre Gesprächszeit integriert wurde und nur in 34,4% der Fälle ein zusätzlicher Gesprächskontakt stattfand. Die Behandler (Ärzte und Psychologen) in den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen gaben an, dass die Intervention in 40,4% der Fälle in die reguläre Gesprächszeit integriert wurde und dass etwas häufiger zusätzliche Gesprächskontakte für die Intervention stattfanden (Ärzte: 48,9%; Psychologen: 42,6%). Die Dauer der Interventionsgespräche variierte in beiden Diagnose- und Berufsgruppen zwischen den einzelnen Interventionspatienten stark: Beispielsweise variierte die von psychologischen Behandlern in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen berichtete Gesamtdauer der Intervention zwischen 15 und 300 Minuten. Die mittlere Gesprächsdauer lag in der Orthopädie bei 59 Minuten (Ärzte) bzw. 95 Minuten (Psychologen) Minuten. In der Psychosomatik war die Gesprächsdauer insgesamt kürzer und lag bei 38 Minuten (Ärzte) bzw. 77 Minuten (Psychologen).

2. Themenbereiche aus Behandlersicht

Die Themenbereiche, die aus Sicht der Behandler in den Interventionsgesprächen besprochen wurden, sind in Tabelle 35 dargestellt. Bei den Behandlern aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen zeigte sich, dass – wie im Interventionskonzept intendiert – manche Themenbereiche von beiden Berufsgruppen besprochen wurden und bei manchen eine Aufteilung der besprochenen Themenbereiche zwischen Ärzten und Psychologen stattfand: Themen aus dem Bereich Exploration und Reflektion des subjektiven Krankheitskonzepts wurden von Behandlern beider Berufsgruppen in den Interventionsgesprächen besprochen. Die Ärzte gaben an, dass Themen aus diesem Bereich mit Häufigkeiten zwischen 30,6% und 90,2% besprochen wurden. Bei den Psychologen variierten die Häufigkeiten zwischen 46,3% und 78,0%. Hinsichtlich des Themenfeldes „Exploration und Reflektion des subjektiven Behandlungskonzepts“ variierte die Häufigkeit der besprochenen Unterthemen stärker: Die Ärzte in der Orthopädie gaben an, die Themenbereiche mit 12,2% (Medikamentenbezogene Befürchtungen) bis 73,2% (Reha-Ergebniserwartungen) der Patienten besprochen zu haben. Bei den Psychologen zeigte sich ein ähnliches Bild: Auch sie besprachen das Thema Reha-Ergebniserwartungen am häufigsten mit Patienten (70,7%), am seltensten das Thema Rehabilitationsbezogene Befürchtungen (12,2%). Aus dem Themenbereich „Bedarfsgerechte Informationsvermittlung“ besprachen Ärzte sehr häufig die Themen Information zur Krankheit (80,5%) und Informationen zu Rehabilitation (85,4%), Informationen zu Medikamenten wurden dahingegen nur 22,0% der Patienten gegeben. Die Psychologen gaben nur 2,4% der Patienten Informationen zu den Medikamenten. Themen aus dem Bereich „Exploration und Reflexion der Krankheitsbewältigung sowie Handlungsplanung“ wurden von beiden Berufsgruppen mit vielen Patienten thematisiert, beispielsweise gaben die Psychologen an, dass das Thema Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha: Strategien mit 85,4% der Patienten besprochen wurde.

Evaluation der Intervention: Themenbereiche aus Behandler Sicht	Orthopädie (N=80)				Psychosomatik (N=92)			
	Arzt N=40		Psychologe N=40		Arzt N=46		Psychologe N=46	
	Nein N (%)	Ja N (%)	Nein N (%)	Ja N (%)	Nein N (%)	Ja N (%)	Nein N (%)	Ja N (%)
Exploration und Reflektion des subjektiven Krankheitskonzepts								
Ursachen der Erkrankung	11 (26,8)	29 (70,7)	15 (36,6)	25 (61,0)	29 (61,7)	17 (36,2)	12 (25,5)	34 (72,3)
Symptome der Erkrankung	3 (7,3)	37 (90,2)	8 (19,5)	32 (78,0)	30 (63,8)	16 (34,0)	9 (19,1)	37 (78,7)
Krankheitsverlauf	13 (31,7)	27 (65,9)	15 (36,6)	25 (61,0)	27 (57,4)	19 (40,4)	14 (29,8)	32 (68,1)
Konsequenzen der Erkrankung	25 (61,0)	15 (36,6)	19 (46,3)	21 (51,2)	34 (72,3)	12 (25,5)	25 (53,2)	21 (44,7)
Kontrollierbarkeit der Erkrankung	12 (29,3)	28 (68,3)	21 (51,2)	19 (46,3)	27 (57,4)	19 (40,4)	14 (29,8)	32 (68,1)
Krankheitsverständnis (Kohärenz)	15 (36,6)	25 (61,0)	21 (51,2)	19 (46,3)	32 (68,1)	14 (29,8)	5 (10,6)	41 (87,2)
Emotionale Belastung durch die Erkrankung	20 (48,4)	20 (48,4)	8 (19,5)	32 (78,0)	-	-	-	-
Exploration und Reflektion des subjektiven Behandlungskonzepts								
Reha-Prozesserwartungen	13 (31,7)	27 (65,9)	27 (65,9)	13 (31,7)	36 (76,6)	10 (21,3)	20 (42,6)	26 (55,3)
Reha-Ergebniserwartungen	10 (24,4)	30 (73,2)	11 (26,8)	29 (70,7)	32 (68,1)	14 (29,8)	13 (27,7)	33 (70,2)
Rehabilitationsbezogene Befürchtungen	32 (78,0)	8 (19,5)	35 (85,4)	5 (12,2)	42 (89,4)	4 (8,5)	33 (70,2)	13 (27,7)
Notwendigkeit von Medikamenten	19 (46,3)	21 (51,2)	32 (78,0)	8 (19,5)	27 (57,4)	19 (40,4)	43 (91,5)	3 (6,4)
Medikamentenbezogene Befürchtungen	35 (85,4)	5 (12,2)	33 (80,5)	7 (17,1)	33 (70,2)	13 (27,7)	43 (91,5)	3 (6,4)
Bedarfsgerechte Informationsvermittlung								
Informationen zu Medikamenten	31 (75,6)	9 (22,0)	39 (95,1)	1 (2,4)	12 (25,5)	34 (72,3)	42 (89,4)	4 (8,5)
Informationen zur Krankheit	7 (17,1)	33 (80,5)	23 (56,1)	17 (41,5)	23 (48,9)	23 (48,9)	28 (59,6)	18 (38,3)
Informationen zur Rehabilitation	5 (12,2)	35 (85,4)	32 (78,0)	8 (19,5)	36 (76,6)	10 (21,3)	28 (59,6)	18 (38,3)
Exploration und Reflexion der Krankheitsbewältigung sowie Handlungsplanung								
Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha: Strategien	8 (19,5)	32 (78,0)	5 (12,2)	35 (85,4)	35 (74,5)	11 (23,4)	11 (23,4)	35 (74,5)
Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha: Ziele	11 (26,8)	29 (70,7)	18 (43,9)	22 (53,7)	38 (80,9)	8 (17,0)	25 (53,2)	21 (44,7)
Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha: Bewertung der Zielerreichung	16 (39,0)	24 (58,5)	15 (36,6)	25 (61,0)	37 (78,7)	9 (19,1)	27 (57,4)	19 (40,4)
Anregungen zur Krankheitsbewältigung während der Reha (Handlungsplan)	2 (4,9)	38 (92,7)	18 (43,9)	22 (53,7)	25 (53,2)	21 (44,7)	22 (46,8)	24 (51,1)
Anregungen zur Krankheitsbewältigung nach der Reha (Handlungsplan)	6 (14,6)	34 (82,9)	13 (31,7)	27 (65,9)	33 (70,2)	13 (27,7)	24 (51,1)	22 (46,8)

Tabelle 35: In der Intervention besprochene Themenbereiche aus Behandler Sicht. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte. Da „emotionale Belastung durch die Erkrankung“ zur Kernsymptomatik der Depression gehört und entsprechend handlungsleitend für die gesamte Therapie ist, entfiel dies in der Psychosomatik als separater Themenbereich.

Die Ärzte gaben an, dass sie mit 92,7% der Patienten über das Thema Anregungen zur Krankheitsbewältigung während der Reha (Handlungsplan) gesprochen haben. Bei den Antworten der Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen fällt auf, dass insgesamt deutlich weniger Themen durch ärztliche Behandler besprochen wurden, mit Ausnahme des Themas Informationen zu Medikamenten, das von den Ärzten mit 72,3% der Patienten besprochen wurde. Die von den Psychologen am häufigsten besprochenen Themen waren das Krankheitsverständnis (mit 87,2% der Patienten besprochen), die Symptome der Erkrankung (mit 78,7% der Patienten besprochen) und die Exploration der Krankheitsbewältigung vor der Reha: Strategien (mit 74,5% der Patienten besprochen). Am seltensten besprachen die Psychologen mit den Patienten über die medikamentenbezogenen Themen Information zu Medikamenten, Notwendigkeit von Medikamenten und Medikamentenbezogene Befürchtungen (jeweils weniger als 10%).

3. Denkanstöße und Anregungen für die Rehabilitanden aus den Interventionsgesprächen aus Behandlericht

Die Behandler wurden gebeten, die Denkanstöße und Anregungen, die die einzelnen Rehabilitanden in den Interventionsgesprächen bekommen haben, zu dokumentieren.

Die Antworten der Behandler aus den orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen sind in Tabelle 36 zusammengefasst. Auf die Frage, ob der Patient durch die Intervention neue Denkanstöße in Bezug auf seine Erkrankung und Behandlung erhalten hat, antworteten sowohl die ärztlichen als auch die psychologischen Behandler in der Mehrzahl der Fälle mit Zustimmung („ja, viele“ oder „ja, einige“). Besonders häufig genannte Denkanstöße und Anregungen waren dabei ein „Vertieftes Verständnis bzgl. der Schmerzsymptomatik (z.B. Symptome, Ursachen, fluktuierender Verlauf)“ (10 Nennungen), die „Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires“ (10 Nennungen) oder ein „Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit)“ (8 Nennungen).

Auch im Hinblick auf den Umgang mit der Erkrankung haben die Rehabilitanden aus Sicht der Behandler in der Mehrzahl der Fälle viele oder einige neue Anregungen erhalten, beispielsweise zur „Stärkung der Selbstfürsorge und Sensibilisierung für eigene Grenzen“ (10 Nennungen) oder die „Anregung zum Ausprobieren neuer Bewältigungsstrategien“ (6 Nennungen).

Auf die Frage, ob die Intervention den Patienten motiviert hat, neue Strategien im Umgang mit seiner Erkrankung auszuprobieren, antworteten die ärztlichen Behandler in 31,7% der Fälle mit „sehr“ und in 39,0% der Fälle mit „etwas“, allerdings gaben sie auch für 24,4% der Rehabilitanden an, dass sie durch die Intervention „kaum“ motiviert wurden, neue Strategien auszuprobieren. Eine ähnliche Einschätzung hatten auch die psychologischen Behandler.

Orthopädie: Evaluation der Intervention: Denkanstöße und Anregungen Behndlersicht								
Der Patient hat durch die Intervention neue Denkanstöße in Bezug auf seine Erkrankung und Behandlung erhalten <i>Wenn ja: Welche Denkanstöße hat der Patient erhalten?</i>	Arzt N=40				Psychologe N=40			
	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen
	N=8 (19,5%)	N=22 (53,7%)	N=3 (7,3%)	N=5 (12,2%)	N=6 (14,6%)	N=18 (43,9%)	N=9 (22,0%)	N=6 (14,6%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vertieftes Verständnis bzgl. der Schmerzsymptomatik (z.B. Symptome, Ursachen, fluktuierender Verlauf) (10) • Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires (10) • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (8) • Sensibilisierung für notwendige „Langzeitaufmerksamkeit“ bei chronischen Beschwerden (5) • Stärkung der Selbstfürsorge (5) • vertieftes Verständnis bzgl. des Sinn und Zwecks aktiver Maßnahmen (3) • gezielte Motivation und Handlungsplanung (3) • Sensibilisierung für notwendige Selbstverantwortung und „Eigeninitiative“ (1) 							
Der Patient hat durch die Intervention neue Anregungen in Bezug auf seinen Umgang mit seiner Erkrankung erhalten <i>Wenn ja: Welche Anregungen hat der Patient erhalten?</i>	Arzt N=40				Psychologe N=40			
	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen
	N=7 (17,1%)	N=22 (53,7%)	N=5 (12,2%)	N=3 (7,3%)	N=7 (17,1%)	N=20 (48,8%)	N=5 (12,2%)	N=7 (17,1%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Selbstfürsorge und Sensibilisierung für eigene Grenzen (10) • Anregung zum Ausprobieren neuer Bewältigungsstrategien (6) • Validierung und Stärkung des bereits vorhandenen Bewältigungsrepertoires (5) • vertieftes Verständnis bzgl. des Sinn und Zwecks aktiver Maßnahmen (5) • Vertieftes Verständnis bzgl. der Schmerzsymptomatik (5) • Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires (4) • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (4) • Sensibilisierung für notwendige berufliche Umorientierung (1) • Stärkung der Nachhaltigkeit durch mittel- und langfristige Ziele (1) 							
Die Intervention hat den Patienten motiviert, neue Strategien im Umgang mit seiner Erkrankung auszuprobieren <i>Wenn ja: Inwiefern war die Intervention hier hilfreich?</i>	Arzt N=40				Psychologe N=40			
	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht
	N=13 (31,7%)	N=16 (39,0%)	N=10 (24,4%)	N=0 (0,0%)	N=13 (31,7%)	N=15 (36,6%)	N=8 (19,5%)	N=3 (7,3%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Anregung zum Ausprobieren neuer Bewältigungsstrategien (z.B. Entspannungstechniken) (20) • Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires (Sensibilisierung für zusätzlichen Nutzen verschiedener Strategien) (8) • Validierung und Stärkung des bereits vorhandenen Bewältigungsrepertoires (7) • Reflexion bzgl. bisheriger Bewältigungsstrategien angeregt (4) • gezielte Motivation und Handlungsplanung (4) • Konkretisierung und Visualisierung der Krankheitsbewältigung (3) • Vermittlung alltagstauglicher Bewältigungsstrategien (3) 							
Die Intervention hat dem Patienten bei der Entwicklung und Umsetzung seiner Ziele während der Rehabilitation geholfen <i>Wenn ja: Inwiefern war die Intervention hier hilfreich?</i>	Arzt N=40				Psychologe N=40			
	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht
	N=13 (31,7%)	N=16 (39,0%)	N=10 (24,4%)	N=0 (0,0%)	N=13 (31,7%)	N=14 (34,1%)	N=10 (24,4%)	N=1 (2,4%)
	<ul style="list-style-type: none"> • durch regelmäßige Gespräche war Monitoring der Bewältigungsstrategien möglich (7) • Handlungsplan konnte Behandlungserfolge visualisieren (6) • vertieftes Verständnis bzgl. des Sinn und Zwecks aktiver Maßnahmen (4) • gezielte Motivation und Handlungsplanung (schriftlich) (4) • Möglichkeit des Aufgreifens der Reha-Behandlungserwartungen (1) • Validierung und Stärkung des bereits vorhandenen Bewältigungsrepertoires (1) 							

Tabelle 36: Denkanstöße und Anregungen aus Behndlersicht, Orthopädie. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte. Die in Klammern aufgeführten Werte hinter den Freitextantworten (Kategorien) bezeichnen jeweils die Anzahl der Nennungen

Auf die Frage, ob die Intervention dem Patienten bei der Entwicklung und Umsetzung seiner Ziele während der Rehabilitation geholfen hat, antworteten die Ärzte in 31,7% und die Psychologen in 31,7% der Fälle mit „sehr“, in 39,0% bzw. 34,1% der Fälle mit „etwas“, in 24,4% bzw. 24,4% der Fälle mit „kaum“ und in 0,0% bzw. 2,4% der Fälle mit „gar nicht“. Als hilfreiche Aspekte der Intervention gaben die Behandler dabei vor allem an, dass „durch regelmäßige Gespräche ein Monitoring der Bewältigungsstrategien möglich war“ (7 Nennungen). Außerdem gaben die Behandler an, dass der „Handlungsplan Behandlungserfolge visualisieren konnte“ (6 Nennungen). Insgesamt gaben die Behandler in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen also für die Mehrzahl der in die Intervention eingeschlossenen Rehabilitanden an, dass in verschiedener Hinsicht neue Anregungen oder Denkanstöße durch die Intervention vermittelt werden konnten.

Die Behandler aus den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen stehen den Fragen nach Anregungen und Denkanstößen für die Rehabilitanden im Vergleich mit den Behandlern der Orthopädie etwas kritischer gegenüber. Ihre Antworten sind in Tabelle 37 zusammengefasst.

Auf die Frage, ob der Patient durch die Intervention neue Denkanstöße in Bezug auf seine Erkrankung und Behandlung erhalten hat, antworteten sowohl die ärztlichen als auch die psychologischen Behandler nur selten mit „ja, viele“. Für jeweils 51,5% der Patienten waren die Behandler jedoch der Meinung, dass der Patient „einige“ neue Denkanstöße erhalten hat. Wichtige Denkanstöße aus Sicht der Behandler waren dabei insbesondere ein „Vertieftes Verständnis bzgl. der Depression (z.B. Krankheitsdauer, Symptome, Ursachen, Verlauf)“ (17 Nennungen) oder die „Sensibilisierung für notwendige Selbstverantwortung“ und „Eigeninitiative“ (7 Nennungen). In Hinblick auf den Umgang mit der Erkrankung haben die Patienten aus Sicht der Behandler ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle (57,4% aus Sicht der Ärzte bzw. 51,1% aus Sicht der Psychologen) „einige“ Anregungen erhalten, wie z.B. zur „Stärkung der Selbstfürsorge und Sensibilisierung für eigene Grenzen“ (15 Nennungen). Auf die Frage, ob die Intervention den Patienten motiviert hat, neue Strategien im Umgang mit seiner Erkrankung auszuprobieren, antworteten die Ärzte in mehr als 50% der Fälle mit „kaum“ (46,8%) oder „gar nicht“ (8,5%), lediglich für 38,3% der Patienten mit „etwas“. Die Psychologen schätzten dies etwas positiver ein: Ihrer Meinung nach hat die Intervention 14,9% der Patienten „sehr“, 40,4% der Patienten „etwas“, 27,7% der Patienten „kaum“ und 10,6% der Patienten „gar nicht“ motiviert, neue Strategien im Umgang mit der Erkrankung auszuprobieren. Auf die Frage, ob die Intervention dem Patienten bei der Entwicklung und Umsetzung seiner Ziele während der Rehabilitation geholfen hat, antworteten die Ärzte in 0,0% und die Psychologen in 12,8% der Fälle mit „sehr“, in jeweils 29,8% der Fälle mit „etwas“, in 48,9% bzw. 36,2% der Fälle mit „kaum“ und in jeweils 12,8% der Fälle mit „gar nicht“. Als hilfreiche Aspekte der Intervention gaben die Behandler dabei unter anderem an, dass ein „gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit)“ (7 Nennungen) für die Patienten hilfreich war.

Psychosomatik: Evaluation der Intervention: Denkanstöße und Anregungen Behandlersicht								
	Arzt N=46				Psychologe N=46			
	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen	Ja, viele	Ja, einige	Nein	Kann ich nicht beurteilen
Der Patient hat durch die Intervention neue Denkanstöße in Bezug auf seine Erkrankung und Behandlung erhalten <i>Wenn ja: Welche Denkanstöße hat der Patient erhalten?</i>	N=1 (2,1%)	N=24 (51,1%)	N=10 (21,3%)	N=9 (19,1%)	N=6 (12,8%)	N=24 (51,1%)	N=11 (23,4%)	N=4 (8,5%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vertieftes Verständnis bzgl. der Depression (z.B. Krankheitsdauer, Symptome, Ursachen, Verlauf) (17) • Sensibilisierung für notwendige Selbstverantwortung und „Eigeninitiative“ (7) • Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires (6) • Veränderung der Einstellung gegenüber Medikation (5) • Stärkung der Selbstfürsorge (4) • Vertieftes Verständnis bzgl. Behandlungsmaßnahmen (3) • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (2) • Bessere Akzeptanz der Erkrankung (1) 							
Der Patient hat durch die Intervention neue Anregungen in Bezug auf seinen Umgang mit seiner Erkrankung erhalten <i>Wenn ja: Welche Anregungen hat der Patient erhalten?</i>	N=0 (0,0%)	N=27 (57,4%)	N=8 (17,0%)	N=9 (19,1%)	N=4 (8,5%)	N=24 (51,1%)	N=12 (25,5%)	N=4 (8,5%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Selbstfürsorge und Sensibilisierung für eigene Grenzen (15) • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (8) • Vertieftes Verständnis bzgl. der Depression (z.B. realistischere Erwartungen bzgl. Krankheitsverlauf) (8) • Erweiterung des persönlichen Bewältigungsrepertoires (4) • Vertieftes Verständnis bzgl. Medikation (3) • Veränderung der Einstellung gegenüber Medikation (2) • Sensibilisierung für notwendige Selbstverantwortung und „Eigeninitiative“ (1) 							
	Arzt N=46				Psychologe N=46			
	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht
Die Intervention hat den Patienten motiviert, neue Strategien im Umgang mit seiner Erkrankung auszuprobieren <i>Wenn ja: Inwiefern war die Intervention hier hilfreich?</i>	N=0 (0,0%)	N=18 (38,3%)	N=22 (46,8%)	N=4 (8,5%)	N=7 (14,9%)	N=19 (40,4%)	N=13 (27,7%)	N=5 (10,6%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Konkretisierung und Visualisierung der Krankheitsbewältigung (2) • Sensibilisierung für notwendige Selbstverantwortung und „Eigeninitiative“ (3) • Vermittlung alltagstauglicher Bewältigungsstrategien (2) • Veränderung der Einstellung gegenüber Medikation (3) • gezielte Motivation und Handlungsplanung (z.B. durch kurzfristige Ziele) (3) • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (2) • Anregung zum Ausprobieren neuer Bewältigungsstrategien (5) • Validierung und Wiederentdecken des bereits vorhandenen Bewältigungsrepertoires (4) 							
	Arzt N=46				Psychologe N=46			
	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht	Sehr	Etwas	Kaum	Gar nicht
Die Intervention hat dem Patienten bei der Entwicklung und Umsetzung seiner Ziele während der Rehabilitation geholfen <i>Wenn ja: Inwiefern war die Intervention hier hilfreich?</i>	N=0 (0,0%)	N=14 (29,8%)	N=23 (48,9%)	N=6 (12,8%)	N=6 (12,8%)	N=14 (29,8%)	N=17 (36,2%)	N=6 (12,8%)
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestärktes persönliches Kontrollerleben (Selbstwirksamkeit) (7) • gezielte Motivation und Handlungsplanung (5) • durch regelmäßige Gespräche war Monitoring der Bewältigungsstrategien möglich (2) 							

Tabelle 37: Denkanstöße und Anregungen aus Behandlersicht, Psychosomatik. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte. Die in Klammern aufgeführten Werte hinter den Freitextantworten (Kategorien) bezeichnen jeweils die Anzahl der Nennungen

4. Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Behandlersicht

In den Dokumentationsbögen zur Evaluation der Interventionsgespräche mit den einzelnen Rehabilitanden wurden die Behandler auch nach einer Gesamtbewertung der Intervention gefragt. Die Ergebnisse der orthopädischen Behandler Teams sind in Tabelle 38 dargestellt.

Es zeigte sich, dass die Behandler die Interventionsgespräche bei vielen Patienten als hilfreich in vielerlei Hinsicht bewerteten: Beispielsweise stimmten die Behandler in den meisten Fällen den Aussagen zu, dass die Intervention eine inhaltliche Bereicherung für die Behandlung war, dass durch die Intervention Gesprächsinhalte besser strukturiert wurden oder dass der Patient seine persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu Krankheit, Medikamenten und Reha in die Behandlung einbringen konnten. Weitere wichtige Aspekte sind in Tabelle 40 ersichtlich. Auffällige Ablehnung gab es jedoch hinsichtlich der Aussagen „Durch die Intervention (z.B. durch neu gewonnene Infos) konnte an einer anderen Stelle der Behandlung Zeit gespart werden.“ Die Ärzte lehnten diese Aussage in über 70% der Fälle ab, Psychologen beantworteten diese Frage in 34,1% der Fälle mit „stimmt nicht“. Insgesamt fiel die Gesamtbewertung der Behandler in der Orthopädie jedoch sehr positiv aus.

Demgegenüber fiel die Gesamtbewertung der einzelnen Interventionsgespräche aus Sicht der Behandler in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen kritischer aus: Die Zustimmung zu den einzelnen Aussagen war, wie in Tabelle 39 ersichtlich ist, geringer, wenngleich auch hier einige Aspekte überwiegend positiv bewertet wurden. Positiv bewerteten die Behandler insbesondere, dass die Intervention dazu beigetragen hat, dass der Patient seine persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu Krankheit, Medikamenten und Reha in die Behandlung einbringen konnte oder dass die Intervention dazu beigetragen hat, dass der Patient sich mit seiner Erkrankung ernst genommen gefühlt hat. Aus Sicht der psychosomatischen Behandler konnte durch die Intervention jedoch nicht an einer anderen Stelle der Behandlung Zeit gespart werden. Die Intervention führte ihrer Einschätzung nach auch nur selten zu Änderungen am Behandlungsplan des Patienten.

Auswertung der Abschlussbefragung der Behandler

In der Abschlussbefragung wurden den beteiligten Behandlern und Studienkoordinatoren Fragen zur Organisation der Intervention, zu den vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen zur Intervention und zu Problemen und Eignung der Intervention für verschiedene Patientengruppen aus Behandlersicht gestellt.

Orthopädie	Arzt N=40					Psychologe N=40				
	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N(%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N(%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)
Die Intervention war eine inhaltliche Bereicherung für die Behandlung (z.B. durch neu gewonnene Informationen).	2 (4,9)	30 (73,2)	5 (12,2)	2 (4,9)	0 (0,0)	11 (26,8)	17 (41,5)	8 (19,5)	3 (7,3)	0 (0,0)
Durch die Intervention (z.B. durch neu gewonnene Infos) konnte an einer anderen Stelle der Behandlung Zeit gespart werden.	0 (0,0)	1 (2,4)	9 (22,0)	9 (22,0)	20 (48,8)	0 (0,0)	1 (2,4)	15 (36,6)	14 (34,1)	0 (0,0)
Aufgrund der Intervention (z.B. durch neu gewonnene Infos) wurden Änderungen am Behandlungsplan des Patienten vorgenommen.	0 (0,0)	23 (56,1)	9 (22,0)	7 (17,1)	0 (0,0)	6 (14,6)	6 (14,6)	6 (14,6)	11 (26,8)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, bestimmte Gesprächsinhalte (z.B. Informationen zur Erkrankung) besser zu strukturieren.	2 (4,9)	28 (68,3)	7 (17,1)	2 (4,9)	0 (0,0)	17 (41,5)	21 (51,2)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Durch die Intervention hat der Patient alle Informationen zur Krankheit, Medikamenten und Reha bekommen, die ihm persönlich wichtig sind.	0 (0,0)	30 (73,2)	8 (19,5)	1 (2,4)	0 (0,0)	10 (24,4)	12 (29,3)	15 (36,6)	2 (4,9)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient seine persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu Krankheit, Medikamenten und Reha in die Behandlung einbringen konnte.	1 (2,4)	30 (73,2)	8 (19,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (17,1)	29 (70,7)	3 (7,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient seine persönlichen Bewältigungsstrategien in die Behandlung einbringen konnte.	0 (0,0)	30 (73,2)	9 (22,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (26,8)	22 (53,7)	5 (12,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient vielfältige Möglichkeiten hatte, Fragen zu seiner Erkrankung und Behandlung zu stellen.	3 (7,3)	29 (70,7)	7 (17,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (12,2)	22 (53,7)	11 (26,8)	1 (2,4)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient die vermittelten Infos zur Erkrankung und Behandlung auch wirklich versteht.	0 (0,0)	28 (68,3)	10 (24,4)	1 (2,4)	0 (0,0)	9 (22,0)	14 (34,1)	16 (39,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient sich mit seiner Erkrankung ernst genommen gefühlt hat.	1 (2,4)	29 (70,7)	9 (22,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (36,6)	22 (53,7)	2 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient über seine Sorgen und Gefühle im Zusammenhang mit seiner Erkrankung sprechen konnte.	2 (4,9)	24 (58,5)	12 (29,3)	1 (2,4)	0 (0,0)	12 (29,3)	19 (46,3)	7 (17,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient Zuversicht gewonnen hat, seine Erkrankung bewältigen zu können.	0 (0,0)	30 (73,2)	8 (19,5)	1 (2,4)	0 (0,0)	10 (24,4)	22 (53,7)	6 (14,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tabelle 38: Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Behaltlersicht, Orthopädie. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte.

Psychosomatik Evaluation der Intervention: Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Behaltlersicht	Arzt N=46					Psychologe N=46				
	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N (%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)	stimmt voll und ganz N (%)	stimmt N (%)	weder noch N (%)	stimmt nicht N (%)	stimmt überhaupt nicht N (%)
Die Intervention war eine inhaltliche Bereicherung für die Behandlung (z.B. durch neu gewonnene Informationen).	2 (4,3)	17 (36,2)	17 (36,2)	4 (8,5)	3 (6,4)	1 (2,1)	23 (48,9)	10 (21,3)	7 (14,9)	4 (8,5)
Durch die Intervention (z.B. durch neu gewonnene Infos) konnte an einer anderen Stelle der Behandlung Zeit gespart werden.	0 (0,0)	4 (8,5)	10 (21,3)	17 (36,2)	11 (23,4)	0 (0,0)	6 (12,8)	9 (19,1)	9 (19,1)	21 (44,7)
Aufgrund der Intervention (z.B. durch neu gewonnene Infos) wurden Änderungen am Behandlungsplan des Patienten vorgenommen.	2 (4,3)	3 (6,4)	12 (25,5)	20 (42,6)	6 (12,8)	0 (0,0)	5 (10,6)	5 (10,6)	15 (31,9)	20 (42,6)
Die Intervention hat dazu beigetragen, bestimmte Gesprächsinhalte (z.B. Informationen zur Erkrankung) besser zu strukturieren.	2 (4,3)	12 (25,5)	10 (21,3)	14 (29,8)	4 (8,5)	1 (2,1)	20 (42,6)	7 (14,9)	8 (17,0)	9 (19,1)
Durch die Intervention hat der Patient alle Informationen zur Krankheit, Medikamenten und Reha bekommen, die ihm persönlich wichtig sind.	3 (6,4)	25 (53,2)	8 (17,0)	6 (12,8)	1 (2,1)	7 (14,9)	21 (44,7)	11 (23,4)	5 (10,6)	1 (2,1)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient seine persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu Krankheit, Medikamenten und Reha in die Behandlung einbringen konnte.	3 (6,4)	32 (68,1)	5 (10,6)	4 (8,5)	0 (0,0)	4 (8,5)	20 (42,6)	15 (31,9)	2 (4,3)	3 (6,4)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient seine persönlichen Bewältigungsstrategien in die Behandlung einbringen konnte.	1 (2,1)	27 (57,4)	10 (21,3)	5 (10,6)	1 (2,1)	2 (4,3)	23 (48,9)	14 (29,8)	3 (6,4)	3 (6,4)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient vielfältige Möglichkeiten hatte, Fragen zu seiner Erkrankung und Behandlung zu stellen.	1 (2,1)	30 (63,8)	6 (12,8)	5 (10,6)	1 (2,1)	7 (14,9)	16 (34,0)	14 (29,8)	6 (12,8)	2 (4,3)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient die vermittelten Infos zur Erkrankung und Behandlung auch wirklich versteht.	0 (0,0)	23 (48,9)	14 (29,8)	6 (12,8)	0 (0,0)	4 (8,5)	17 (36,2)	18 (38,3)	3 (6,4)	3 (6,4)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient sich mit seiner Erkrankung ernst genommen gefühlt hat.	2 (4,3)	31 (66,0)	7 (14,9)	3 (6,4)	0 (0,0)	9 (19,1)	27 (57,4)	5 (10,6)	2 (4,3)	2 (4,3)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient über seine Sorgen und Gefühle im Zusammenhang mit seiner Erkrankung sprechen konnte.	0 (0,0)	29 (61,7)	11 (23,4)	3 (6,4)	0 (0,0)	6 (12,8)	18 (38,3)	14 (29,8)	4 (8,5)	3 (6,4)
Die Intervention hat dazu beigetragen, dass der Patient Zuversicht gewonnen hat, seine Erkrankung bewältigen zu können.	1 (2,1)	17 (36,2)	18 (38,3)	5 (10,6)	2 (4,3)	7 (14,9)	16 (34,0)	17 (36,2)	3 (6,4)	2 (4,3)

Tabelle 39: Gesamtbewertung der Interventionsgespräche aus Behaltlersicht, Orthopädie. Anmerkung: Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte.

1. Organisation der Intervention

In der Abschlussbefragung der Behandler wurden Fragen zu Organisation der Intervention gestellt. In Tabelle 40 ist dargestellt, wie viele Behandler in den Kliniken an der Durchführung der Intervention beteiligt waren. In drei der Beteiligten Kliniken waren 4 bzw. 6 Behandler an der Intervention beteiligt, wobei jeweils mehr ärztliche als psychologische Behandler beteiligt waren. In einer Klinik wich die Anzahl der beteiligten Behandler stark ab: Hier waren 20 Behandler beteiligt.

Organisation der Intervention: An der Interventionsdurchführung beteiligte Behandler	N beteiligte Behandler	N beteiligte Berufsgruppen	
		Arzt	Psychologe
Orthopädie			
Klinik 1	6	4	1
Klinik 2	4	2	2
Psychosomatik			
Klinik 1	6	4	2
Klinik 2	20	12	8

Tabelle 40: Anzahl der an der Interventionsdurchführung beteiligten Behandler

Die Behandler wurden weiterhin gebeten, die vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen der Intervention zu bewerten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 41 zusammengefasst.

Evaluation der Intervention: Bewertung der vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen aus Behaltersicht	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	M (SD)
	Orthopädie						
Behalterschulung	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,25 (0,46)
Interventionsmanual	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,13 (0,35)
Telefoninterview	37,5%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	2,88 (2,59)
Psychosomatik							
Behalterschulung	12,5%	31,3%	25,0%	12,5%	6,3%	12,5%	3,25 (1,92)
Interventionsmanual	12,5%	50,0%	12,5%	6,3%	6,3%	12,5%	3,00 (1,97)
Telefoninterview	6,3%	37,5%	6,3%	0,0%	0,0%	50,0%	4,50 (2,61)

Tabelle 41: Bewertung der vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen zur Intervention aus Behaltersicht.

Anmerkung: Datenbasis: Angaben von N=10 Behaltern aus orthopädischen und N=16 Behaltern aus psychosomatischen Einrichtungen.

Es zeigte sich, dass die Behandler aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen die Behandlerschulung und das Interventionsmanual durchweg positiv bewerteten (100% der Befragten antworteten mit „sehr gut“ oder „gut“). Auch die Telefoninterviews wurden überwiegend positiv bewertet, allerdings bewerteten auch 25% der Befragten die Telefoninterviews als „ungenügend“. In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen fiel die Bewertung der vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen kritischer aus: Die Behandlerschulung wurde zwar von 43,8% der Behandler positiv (sehr gut oder gut) bewertet, gleichzeitig bewerteten aber auch 31,3% der Behandler die Schulung als ausreichend, mangelhaft oder gar ungenügend. Ein ähnliches Bild ergab sich auch hinsichtlich des Interventionsmanuals.

In Tabelle 42 sind die Angaben der Studienkoordinatoren zur Organisation der Intervention dargestellt. Neben Angaben zu den beteiligten Berufsgruppen bei den einzelnen Aufgaben im Rahmen der Interventionsorganisation wurden die Studienkoordinatoren auch um Angaben zur Art der Patientenrekrutierung gebeten. Die Studienkoordinatoren in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen gaben an, dass die Studienpatienten „immer“ oder „meistens“ vor Beginn der Rehabilitation angeschrieben wurden und nur „manchmal“ oder „selten“ auch vor Ort um eine Teilnahme gebeten wurden. In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen gaben 50% der Studienkoordinatoren an, dass Patienten „meistens“ vor der Rehabilitation angeschrieben wurden, 50% gaben jedoch auch an, dass die Patienten „meistens“ vor Ort rekrutiert wurden. Hinsichtlich der Machbarkeit der Studienorganisation gaben die Studienkoordinatoren aus beiden Diagnosegruppen überwiegend an, dass sowohl die Auswahl der Studienpatienten anhand medizinischer Vorbefunde, als auch das „Vorab“ Anschreiben der Patienten und die Zusendung der Studienunterlagen machbar waren. Ebenso stimmten die meisten Studienkoordinatoren der Aussage zu, dass der Empfang des „Rückmeldebogens“ per E-Mail funktioniert hat.

Als zeitlichen Aufwand für die Studienkoordination pro Patient gaben die Studienkoordinatoren in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen im Durchschnitt 40,75 Minuten an, wobei der Wert zwischen 10 Minuten und 60 Minuten variierte. In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen lag der Zeitaufwand für die Koordination pro Studienpatient im Mittel bei 47,50 Minuten.

Die Behandler wurden darüber hinaus bezüglich der für sie relevanten Organisationsaspekte der Intervention befragt. Tabelle 43 fasst die Ergebnisse zusammen. Hier zeigte sich, dass die meisten Behandler die organisatorischen Aspekte wie beispielsweise die interdisziplinäre Aufteilung positiv bewerteten. Es gab jedoch auch kritischere Einschätzungen, insbesondere zur Machbarkeit und zur Sinnhaftigkeit der Aufteilung der Intervention in mehrere Blöcke.

Organisation der Intervention: Bewertung aus Sicht der Studienkoordinatoren	Orthopädie					Psychosomatik				
	Arzt (%)	Psychologe (%)	Verwaltung (%)	Sonstige (%)		Arzt (%)	Psychologe (%)	Verwaltung (%)	Sonstige (%)	
Beteiligte Berufsgruppen (Mehrfachantworten möglich)	Arzt (%)	Psychologe (%)	Verwaltung (%)	Sonstige (%)		Arzt (%)	Psychologe (%)	Verwaltung (%)	Sonstige (%)	
Auswahl der Studienpatienten	100%	0%	25%	0%		100%	0%	0%	50%	
Versand oder Ausgabe der Studienunterlagen an Patienten	33,3%	0%	66,7%	0%		50%	0%	50%	50%	
Zuordnung der Studienpatienten zu den behandelnden Ärzten und Psychologen	100%	25%	25%	0%		100%	0%	0%	0%	
Empfang und Verteilen der Rückmeldebögen	66,7%	0%	66,7%	0%		50%	0%	0%	50%	
Ausgabe und Einsammeln der Arztbögen	66,7%	0%	33,3%	0%		50%	0%	0%	50%	
Ausgabe und Einsammeln der Dokumentationsbögen zur Intervention	66,7%	33,3%	66,7%	0%		50%	0%	0%	50%	
Ausgabe und Einsammeln der Patientenfragebögen zu Reha-Ende	66,7%	0%	33,3%	0%		50%	50%	0%	50%	
Versand der ausgefüllten Fragebögen an die AQMS	33,3%	0%	0%	0%		50%	0%	50%	50%	
Patientenrekrutierung	immer (%)	meistens (%)	manchmal (%)	selten (%)	nie (%)	immer (%)	meistens (%)	manchmal (%)	selten (%)	nie (%)
Mögliche Studienpatienten wurden vor Beginn der Rehabilitation angeschrieben	75%	25%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	0%
Mögliche Studienpatienten wurden vor Ort in der Klinik um eine Studienteilnahme gebeten	0%	0%	25%	75%	0%	0%	50%	50%	0%	0%
Machbarkeit der Studienorganisation	trifft voll zu (%)	trifft weitgehend zu (%)	teils/teils (%)	trifft kaum zu (%)	trifft gar nicht zu (%)	trifft voll zu (%)	trifft weitgehend zu (%)	teils/teils (%)	trifft kaum zu (%)	trifft gar nicht zu (%)
Die Auswahl von Studienpatienten vor Beginn der Rehabilitation an Hand medizinischer Vorbefunde war machbar	25%	75%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%
Das „Vorab“-Anschreiben der Patienten und die Zusendung der Studienunterlagen vor Beginn der Rehabilitation war machbar	50%	50%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Der Empfang des „Rückmeldebogens“ per E-Mail hat funktioniert	75%	0%	25%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Zeitlicher Aufwand für die Studienkoordination pro Patient	M=40,75 Minuten (SD=22,11) Min=10 Minuten Max=60 Minuten					M=47,50 Minuten (SD=17,68) Min=35 Minuten Max=60 Minuten				

Tabelle 42: Organisation der Intervention: Bewertung aus Sicht der Studienkoordinatoren. Anmerkung: Datenbasis: Angaben zur Studienorganisation von N=4 Behandlern/Studienkoordinatoren aus orthopädischen und N=2 Behandlern/Studienkoordinatoren aus psychosomatischen Einrichtungen. Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte.

Organisation der Intervention: Bewertung aus Behaltlersicht	Orthopädie						Psychosomatik					
	trifft voll zu (%)	trifft weitgehend zu (%)	teils/teils (%)	trifft kaum zu (%)	trifft gar nicht zu (%)	kann ich nicht beurteilen (%)	trifft voll zu (%)	trifft weitgehend zu (%)	teils/teils (%)	trifft kaum zu (%)	trifft gar nicht zu (%)	kann ich nicht beurteilen (%)
Die Zuordnung der Interventionspatienten zu den behandelnden Ärzten und Psychologen hat gut funktioniert	25,0%	62,5%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	25,0%	50,0%	6,3%	0,0%	0,0%	18,8%
Der Empfang bzw. das Verteilen der Rückmeldebögen hat gut funktioniert	25,0%	62,5%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	56,3%	31,3%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Die Aufteilung der Intervention auf Ärzte und Psychologen war sinnvoll	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	37,5%	18,8%	0,0%	12,5%	12,5%
Die interdisziplinäre Zusammen-arbeit von Ärzten und Psycho-logen war gut umsetzbar	62,5%	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	12,5%	18,8%	43,8%	18,8%	0,0%	12,5%	6,3%
Die Aufteilung der Intervention in mehrere Blöcke war sinnvoll	25,0%	25,0%	0,0%	12,5%	0,0%	37,5%	12,5%	18,8%	25,0%	12,5%	0,0%	31,3%
Die Aufteilung der Intervention in Blöcke war gut umsetzbar	25,0%	25,0%	12,5%	0,0%	12,5%	25,0%	12,5%	12,5%	31,3%	18,8%	0,0%	25,0%

Tabelle 43: Organisation der Intervention: Bewertung aus Behaltlersicht. Anmerkung: Datenbasis: Angaben von N=10 Behaltern aus orthopädischen und N=16 Behaltern aus psychosomatischen Einrichtungen.

2. Probleme und Eignung der Intervention für verschiedene Patientengruppen aus Behaltersicht

In Tabelle 44 sind die Antworten der Behandler zu Fragen nach Problemen in der Interventionsdurchführung und zur Eignung der Intervention für verschiedene Patientengruppen zusammengefasst.

Evaluation der Intervention: Probleme und Eignung der Intervention für verschiedene Patientengruppen aus Behaltersicht	Orthopädie		Psychosomatik	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie bei männlichen und weiblichen Patienten unterschiedlich vorgegangen sind?	N=0 (0,0%)	N=8 (100%)	N=0 (0,0%)	N=15 (93,8%)
Gab es „typische“ Probleme, die während der Interventionsdurchführung immer wieder aufgetreten sind? <i>Wenn ja: Welche Probleme sind aufgetreten?</i>	N=2 (25%)	N=5 (62,5%)	N=5 (31,3%)	N=10 (62,5%)
Hatten Sie den Eindruck, dass die Intervention für alle Patienten gleich gut geeignet ist? <i>Wenn nein: Für wen erschien Ihnen die Intervention besonders geeignet?</i>	N=4 (50%)	N=4 (50%)	N=5 (31,3%)	N=8 (50,0%)
	<p>Die Intervention erschien besonders geeignet für:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein Interesse seitens der Patienten (1) Andere Prioritäten seitens der Patienten (1) Patienten hatten bereits ein gutes Selbstmanagement (1) Handlungsplan wurde von den Patienten nicht mitgebracht (1) Überschneidung mit bereits besprochenen Themen anderer Kollegen (1) Patienten waren über die Studie wenig informiert (wussten nicht worum es geht) (1) Patienten fanden zusätzliche Termine unnötig (1) Notwendigkeit der Planung von Extraterminen (1) Symptomorientiertes Vorgehen entspricht nicht der eigenen Arbeitsweise (analytisches/tiefenpsychologisches Vorgehen) (1) <p>Die Intervention erschien weniger geeignet für:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten bei denen eher ressourcenorientiertes Arbeiten im Vordergrund stand (1) Patienten mit kurzer Erkrankungsdauer (1) Motivierte, aufgeschlossene Patienten (2) chronische Schmerzpatienten (1) Nicht-erwerbstätige Patienten mit langer Erkrankungsdauer (2) Chronische Krankheitsverläufe (1) Patienten mit Komorbiditäten (2) Gut informierte Patienten (1) Patienten mit hoher Eigenmotivation (1) Patienten mit anderen spezifischen „Baustellen“ (z.B. Trauma) (1) 			

Tabelle 44: Probleme und Eignung der Intervention für verschiedene Patientengruppen aus Behaltersicht. *Anmerkung:* Datenbasis: Angaben von N=10 Behandlern aus orthopädischen und N=16 Behandlern aus psychosomatischen Einrichtungen. Summen, die sich nicht zu 100% aufsummieren, sind das Resultat fehlender Werte. Die in Klammern aufgeführten Werte hinter den Freitextantworten (Kategorien) bezeichnen jeweils die Anzahl der Nennungen.

Alle Behandler gaben an, dass sie bei der Interventionsdurchführung keine Unterschiede zwischen Frauen und Männer gemacht haben. Die Mehrzahl der Behandler beider Diagnosegruppen gab zudem an, dass keine „typischen“ Probleme im Rahmen der Interventionsdurchführung aufgetreten sind. Von einigen Behandlern wurden jedoch auch konkrete Schwierigkeiten benannt, beispielsweise „kein Interesse seitens der Patienten“ oder „andere Prioritäten seitens der Patienten“.

Bei der Frage, ob die Intervention für alle Patienten gleich gut geeignet ist, waren sich die Behandler uneinig: In orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen antworteten 50% der Behandler mit „ja“, 50% mit „nein“. In psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen antworteten 31,3% der Behandler mit „ja“, 50% mit „nein“. Die Behandler gaben auch einige Erläuterungen dazu, für welche Patienten die Intervention ihrer Meinung nach gut bzw. weniger gut geeignet ist, jedoch ergab sich hier auch kein kohärentes Bild. Aus Sicht einiger Behandler ist die Intervention demnach beispielsweise besonders geeignet für Rehabilitanden, bei denen eher ressourcenorientiertes Arbeiten im Vordergrund steht, die eine kurze Erkrankungsdauer haben und die motiviert und aufgeschlossen sind. Andere Behandler gaben jedoch beispielsweise an, dass die Intervention gerade bei Patienten mit hoher Eigenmotivation weniger geeignet ist.

3. Gesamtbewertung der Intervention aus Behaltlersicht

In der Abschlussbefragung wurden die Behandler auch nach ihrer Gesamtbewertung der Intervention gefragt.

Tabelle 45 zeigt, dass es hinsichtlich der Gesamtbewertung deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen gab. Während die mittlere Bewertung der Behaltern aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen mit einem Wert von 1,88 im Bereich zwischen sehr gut und gut lag, lag die mittlere Bewertung der Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen mit einem Wert von 4,06 lediglich im Bereich „ausreichend“. Die Unterschiede in der Gesamtbewertung zwischen den einzelnen Kliniken sind auch in Abbildung 15 dargestellt.

Evaluation der Intervention: Gesamtbewertung aus Behaltlersicht	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	M (SD)
Orthopädie	25,0%	62,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,88 (0,64)
Psychosomatik	0,0%	18,8%	25,0%	6,3%	31,3%	18,8%	4,06 (1,48)

Tabelle 45: Gesamtbewertung der Intervention aus Behaltlersicht. Anmerkung: Datenbasis: Angaben von N=10 Behaltern aus orthopädischen und N=16 Behaltern aus psychosomatischen Einrichtungen.

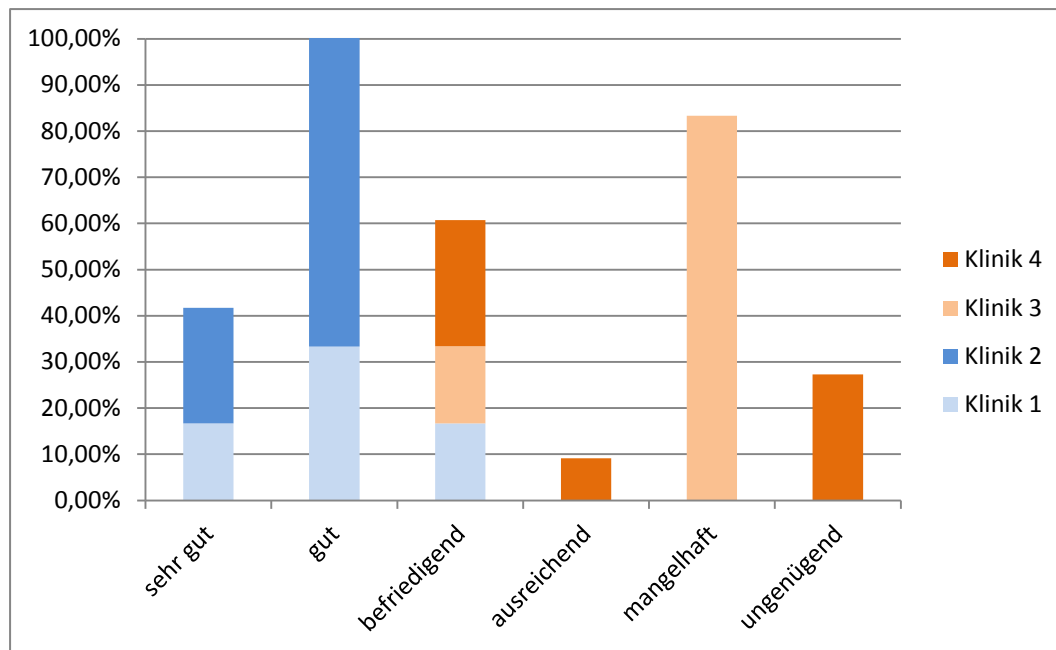


Abbildung 15: Gesamtbewertung der Intervention aus Behndlersicht. *Anmerkung:* Datenbasis: Angaben von N=10 Behndlern aus orthopädischen (blaue Balken) und N=16 Behndlern aus psychosomatischen (orange Banken) Einrichtungen.

4.5.4 Zusammenfassung

Die Intervention wurde durch Patienten- und Behandlerbefragungen umfangreich formativ evaluiert. Als Basis wurde – ausgehend von den Daten zu Reha-Beginn – zunächst eine umfassende Exploration und Deskription der patientenseitigen subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte, der Bewertung bislang erhaltener Informationen zur Erkrankung, Medikation und Rehabilitation sowie der bisherigen Krankheitsbewältigung vorgenommen. Die deskriptiven Auswertungen der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte zeigten eine beachtliche Varianz und Vielfalt in den Patientenvorstellungen auf. Die Werte waren dabei nicht extrem verteilt (einzige Ausnahme: alle Patienten gaben hohe Prozesserwartungen an die Rehabilitation an) und zeigten insgesamt Ähnlichkeiten mit Verteilungsmustern, die von anderen chronischen Erkrankungen bekannt und plausibel sind (vgl. Glattacker, 2006).

Um Hinweise auf die Effektivität der Intervention zu erhalten, wurden die Veränderungen in den untersuchten Konstrukten zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende untersucht. Hinsichtlich der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte zeigten sich signifikante Veränderungen bei den Patienten aus orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen, bei den Patienten in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen traten diesbezüglich keine Veränderungen auf. Hinsichtlich der Informationsbewertung zeigten sich in beiden Diagnosegruppen signifikante Veränderungen. Auch im Hinblick auf Krankheitsbewältigungsstrategien waren Effekte erkennbar.

Neben der Auswertung auf inhaltlicher Ebene wurden auch die Aussagen der Patienten zur Evaluation der Implementation und Akzeptanz der Intervention ausgewertet. Die Patienten berichteten über eine Vielzahl an Themenbereichen, die in den Interventionsgesprächen besprochen wurden. Die Gesamtbewertung der Intervention aus Patientensicht war überwiegend positiv – die Intervention stößt bei Patienten also auf Akzeptanz.

Von Seiten der Behandler wurde der Intervention überwiegend Machbarkeit attestiert. So gaben die Studienkoordinatoren sowohl der orthopädischen als auch der psychosomatischen Einrichtungen mehrheitlich an, dass die wesentlichen vorab definierten Eckpunkte der Interventionsorganisation und -durchführung wie z.B. die Vorab-Auswahl der Studienpatienten anhand medizinischer Vorbefunde, der Empfang des Rückmeldebogens in der Klinik, die Aufteilung der Intervention auf Ärzte und Psychologen und die Organisation von Interventionsblöcken in den Kliniken gut umsetzbar waren.

Wichtige Ergebnisse ergaben sich auch im Hinblick auf Implementationsaspekte: Die Bewertung von implementationsbegleitenden Maßnahmen, wie z.B. der Schulung zur Intervention, war in den beiden Diagnosegruppen sehr unterschiedlich. Die Intervention wurde in beiden Indikationen in einem Teil der Fälle in die regulär vorgesehene Therapiezeit integriert, zu einem Großteil jedoch auch in zusätzlichen Gesprächen umgesetzt. Auch der Einfluss der Intervention auf verschiedene Aspekte der Patient-Behandler-Interaktion wurde von den Behandlern beider Indikationen überwiegend positiv bewertet. Die Behandlerbefragung zur Intervention konnte somit insgesamt positive Ergebnisse zur Machbarkeit der Intervention nachweisen und wichtige Hinweise auf Unterschiede in der Implementation geben. Hinsichtlich der Akzeptanz zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Indikationen. Die Gesamtbewertung der Intervention fiel in den orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen sehr positiv aus, in der Psychosomatik standen die Behandler der Intervention insgesamt kritisch gegenüber.

5. Gesamtdiskussion und Ausblick

Die Hauptanliegen des Projekts waren, (1) die im Rahmen des Vorgängerprojekts „SubKon“ entwickelte Intervention weiterzuentwickeln und (2) detaillierte Hinweise zu Implementation, Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention zu erhalten. Dazu wurden vier Unterziele definiert:

In der Vorstudie stand die Entwicklung eines Assessmentinstruments zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung im Zentrum. Es konnte für beide Diagnosegruppen ein umfassender, diagnosespezifischer Itempool zur differenzierten Erfassung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung vor, während und nach der Rehabilitation entwickelt werden. Besonderheiten des neu entwickelten Fragebogens im Gegensatz zu anderen Coping-Instrumenten sind die theoretische Basis des CSM, die Verknüpfung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens (action plans) mit handlungsleitenden Zielen sowie die Erfassung der Zielerreichung (appraisal) in einem Instrument, was so, unseres Wissens nach, bislang mit keinem anderen Instrument möglich ist.

Die neu entwickelten Instrumente wurden anschließend in einem Pretest hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften untersucht. Dabei zeigte sich, dass für den Fragebogen der Diagnosegruppe „Chronische Rückenschmerzen“ eine Skalenbildung möglich war. Für den Fragebogen der Diagnosegruppe „Depressive Störungen“ hingegen war keine Skalenbildung sinnvoll. Auf Ebene der Einzelitems zeigten sich jedoch zufriedenstellende Verteilungseigenschaften. Insgesamt liegt unseres Erachtens eine wesentliche Stärke des Fragebogens in der Struktur und Formulierung seiner Items. Bei einer Aggregation der Items zu Skalen kommt es für Interventionen wie die im Folgenden dargestellte SELF-Intervention zu einem Informationsverlust, weshalb die Bewältigungsstrategien im Rahmen der SELF-Intervention auf der Ebene der einzelnen Strategien berücksichtigt und nicht in Skalen zusammengefasst wurden.

In der Hauptstudie des Projekts wurden zunächst die Interventionsmodule und der Rückmeldebogen aus dem Vorgängerprojekt in einem mehrstufigen Prozess weiterentwickelt. Durch die Ergebnisse von Literaturrecherchen und Expertengruppen konnten entscheidende Hinweise für die Weiterentwicklung gewonnen werden. Das Konzept der SELF-Intervention wurde in einem Interventionsmanual detailliert beschrieben. Die Implementation der Intervention in vier Rehabilitationskliniken wurde durch Behandlerschulungen und Telefoninterviews begleitet.

Abschließend wurde die Intervention formativ evaluiert. Aus der qualitativen und quantitativen Evaluation der Intervention liegen vielfältige Hinweise zur Implementation, Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention vor. Hinsichtlich der Implementation zeigte sich,

dass einige Punkte gelungen umgesetzt werden konnten, dass aber auch noch Implementationsbarrieren bestehen.

Nach Grol und Grimshaw (2003) treten Implementationsbarrieren auf verschiedenen Ebenen auf: Auf organisationaler Ebene, auf der sozialen Ebene und auf individueller Ebene. Die Ergebnisse der Evaluation aus beiden Zugangswegen (qualitativ und quantitativ) ergänzen sich hier zu einem stimmigen Bild. Insgesamt konnten auf den verschiedenen Ebenen sechs zentrale Erkenntnisse gewonnen werden:

1. Implementationsbarrieren auf organisationaler Ebene wurden erfolgreich berücksichtigt

Die Evaluation der Intervention hat gezeigt, dass die Intervention im Hinblick auf organisatorische Gesichtspunkte von den Behandlern als durchführbar eingeschätzt wird. Zwar sind die benötigten zeitlichen Ressourcen für die Intervention und deren Evaluation erheblich, dennoch scheint es, dass die im Rahmen der Interventionsimplementation eingesetzten multiplen vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen (Schulungen, Telefoninterviews, Einsatz eines Studienkoordinators) einen organisatorisch gut funktionierenden Interventionsablauf ermöglicht und unterstützt haben.

2. Implementationsbarrieren auf persönlicher Ebene spielen eine wichtige Rolle

Während die Evaluation, wie auch oben schon beschrieben, positive Ergebnisse hinsichtlich der Implementierbarkeit der Intervention auf organisatorischer Ebene aufgezeigt hat, zeigten sich auf anderen Ebenen noch Barrieren für eine erfolgreiche Implementation. Insbesondere auf der individuellen Ebene spielen Einstellungen und Wissen eine große Rolle (vgl. auch Grol & Grimshaw, 2003). In unserer Evaluation zeigte sich, dass behandlerbezogene Merkmale, wie z.B. das subjektive Behandlungskonzept der Behandler oder auch das Grundverständnis der Intervention auf Behandlerseite immens wichtige Einflussfaktoren für die Implementation der Intervention, für die Nutzeinschätzungen und für die Bewertung der Intervention (Akzeptanz) durch die Behandler waren. So bewerteten Behandler, deren subjektives Behandlungskonzept Diskrepanzen zum Behandlungsrationale der Intervention aufwies, die Intervention insgesamt negativer und als weniger nützlich. Diese Behandler-einschätzungen hatten auch Einfluss auf die Bewertung der Patienten. Patienten in der Psychosomatik, wo die Behandler der Intervention insgesamt kritischer gegenüberstanden, berichteten häufiger, dass Themenbereiche der Intervention nicht besprochen wurden und auch auf der Ebene interventionsnaher Outcomes (z.B. Veränderungen des subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepts oder des eingesetzten Bewältigungsstrategierepertoires) konnten hier weniger Veränderungen festgestellt werden als bei den Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Auch die Zufriedenheit mit den in den Interventionsgesprächen besprochenen Themen fiel bei den Patienten aus den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen geringer aus als bei den Patienten in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen. Neben diesen Behandler-einschätzungen kann auch der wahrgenommene Neuigkeitswert der Intervention als Einflussfaktor auf die Akzeptanz- und

Nutzenbewertungen diskutiert werden. Aus Sicht der Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen war der Interventionsansatz unter Umständen weniger innovativ, sodass in ihrer Wahrnehmung keine entscheidenden Effekte zu erwarten waren.

3. Implementationsbarrieren beeinflussen die Nutzeneinschätzung und die Akzeptanz der Intervention

Sowohl in der qualitativen, als auch in der quantitativen Evaluation wurde deutlich, dass Patienten und Behandler die Intervention in vielerlei Hinsicht als sinnvoll und nützlich erlebten. Zentrale Aspekte der Intervention wie z.B. der Rückmeldebogen oder das Patientenarbeitsblatt wurden dabei besonders herausgehoben. In beiden Evaluationsformen zeigten sich jedoch auch deutliche Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen, wobei sich hier Zusammenhänge mit den beschriebenen Implementationsbarrieren auf persönlicher Ebene vermuten lassen. Die qualitative Evaluation zeigte beispielsweise Unterschiede in Hinblick auf die Einschätzung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen oder der Integrierbarkeit in den Arbeitsalltag. Behandler aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen äußerten sich dabei insgesamt kritischer. Auch aus der quantitativen Erhebung zeigten sich ähnliche Ergebnisse: Die Gesamtbewertung der Intervention, aber auch die Bewertung von einzelnen Interventionsaspekten fiel auch hier für die Indikation Psychosomatik schlechter aus als für die Indikation Orthopädie.

4. Die Ergebnisse des SELF-Projekts tragen zu einem vertieften Verständnis der Ergebnisse des Vorgänger-Projekts SubKon bei

Während im SubKon-Projekt im Rahmen einer summativen Evaluation der Intervention der Fokus auf den distalen Outcome-Kriterien lag, erfolgte die Evaluation im SELF-Projekt interventionsnäher. Das Projekt SELF lieferte damit auch wichtige Hintergrundinformationen zur Bewertung der im Vorgängerprojekt SubKon erzielten Ergebnisse: Im SubKon-Projekt wurden für Rehabilitanden in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen deutlichere Effekte evident als in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Interpretiert man die Ergebnisse nun vor dem Hintergrund der SELF-Ergebnisse, muss man auch die größere Rolle der Implementationsbarrieren in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen in den Blick nehmen.

5. Die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf inhaltliches Weiterentwicklungspotential der Intervention

Für eine zukünftige Implementation der SELF-Intervention sind u.E. insbesondere die Implementationsbarrieren auf der „persönlichen Ebene“ stärker zu berücksichtigen und noch gezielter aufzufangen. Weiterentwicklungspotential bestünde beispielsweise im Hinblick auf die Überprüfung und Anpassung des Interventionskonzepts hinsichtlich tiefenpsychologisch oder psychodynamisch orientierter Therapieansätze.

6. Die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf Weiterentwicklungspotentiale im Hinblick auf das Forschungsdesign

Wenngleich die Flexibilität der Intervention im Hinblick auf Klinikspezifika gewollt war und sicherlich zu höherer Machbarkeit und Akzeptanz führt, bringt sie gleichzeitig das Problem der fraglichen Treatmentreinheit mit sich. Diesem Aspekt könnte durch alternative Forschungsdesigns (z.B. Videogestützte Evaluation, Studien-Psychologen) Rechnung getragen werden.

Abschließend muss angemerkt werden, dass bei der Interpretation der dargestellten Befunde sowohl im Hinblick auf die Interventionsentwicklung und –implementation als auch im Hinblick auf methodische Aspekte der Interventionsevaluation verschiedene Limitationen berücksichtigt werden müssen. Mit Blick auf die Interventionsentwicklung- und –evaluation ist die durchgeführte Behandlerschulung mit einer Dauer von etwa vier Stunden pro Klinik als eher kurz zu bewerten. Im Vergleich zum Vorgängerprojekt SubKon, in dem die Schulung noch kürzer (etwa 3 Stunden pro Klinik) durchgeführt wurde, ist dies zwar schon eine Verbesserung, dennoch berichten vergleichbare Studien von deutlich längeren Trainingsdauern (z.B. de Ridder, Theunissen & van Dulmen, 2007; Theunissen, de Ridder, Bensing & Rutten, 2003), und ein aktuelles Review zur Effektivität von Kommunikationstrainings für Ärzte zeigt, dass Trainings, die mindestens einen Tag dauern, deutlich effektiver sind als kürzere Trainings (vgl. Berkhof, van Rijssen, Schellart, Anema & van der Beek, 2011). Berücksichtigt werden muss weiterhin, dass an der Interventionsdurchführung in den Kliniken unterschiedlich viele Behandler beteiligt waren. Obwohl intendiert war, dass jeder Behandler mit mindestens 5 Rehabilitanden die Intervention durchführt, konnte dies aufgrund von klinikinternen Regelungen und Abläufen nicht immer gewährleistet werden. Daher könnten auch Unterschiede in der Übung oder Routine der Behandler mit der Intervention einen Einfluss auf die Ergebnisse der formativen Evaluation gehabt haben. Grundsätzlich ist kritisch zu diskutieren, dass durch den Einbezug von nur 2 Kliniken pro Indikation keine Repräsentativität der Ergebnisse gewährleistet werden kann. Es hat sich vielmehr gezeigt, dass die Ergebnisse sich zwischen den einzelnen Kliniken stark unterscheiden und daher nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Gegebenheiten klinikbezogen zu interpretieren sind.

Im Rahmen dieser Studie, in der der Fokus auf einer formativen Evaluation lag, konnte keine summative Evaluation realisiert werden. Die Veränderungen in den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten, in der Informationsbewertung und im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung können aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe nicht eindeutig als Effekte der Intervention interpretiert werden. Eine Untersuchung der Interventionseffekte in einer weiteren Studie wäre daher lohnend und wünschenswert.

6. Literatur

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379–387. doi:10.1037/0278-6133.27.3.379
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J. M., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling, 84*(2), 152–162. doi:10.1016/j.pec.2010.06.010
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T. (2008). Treatment appraisals and beliefs predict adherence to complementary therapies: A prospective study using a dynamic extended self-regulation model. *British Journal of Health Psychology, 13*(4), 701–718. doi:10.1348/135910707X249570
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 17–23.
- Cargo, M., & Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annual Review of Public Health, 29*, 325–350. doi:10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824
- Colucci, E. (2007). “Focus Groups Can Be Fun”: The Use of Activity-Oriented Questions in Focus Group Discussions. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1422–1433. doi:10.1177/1049732307308129
- Curran, C., Williams, A., & Potts, H. W. W. (2009). Cognitive-behavioral therapy for persistent pain: does adherence after treatment affect outcome? *European Journal of Pain London England, 13*(2), 178–188.
- De Ridder, D., Theunissen, N. C. M., & van Dulmen, S. M. (2007). Does training general practitioners to elicit patients’ illness representations and action plans influence their communication as a whole? *Patient Education and Counseling, 66*(3), 327–336.
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2012). Taking into account patients’ communication preferences: Instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Education and Counseling, 86*(1), 41–48. doi:10.1016/j.pec.2011.04.012
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain, 148*(3), 398–406.
- Friese, S. (2012). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. Sage Publications Ltd.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *F-SozU - Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Hogrefe Testzentrale.

- Gaab, J., & Ehlert, U. (2005). *Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom* (1., Aufl.). Hogrefe-Verlag.
- Geissner, E. (2001). *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Glattacker, M. (2006). *Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation*. Tönning: Der Andere Verlag.
- Glattacker, M., Bengel, J., & Jäckel, W. H. (2009). Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(4), 158–169. doi:10.1026/0943-8149.17.4.158
- Glattacker, M., Gülich, M., Farin, E., & Jäckel, W. H. (2007). Vertrauen in den Arzt („VIA“) - Psychometrische Testung der deutschen Version der „Trust in Physician Scale“. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 17(03), 141–148.
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2009a). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. *Die Rehabilitation*, 48, 345–353.
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2009b). Wie bewerten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und depressiven Störungen ihre Informationen zu Krankheit und Rehabilitation? In *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (pp. 83–84).
- Glattacker, M., Opitz, U., & Jäckel, W. H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 15(2), 367–387. doi:10.1348/135910709X466315
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225–1230.
- Hafen, K., Bengel, J., & Nübling, R. (2006). Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. In R. Nübling, F. A. Muthny, & J. Bengel, *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (pp. 141–160). Bern: Hans Huber.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz Test.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A., & Schaffner, L. (1991). *BEFO - Berner Bewältigungsformen*. Hogrefe Testzentrale.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1–24.
- Klauer, T., & Filipp, S.-H. (1993). *TSK - Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung*. Hogrefe Testzentrale.

- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, *33*(1), 159. doi:10.2307/2529310
- Leventhal, H., Benyamini, Y., & Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 155–188). Amsterdam: Harwood Academic.
- Leventhal, H., Brisette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*. (pp. 42–65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19–48). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Oxford: Pergamon.
- Lu, C.-J., & Shulman, S. W. (2008). Rigor and flexibility in computer-based qualitative research: Introducing the Coding Analysis Toolkit. *International Journal of Multiple Research Approaches*, *2*(1), 105–117. doi:10.5172/mra.455.2.1.105
- Mahler, C., Jank, S., Hermann, K., Horne, R., Ludt, S., Haefeli, W. E., & Szecsenyi, J. (2009). Psychometric properties of a German version of the “Satisfaction with Information about Medicines Scale” (SIMS-D). *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *12*(8), 1176–1179. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00575.x
- Mangels, M., Schwarz, S., Sohr, G., Holme, M., & Rief, W. (2009). Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS). *Diagnostica*, *55*(2), 84–93. doi:10.1026/0012-1924.55.2.84
- Mannion, A. F., Junge, A., Fairbank, J. C. T., Dvorak, J., & Grob, D. (2006). Development of a German version of the Oswestry Disability Index. Part 1: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *European Spine Journal*, *15*(1), 55–65.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (10th ed.). Weinheim: Beltz.
- Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(5), 469–478. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.12.004
- Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health*, *19*(1), 29–49. doi:10.1080/0887044031000141199

- Michie, S., Johnston, M., Francis, J. J., Hardeman, W., & Eccles, M. P. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology, 57*(4), 660–680.
- Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychology, 29*(1), 1–8. doi:10.1037/a0016939
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-12 - Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Hogrefe Testzentrale.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1–16.
- Muhr, T. (2007). ATLAS.ti (Version 5.2.0). Berlin: Scientific Software Development GmbH. Retrieved from <http://www.atlasti.com>
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Hogrefe Testzentrale.
- Nicholas, M. K., Asghari, A., Corbett, M., Smeets, R. J. E. M., Wood, B. M., Overton, S., ... Beeston, L. (2012). Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? *European Journal of Pain (London, England), 16*(1), 93–104. doi:10.1016/j.ejpain.2011.06.005
- Opitz, U., Glattacker, M., Bengel, J., & Jäckel, W. H. (2008). Der “Beliefs about Medicines Questionnaire” (BMQ© R Horne) - Übersetzung und erste methodische Prüfung an Patienten mit Fibromyalgie (Vol. 77, pp. 99–100). Presented at the 17. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung vom 3. bis 5. März in Bremen, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.).
- Pfingsten, M., Leibing, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., & Hildebrandt, J. (1997). Erfassung der „fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen. *Der Schmerz, 11*(6), 387–395. doi:10.1007/s004820050114
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians’ communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians’ use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology, 17*(2), 244–257. doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x
- Reichert, M., & Perrez, M. (1993). *UBV - Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf*. Hogrefe Testzentrale.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*(2), 216–269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216

- Sniehotta, F. F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U., & Völler, H. (2005). Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(4), 244–255. doi:10.1207/s15327558ijbm1204_5
- Ströbl, V., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., & Faller, H. (2007). Hinweise zur Erstellung eines Schulungsmanuals. Universität Würzburg, Zentrum Patientenschulung, Würzburg, Germany.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*(1), 2–30. doi:10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Theunissen, N. C. M., de Ridder, D. T. D., Bensing, J. M., & Rutten, G. E. H. M. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or action plans concerning adherence. *Patient Education and Counseling, 51*, 247–258.
- Verra, M. L., Angst, F., Lehmann, S., & Aeschlimann, A. (2006). Translation, cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D). *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society, 7*(5), 327–336. doi:10.1016/j.jpain.2005.12.005
- Wilmers, A. (2012). Gruppenmoderation - Gekonnt steuern und moderieren (Skript zum Workshop).

7. Projektbeteiligte

Projektverantwortliche

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) am Universitätsklinikum Freiburg
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. W.H. Jäckel), Engelberger Str. 21, 79106 Freiburg

Projektleiterin:

Dr. Manuela Glattacker E-Mail: manuela.glattacker@uniklinik-freiburg.de

Projektmitarbeiterinnen:

Dipl. Psych. Katja Heyduck E-Mail: katja.heyduck@uniklinik-freiburg.de

Dipl. Psych. Teresa Jakob E-Mail: teresa.jakob@uniklinik-freiburg.de

Kooperationskliniken

Wir danken herzlich den Kooperationskliniken, die uns im Rahmen des Projekts unterstützt haben:

Indikation Muskuloskeletale Erkrankungen	
Rehabilitationsklinik Frankenhausen DRV-Bund, Orthopädie	06567 Bad Frankenhausen
Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet	97708 Bad Bocklet
Universitäts-Reha-Klinik, Rheumaklinik Bad Wurzach	88410 Bad Wurzach
Waldburg-Zeil Kliniken, Klinik im Hofgarten	88339 Bad Waldsee
Klinik Porta Westfalica Zentrum für AHB- und Reha	32547 Bad Oeynhausen
Argental-Klinik	88316 Isny
Fachklinik Herzogenaurach Rehabilitationszentrum Herzogenaurach	91074 Herzogenaurach
Sankt Rochus Kliniken	76669 Bad Schönborn
Rehabilitationsklinik "Moorbad" Bad Doberan	18209 Bad Doberan
Edith-Stein-Fachklinik	76887 Bad Bergzabern
KMG Elbtalklinik Bad Wilsnack	19336 Bad Wilsnack
HELIOS Rehasentrum - Bad Berleburg Baumrainklinik	57319 Bad Berleburg
Indikation Psychosomatik	
Rehabilitationsklinik Frankenhausen DRV-Bund, Psychosomatik	06567 Bad Frankenhausen
Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet	97708 Bad Bocklet
Celenus Klinik Schömburg	75328 Schömburg
De Ignis Fachklinik GmbH	72227 Egenhausen
Heinrich-Heine-Klinik KG	14476 Potsdam
Vogelsbergklinik	36355 Grebenhain
Rehabilitationsklinik "Garder See"	18276 Lohmen
Inntal-Klinik	84359 Simbach am Inn

8. Vorträge und Publikationen

Über das Gesamtprojekt bzw. Projektergebnisse aus den Projekten SubKon und SELF wurde bzw. wird im Rahmen der folgenden Veranstaltungen bzw. Publikationen berichtet:

Kongressbeiträge

*Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Die Bewertung einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation aus Sicht der Behandler: Ergebnisse zum Nutzen und zur Machbarkeit in der Klinikroutine DRV-Schriften, 2012; 98: 143-144 (21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium/ Hamburg/ DRV Bund, DRV Nord), Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg).

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation bei Patienten mit Depression – wer profitiert? German Medical Science GMS Publishing House, 2013 (online) (12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung / Berlin / DNVF).

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation- Wer profitiert? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken? DRV-Schriften, 2013 (101): 333-335 (22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?/Mainz/ DRV-Bund), DRV Bund (Hrsg).

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Führt eine bedarfsgerechte Patienteninformation zu einer verbesserten patientenseitigen Informationsbewertung? Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation bei Patienten mit Depression 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, 23.-25.10.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocFV11-32, 2013 (online) (12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung / Berlin / DNVF).

Heyduck K, Jakob T, Nagl M, Glattacker M: Entwicklung und Implementation einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und Depression INSIDE Research Reports, 2013: 37-38 (11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie/Luxembourg/Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie), Université du Luxembourg, INSIDE (Hrsg).

Heyduck K, Glattacker M: Review of a Common Sense Model-based patient information intervention in the context of rehabilitation 2013 (27th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux, Frankreich).

* Da die Projekte SubKon (Förderung in der ersten Förderphase des Förderschwerpunkts) und SELF (aktuelles Projekt) aufeinander aufbauen, beziehen sich manche Vorträge und Publikationen auch auf Daten aus dem SubKon-Projekt bzw. auf beide Projekte. Beiträge, die sich auf Daten aus dem SubKon-Projekt beziehen, sind mit einem Stern gekennzeichnet. **Bei den aufgeführten Beiträgen handelt es sich um Beiträge, die im aktuellen Förderzeitraum / nach Erreichung des SubKon-Abschlussberichts entstanden sind.**

Jakob T, Heyduck K, Nagl M, Glattacker M: Vorstellung des multimethodal entwickelten Fragebogens "Krankheitsbewältigung - Ziele und Bewertung" INSIDE Research Reports, 2013: 63-64 (11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie/Luxembourg/Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie), Université du Luxembourg, INSIDE (Hrsg).

Heyduck K, Jakob T, Glattacker M: Krankheitsbewältigung bei Depression: Strategien, Ziele und Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation DRV-Schriften, 2014; 103: 462-464 (23. Reha-Kolloquium/Karlsruhe/10.03.2014/DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DGRW).

Jakob T, Heyduck K, Glattacker M: Strategien von chronischen Rückenschmerzpatienten im Umgang mit ihrer Erkrankung vor und nach einer Rehabilitation DRV-Schriften, 2014; 103: 362-364 (23. Reha-Kolloquium/Karlsruhe/11.03.2014/DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DGRW).

Vorträge ohne Abstracts

Glattacker M, Heyduck K, Nagel M: Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten 2013 (2. Tag der Versorgungsforschung/Freiburg/IMBI).

Glattacker M, Heyduck K, Meffert C, Nagl M: Patientenorientierung in der Versorgungsforschung - aktuelle Projektbeispiele 2013 (Forschungskonferenz Reha-Psychologie).

Heyduck K, Jakob T, Glattacker M: SELF: Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten 2013 (Workshop zum Förderschwerpunkt: "Versorgungsnaher Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung").

Publikationen

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – evaluation of an intervention for patients with chronic back pain Patient Educ Couns, 2012; 86: 378-389. : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.028>

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression J Health Psychol, 2013; 18 (1): 139-152. : <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311433907>

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcome in chronic back pain J Rehabil Med, 2013; 45: 268-276. : <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1104>

Glattacker M, Heyduck K, Nagl M, Jakob T: Entwicklung des Fragebogens „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ und erste psychometrische Prüfung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, under review.

*Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – the evaluation of an intervention for patients with depression J Clin Psychol Med Settings, under review.

*Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Illness and treatment perceptions of patients with chronic low back pain: Characteristics and relation to individual, disease and interaction variables J Clin Psychol Med Settings, under review.

Buchbeiträge

Glattacker M: Methoden der Erfassung von Krankheitsvorstellungen In: Hoefert, H-W & Brähler, E (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie, 1. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2013; 73-94.

9. Anlagen

A. Kurzfassung

Projektinformationen

Projektleiterin	Dr. Manuela Glattacker
Kontaktadresse	Universitätsklinikum Freiburg Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin Engelberger Str. 21, 79106 Freiburg
E-Mail	manuela.glattacker@uniklinik-freiburg.de
Laufzeit	01.05.2011 bis 30.06.2014
Mitarbeiterinnen	Dipl. Psych. Katja Heyduck, Dipl. Psych. Teresa Jakob

Publikationen im Förderzeitraum

¹ basierend auf den Daten des SELF-Projekts, ² basierend auf den Daten des Vorgängerprojekts SubKon

¹Glattacker M, Heyduck K, Nagl M, Jakob T: Entwicklung des Fragebogens „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ und erste psychometrische Prüfung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, under review.

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – the evaluation of an intervention for patients with depression J Clin Psychol Med Settings, under review.

^{1 2}Glattacker M: Methoden der Erfassung von Krankheitsvorstellungen In: Hoefert, H-W & Brähler, E (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie, 1. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2013; 73-94.

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcome in chronic back pain J Rehabil Med, 2013; 45: 268-276.

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression J Health Psychol, 2013; 18 (1): 139-152.

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – evaluation of an intervention for patients with chronic back pain Patient Educ Couns, 2012; 86: 378-389.

²Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Illness and treatment perceptions of patients with chronic low back pain: Characteristics and relation to individual, disease and interaction variables J Clin Psychol Med Settings, under review.

Indikationen Chronische Rückenschmerzen, Depressive Störungen

Themen Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation von Patienten mit chronischen Krankheiten

Kurzbeschreibung

Hintergrund und Ziel: Ziel der Studie war es, auf der Basis aller zentralen kognitiven Aspekte des Common Sense-Selbstregulationsmodells (CSM) (=1. Krankheits- und Behandlungskonzepte, 2. Bewältigungsverhalten und 3. Bewertung des Bewältigungsverhaltens) Ansatzpunkte zur Förderung der Selbstregulation zu erarbeiten und darauf die vom Behandler zu vermittelnden Informationen über Krankheit und Behandlung abzustimmen.

Fragestellungen: Die primären Hypothesen waren, dass (1) auf Basis des CSM Interventionsmodule entwickelt werden können, die patienten- und behandlerseitig auf Akzeptanz stoßen und (2) dass Voraussetzungen für eine machbare Implementation der Intervention herausgearbeitet werden können. Als Unterziele wurden dabei a) die Entwicklung und psychometrische Prüfung eines Assessmentinstruments zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung, b) die Weiterentwicklung der Interventionsmodule und des Rückmeldebogens aus dem Vorgängerprojekt sowie c) die formative Evaluation der Intervention definiert.

Methoden: Zunächst wurde im Rahmen einer Vorstudie ein Assessmentinstrument zur Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung mit Hilfe von Patienten- und Behandlerfokusgruppen und Literaturanalysen entwickelt und psychometrisch geprüft. Zur Weiterentwicklung der Interventionsmodule wurden neben Literaturrecherchen Expertengruppen mit Behandlern durchgeführt. Die Intervention wurde in zwei orthopädischen und zwei psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen implementiert. Ein Interventionsmanual, Behandler Schulungen und Telefoninterviews unterstützten und begleiteten die Implementation. Die Telefoninterviews mit N=16 teilnehmenden Behandlern stellten gleichzeitig einen ersten Schritt der formativen Evaluation der Intervention dar. In einem zweiten Schritt wurden leitfadengestützte Interviews mit Behandlern (N=15) und Rehabilitanden (N=17) durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an den qualitativ-inhaltsanalytischen Ansatz von Mayring (2008) mithilfe der Analysesoftware Atlas.ti (Muhr, 2007). Des Weiteren wurde eine Fragebogenerhebung mit N=88 RehabilitandInnen durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch N=27 teilnehmende Behandler mittels Fragebogen befragt. In einem Dokumentationsbogen zur Intervention dokumentierten und bewerteten sie die Intervention für jeden einzelnen Patienten. Am Ende der Studienphase füllten sie zudem noch einen Abschlussfragebogen zur Gesamtbewertung der Intervention aus.

Ergebnisse: Im Rahmen der Vorstudie konnte für beide Diagnosegruppen ein umfassender, diagnosespezifischer Itempool zur differenzierten Erfassung des patientenseitigen Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung vor, während und nach der Rehabilitation entwickelt werden. Die neu entwickelten Instrumente wurden in einem Pretest hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften untersucht. Dabei zeigten sich in beiden Diagnosegruppen zufriedenstellende Verteilungseigenschaften sowie eine gute

patientenseitige Akzeptanz. In der Hauptstudie des Projekts wurden zunächst die Interventionsmodule und der Rückmeldebogen aus dem Vorgängerprojekt in einem mehrstufigen Prozess weiterentwickelt. Durch die Ergebnisse von Literaturrecherchen und Expertengruppen konnten entscheidende Hinweise für die Weiterentwicklung gewonnen werden. Das Konzept der SELF-Intervention wurde in einem Interventionsmanual detailliert beschrieben. Die Intervention wurde in vier Kliniken implementiert. Aus der qualitativen und quantitativen Evaluation der Intervention liegen vielfältige Hinweise zur Implementation, Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention vor.

Diskussion: Die Ergebnisse der Evaluation aus beiden Zugangswegen (qualitativ und quantitativ) ergänzen sich zu einem stimmigen Bild. Insgesamt konnten sechs zentrale Erkenntnisse gewonnen werden: 1) Implementationsbarrieren auf organisationaler Ebene wurden erfolgreich berücksichtigt, 2) Implementationsbarrieren auf persönlicher Ebene spielen eine wichtige Rolle, 3) Implementationsbarrieren beeinflussen die Nutzeinschätzung und die Akzeptanz der Intervention, 4) die Ergebnisse des SELF-Projekts tragen zu einem vertieften Verständnis der Ergebnisse des Vorgänger-Projekts SubKon bei, 5) die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf inhaltliches Weiterentwicklungspotential der Intervention und 6) die Ergebnisse des SELF-Projekts liefern Hinweise auf Weiterentwicklungspotentiale im Hinblick auf das Forschungsdesign.

B. Erfolgskontrollbericht

Förderkennzeichen 0421 – FSCP – Z032

1. Beitrag des Ergebnisses zu den förderpolitischen Zielen des Förderprogramms

Das Projekt SELF setzt – wie im Abschlussbericht beschrieben – das Projekt „Bedarfsgerechte Patienteninformation auf der Basis subjektiver Konzepte“ (SubKon) fort. Die beiden Projekte sind insofern im Hinblick auf die hier bearbeiteten Fragestellungen ähnlich zu bewerten: Wie schon mit dem SubKon-Projekt wurde mit SELF eine Projektidee umgesetzt, die eine hohe Passung zu den förderpolitischen Zielen des Förderschwerpunkts „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ aufweist. Sowohl die Thematik des Projekts als auch verschiedene methodische Aspekte waren in hohem Maße patientenorientiert. So wurden die Patienten z.B. durch die Nutzung von Fokusgruppen an der Entwicklung des im Rahmen des Projekts entwickelten Fragebogens beteiligt, und die Evaluation der Intervention erfolgte sowohl aus Behandler- als auch aus Patientenperspektive.

Das Anliegen der Projekte SubKon und SELF war es darüber hinaus, eine explizit patientenorientierte Intervention zu entwickeln, mit der die Selbstregulation der Rehabilitanden gefördert werden kann. Kern der Intervention waren die patientenseitigen Vorstellungen und Überzeugungen hinsichtlich Krankheit und Behandlung sowie das bisherige patientenseitige Bewältigungsverhalten. Dass es damit gelungen ist, in der Intervention ein hohes Maß an Patientenorientierung abzubilden, lässt sich aus den Evaluationsergebnissen ableiten. So waren die Behandler, welche die Intervention durchführten, der Ansicht, dass die Intervention dazu beigetragen hat, dass der Patient seine persönlichen Ansichten und Vorstellungen zu Krankheit, Medikamenten und Reha in die Behandlung einbringen konnte oder dass die Intervention dazu beigetragen hat, dass der Patient sich mit seiner Erkrankung ernst genommen gefühlt hat.

2. Wissenschaftliche oder technische Ergebnisse des Vorhabens einschließlich erreichter Nebenergebnisse und wesentlicher Erfahrungen

Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind in Publikationen und Vorträgen dokumentiert (siehe Punkt 7 und Punkt 9). Wie schon im Vorgängerprojekt SubKon lassen sich die Ergebnisse drei Themenbereichen zuordnen: Mit dem Fragebogen „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ wurde ein auf der Theorie des CSM basierendes Instrument entwickelt, mit dem in Ergänzung zu den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten (erstes Element des CSM) die zweite und dritte Komponente des CSM – das patientenseitige

Bewältigungsverhalten und dessen Bewertung - gemessen werden können. Der Fragebogen soll in Kürze publiziert werden. Zweitens wurde in Kooperation mit den beteiligten Kliniken die SELF-Intervention entwickelt und in einem Manual beschrieben sowie das Computerprogramm „Rückmeldebogen“ aus dem SubKon-Projekt adaptiert. Die Ergebnisse des Projekts haben außerdem das Dissertationsprojekt von Katja Heyduck angestoßen, in welchem die in den beiden Projekten bearbeitete Fragestellungen auf den Bereich der Kinder-Jugend-Rehabilitation übertragen werden.

3. Fortschreibung des Verwertungsplans

Im Rahmen des Projekts wurde der o.g. Fragebogen zur Messung patientenseitigen Bewältigungsverhaltens und dessen Bewertung entwickelt. Eine entsprechende Publikation befindet sich unter review, so dass der Fragebogen voraussichtlich in Kürze der scientific community zur Verfügung stehen wird. Ferner wurde wie unter Punkt 2 beschrieben ein Manual zur Intervention erstellt sowie das Computerprogramm „Rückmeldebogen“ weiterentwickelt.

Die Evaluation der Intervention im Hinblick auf deren Akzeptanz und Implementierbarkeit war ein Fokus des SELF-Projekts (siehe Abschnitte 4.4 und 4.5 des Abschlussberichts). Bzgl. einer künftigen Dissemination von Projektbestandteilen in die Klinikroutine kann darauf basierend der Schluss gezogen werden, dass die Implementierbarkeit auf organisationaler Ebene durchaus gegeben ist, d.h. die Intervention ist machbar und in den Klinikalltag integrierbar. Implementationsbarrieren auf persönlicher Ebene (z.B. BehandlerEinstellungen) müssten jedoch bei einer zukünftigen Dissemination stärker berücksichtigt werden.

4. Präsentationsmöglichkeiten für mögliche Nutzer – z.B. Anwenderkonferenzen (Angaben, soweit die Art des Vorhabens dies zulässt)

– nicht relevant –

5. Einhaltung des Finanzierungs- und Zeitplans

Der Finanzierungsplan konnte eingehalten werden. Aufgrund von Verzögerungen im Projektverlauf (vgl. Abschnitt 3) war eine Verlängerung der Projektlaufzeit um 2 Monate notwendig. Diese konnte jedoch kostenneutral geleistet werden.

6. Arbeiten, die zu keiner Lösung geführt haben

Alle Milestones des Projektantrags konnten wie geplant umgesetzt werden

7. Publikationsliste während des Förderzeitraumes

¹ basierend auf den Daten des SELF-Projekts, ² basierend auf den Daten des Vorgängerprojekts SubKon

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – evaluation of an intervention for patients with chronic back pain Patient Educ Couns, 2012; 86: 378-389. : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.028>

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression J Health Psychol, 2013; 18 (1): 139-152. : <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311433907>

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcome in chronic back pain J Rehabil Med, 2013; 45: 268-276. : <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1104>

^{1 2} Glattacker M: Methoden der Erfassung von Krankheitsvorstellungen In: Hoefert, H-W & Brähler, E (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie, 1. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2013; 73-94.

¹Glattacker M, Heyduck K, Nagl M, Jakob T: Entwicklung des Fragebogens „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ und erste psychometrische Prüfung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, under review.

²Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – the evaluation of an intervention for patients with depression J Clin Psychol Med Settings, under review.

²Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Illness and treatment perceptions of patients with chronic low back pain: Characteristics and relation to individual, disease and interaction variables J Clin Psychol Med Settings, under review.

8. Liste der Diplomarbeiten, Doktorarbeiten und Habilitationen

Im Rahmen des Projekts sind weder Diplomarbeiten noch Doktorarbeiten oder Habilitationen entstanden.

9. Liste der Kongressbesuche mit Präsentationen

¹ basierend auf den Daten des SELF-Projekts, ² basierend auf den Daten des Vorgängerprojekts SubKon

² Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Die Bewertung einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation aus Sicht der Behandler: Ergebnisse zum Nutzen und zur Machbarkeit in der Klinikroutine DRV-Schriften, 2012; 98: 143-144 (21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium/ Hamburg/ DRV Bund, DRV Nord), Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg).

- ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation bei Patienten mit Depression – wer profitiert? German Medical Science GMS Publishing House, 2013 (online) (12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung / Berlin / DNVF).
- ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation- Wer profitiert? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken? DRV-Schriften, 2013 (101): 333-335 (22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?/Mainz/ DRV-Bund), DRV Bund (Hrsg).
- ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Führt eine bedarfsgerechte Patienteninformation zu einer verbesserten patientenseitigen Informationsbewertung? Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation bei Patienten mit Depression 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, 23.-25.10.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocFV11-32, 2013 (online) (12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung / Berlin / DNVF).
- ¹ Glattacker M, Heyduck K, Nagel M: Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten 2013 (2. Tag der Versorgungsforschung/Freiburg/IMBI).
- ^{1 2} Heyduck K, Glattacker M: Review of a Common Sense Model-based patient information intervention in the context of rehabilitation 2013 (27th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux, Frankreich).
- ¹ Heyduck K, Jakob T, Nagl M, Glattacker M: Entwicklung und Implementation einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und Depression INSIDE Research Reports, 2013: 37-38 (11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie/Luxembourg/Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie), Université du Luxembourg, INSIDE (Hrsg).
- ¹ Heyduck K, Jakob T, Glattacker M: SELF: Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten 2013 (Workshop zum Förderschwerpunkt: "Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung").
- ¹ Jakob T, Heyduck K, Nagl M, Glattacker M: Vorstellung des multimethodal entwickelten Fragebogens "Krankheitsbewältigung - Ziele und Bewertung" INSIDE Research Reports, 2013: 63-64 (11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie/Luxembourg/Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie), Université du Luxembourg, INSIDE (Hrsg).

¹ Heyduck K, Jakob T, Glattacker M: Krankheitsbewältigung bei Depression: Strategien, Ziele und Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation DRV-Schriften, 2014; 103: 462-464 (23. Reha-Kolloquium/Karlsruhe/10.03.2014/DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DGRW).

¹ Jakob T, Heyduck K, Glattacker M: Strategien von chronischen Rückenschmerzpatienten im Umgang mit ihrer Erkrankung vor und nach einer Rehabilitation DRV-Schriften, 2014; 103: 362-364 (23. Reha-Kolloquium/Karlsruhe/11.03.2014/DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DGRW).

10. Zusammenarbeit im Förderschwerpunkt

Projektvorstellungen im Rahmen der übergreifenden Projekttreffen in Erkner (siehe 9.); ferner Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Empowerment“ des Förderschwerpunkts.

11. Nationale/internationale Kooperationen außerhalb des Förderschwerpunkts

Es bestehen keine nationalen oder internationalen Kooperationen außerhalb des Förderschwerpunkts.

C. Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN --	2. Berichtsart Unveröffentlichter Abschlussbericht	
3a. Titel des Berichts Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (SELF)		
3b. Titel der Publikation(en) im Förderzeitraum ¹ basierend auf Daten SELF-Projekt, ² basierend auf Daten SubKon-Projekt ¹ Glattacker M, Heyduck K, Nagl M, Jakob T: Entwicklung des Fragebogens „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ und erste psychometrische Prüfung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, under review. ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – the evaluation of an intervention for patients with depression J Clin Psychol Med Settings, under review. ^{1/2} Glattacker M: Methoden der Erfassung von Krankheitsvorstellungen In: Hoefert, H-W & Brähler, E (Hrsg.) Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie, 1. Auflage. Lengerich: Pabs Science Publisher, 2013; 73-94. ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcome in chronic back pain J Rehabil Med, 2013; 45: 268-276. ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression J Health Psychol, 2013; 18 (1): 139-152. ² Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – evaluation of an intervention for patients with chronic back pain Patient Educ Couns, 2012; 86: 378-389. ² Heyduck K, Glattacker M, Meffert C: Illness and treatment perceptions of patients with chronic low back pain: Characteristics and relation to individual, disease and interaction variables J Clin Psychol Med Settings, under review.		
4a. Autoren des Berichts (Name, Vorname) Dipl. Psych. Heyduck, Katja Dipl. Psych. Jakob, Teresa Dr. Glattacker, Manuela	5. Abschlussdatum des Vorhabens 30.06.2014	
4b. Autoren der Publikation(en) (Name, Vorname) Dr. Glattacker, Manuela Dipl. Psych. Heyduck, Katja Dipl. Psych. Jakob, Teresa Dipl. Psych. Nagl, Michaela Dr. Meffert, Cornelia	6. Veröffentlichungsdatum (bezogen auf Publikationen) 2012, 2013	
	7. Form der Publikation Originalbeiträge in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, Buchbeitrag	
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Universitätsklinikum Freiburg Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (Direktor: Prof. Dr. W. H. Jäckel) Engelbergerstraße 21 79106 Freiburg	9. Ber.Nr. Durchführende Institution --	
	10. Förderkennzeichen 0421 – FSCP – 0544	
	11a. Seitenzahl Bericht 136	
	11b. Seitenzahl Publikationen ca. 102	
13. Fördernde Institution (Name, Adresse) Deutsche Rentenversicherung Bund Ruhrstraße 2 10709 Berlin	12. Literaturangaben 57	
	14. Tabellen 45	
	15. Abbildungen 15	
16. Zusätzliche Angaben --		
17. Vorgelegt bei Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, Juli 2014		
18. Kurzfassung siehe Zusammenfassung auf Seite 1-2 und 125-126		
19. Schlagwörter Rehabilitation; Chronische Krankheiten; Subjektives Krankheitskonzept, Subjektives Behandlungskonzept; Bedarfsgerechte Patienteninformation; Krankheitsbewältigung; Interventionsentwicklung		
20. Verlag entfällt	21. Preis entfällt	

10. Inhaltsübersicht zum Anhang des Abschlussberichts

Der Anhang zum Abschlussbericht findet sich in dem separaten Dokument „Anhang zum Abschlussbericht“. Er umfasst folgende Inhalte:

Vorstudie

<i>Anhang 1.</i>	Informationsschreiben und Einwilligungserklärungen.....	1
<i>Anhang 2.</i>	Interviewleitfaden Patientenfokusgruppen.....	15
<i>Anhang 3.</i>	Interviewleitfaden Behandlerfokusgruppen.....	29
<i>Anhang 4.</i>	Interviewleitfaden Kognitiver Pretest.....	39

Pretest

<i>Anhang 5.</i>	Studienmanual des Pretests.....	57
<i>Anhang 6.</i>	Informationsschreiben und Einwilligungserklärungen.....	89
<i>Anhang 7.</i>	Arztbögen Pretest.....	95

Hauptstudie: Interventionsentwicklung

<i>Anhang 8.</i>	Informationsschreiben und Einwilligungserklärungen.....	105
<i>Anhang 9.</i>	Powerpoint zur Moderation der Expertengruppen.....	111

Hauptstudie: Formative Evaluation der Intervention

<i>Anhang 10.</i>	Studienmanual der Hauptstudie.....	123
<i>Anhang 11.</i>	Informationsschreiben und Einwilligungserklärungen.....	151
<i>Anhang 12.</i>	Interventionsmanual.....	165
<i>Anhang 13.</i>	Arztbögen Hauptstudie	309
<i>Anhang 14.</i>	Dokumentationsbögen zur Intervention.....	319
<i>Anhang 15.</i>	Interviewleitfaden Telefoncoaching.....	329
<i>Anhang 16.</i>	Interviewleitfaden Patientenbefragung.....	333
<i>Anhang 17.</i>	Interviewleitfaden Behandlerbefragung.....	337
<i>Anhang 18.</i>	Abschlussfragebogen für Behandler.....	341