

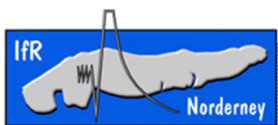
Optippar II

**Optimierung der pflegerischen Patientenkontakte – Entwicklung,
Durchführung und Evaluation eines bedarfsgerechten
Kommunikationstrainings für Pflegende in der Rehabilitation**

**Abschlussbericht des Institutes für Rehabilitationsforschung
Norderney e.V. (IfR)**

Berichtszeitraum: 1.1.2011 bis 31.12.2014

Überarbeitete Fassung September 2015



Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR)

Susanne Dibbelt, Edith Wulfert, Bernhard Greitemann

RehaKlinikum Bad Rothenfelde **RKR**
Klinik Münsterland • Klinik Teutoburger Wald

 **Deutsche
Rentenversicherung**
Westfalen

 **GfR**

Optimierung der pflegerischen Patientenkontakte – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines bedarfsgerechten Kommunikationstrainings für Pflegende in der Rehabilitation

Abschlussbericht

Projektleitung:

Dr. Susanne Dibbelt

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Mitarbeiter:

Dr. Susanne Dibbelt

Edith Wulfert

Martin Dahm

Förderung durch:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney e.V.

Förderkennzeichen: 502

Ort der Durchführung:

Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Laufzeit des Projektes:

01. Januar 2011 bis 30. Juni 2014

Bad Rothenfelde, den 28. Dezember 2014

Inhalt

Inhalt	1
Danksagung	3
1. Zusammenfassung	4
Hintergrund und Ziele des Projektes	4
Methode und Durchführung	4
Fragestellungen	4
Ergebnisse	5
Diskussion	5
2. Einleitung	6
3. Stand der Forschung	7
Pflege in der stationären Rehabilitation – Ergebnisse der Pflegeforschung	7
Evidenz zur Effektivität berufsbegleitender Trainings kommunikativer Fertigkeiten	10
Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal der Behandler-Patient-Kommunikation	12
Experten- versus Laienverantwortung: Wer ist für die Interaktionsqualität verantwortlich?	16
4. Methoden	17
Messung der Interaktionsqualität: Methodische Überlegungen	17
Kontextfaktoren der Behandler-Patienten-Kommunikation	18
Direkte und indirekte Zielgrößen der Trainingsevaluation	22
Kalkulation der Fallzahlen, Ein- und Ausschlusskriterien und Design der OptiPPar-Studie	23
5. Fragestellungen und Hypothesen	25
Fragestellung 1: Wie bewerten Pflegende und Patienten das gemeinsame Aufnahmegespräch?	25
Fragestellung 2: Verbessert ein Interaktionstraining die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten?	26

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege-Patienten-Interaktion und (kurz- oder langfristigen) Reha-Ergebnissen? 26

6. Durchführung der OptiPPar-Studie	26
Studienphasen	26
Arbeitspakete in OptiPPar II	27
Projektverlauf	27
7. Ergebnisse.....	36
Teilnehmerquote und Rücklauf der Fragebögen in Baseline und Interventionsgruppe.....	36
Vergleich der Stichprobenmerkmale der Rehabilitanden vor und nach Training	38
Ergebnisdarstellung zu den Fragestellungen 1 bis 3.....	39
8. Zusammenfassung und Diskussion.....	49
Zusammenfassung.....	49
Diskussion	50
9. Veröffentlichungen, Vorträge, Präsentationen auf Tagungen	52
10. Abbildungsverzeichnis.....	53
11. Tabellenverzeichnis.....	54
12. Literaturverzeichnis	55
13. Anhangsverzeichnis	61

Danksagung

Die vorliegende Studie hat, wie viele Projekte dieser Art, an die beteiligten Einrichtungen erhebliche Anforderungen gestellt. Wir danken allen beteiligten pflegenden Mitarbeitern, den Pflegedienstleitungen, den Projektkoordinatoren sowie den Klinikleitungen sehr herzlich für die engagierte Mitarbeit und Unterstützung!

Des Weiteren danken wir besonders allen Rehabilitanden, die sich die Mühe gemacht haben, die umfangreichen Fragebögen zu drei Erhebungszeitpunkten auszufüllen.

Außerdem danken wir den Trainerinnen, Frau Felsmann-Eger und Frau Petra Brandes für ihre engagierte Arbeit. Weiterhin danken wir Frau Prof. Elke Hotze und der Degemed e.V. für die Kooperation und die Unterstützung bei der Akquise von Einrichtungen, die an dem Projekt teilgenommen haben.

Schließlich danken wir dem VFR Norderney e.V. und der DRV Westfalen für die finanzielle Förderung sowie die methodische und organisatorische Unterstützung.

Bad Rothenfelde, im Dezember 2014

Dr. Susanne Dibbelt

Edith Wulfert

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Anmerkung:

Für die vorliegende Fassung wurde der Bericht im September 2015 leicht überarbeitet.

1. Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele des Projektes

Die kommunikativen Aufgaben von Pflegenden in der Rehabilitation sind zahlreich und anspruchsvoll. Dem steht gegenüber, dass ein *praktisches* Kommunikationstraining nicht Gegenstand der Pflegeausbildung ist und nur vereinzelt, wenn auch heute vermehrt, der Gegenstand beruflicher Weiterbildungen ist.

Ziel des Projektes war es daher, ein Kommunikationstraining zu entwickeln und durchzuführen, das auf den Bedarf von Pflegenden in der Rehabilitation zugeschnitten ist.

Methode und Durchführung

Das Training für Pflegende wurde auf der Grundlage der Ergebnisse und im ersten Projektabschnitt (OptiPPar I) ermittelten Bedarfe entwickelt und durchgeführt. Im Zentrum des Trainings standen die Optimierung des pflegerischen Aufnahmegesprächs sowie das Management schwieriger Interaktionen mit Patienten.

Das Training wurde mittels eines sequentiellen Prä-Post-Designs evaluiert. Die primäre Hauptzielgröße der Evaluation war die Bewertung der pflegerischen Aufnahmegespräche durch die Patienten und die Pflegenden. Diese wurden vor und nach dem Training erhoben. Dazu wurde ein Gesprächsbewertungsbogen in zwei Versionen für Pflegende und Patienten entwickelt. Außerdem wurde der Reha-Status der Patienten vor Reha, vor Entlassung und 6 Monate nach Entlassung erhoben, um die kurz- und langfristigen Gesundheitsverbesserungen der Patienten infolge der Rehabilitationsmaßnahme zu erheben und diese mit der Interaktionsqualität in Beziehung zu setzen.

Fragestellungen

Fragestellung 1: Es wurde geprüft, ob sich die Gesprächsbewertungen von Pflegenden und Rehabilitanden systematisch unterscheiden, und wenn ja, hinsichtlich welcher Aspekte. Hierzu wurden keine Hypothesen formuliert.

Fragestellung 2: Es sollte die Hypothese überprüft werden, dass die Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche durch Pflegende und Patienten nach einem Kommunikationstraining besser ausfallen als die Bewertungen der Gespräche vor dem Training.

Fragestellung 3: Weiterhin sollte die Hypothese überprüft werden, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen den (positiven) Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche durch Patienten einerseits und den kurz- und langfristigen

Gesundheitsergebnissen andererseits gibt. Als Gesundheitsergebnisse werden entsprechend dem biopsychosozialen Modell sowohl Verbesserungen somatischer und psychischer Symptome (wie z.B. Schmerzen und Depressivität) als auch der Funktion und Teilhabe (z.B. am Arbeitsleben) angesehen. Die Gesundheitsergebnisse wurden mit zahlreichen Skalen, vor allem aus dem IRES 3 (Indikatoren des Reha-Status; Bührlen et al., 2005) erfasst. Eine Übersicht über die eingesetzten Instrumente und Variablen findet sich in Tabelle 5 im Anhang.

Ergebnisse

Fragestellung 1: Ein Vergleich der Gesprächsbewertungen durch Pflegende und Rehabilitanden ergab, dass Pflegende vor allem Störfaktoren als stärker ausgeprägt bewerten als die Patienten. Insgesamt lagen die Bewertungen beider Gruppen auf einem sehr hohen positiven Niveau, so dass Deckeneffekte vermutet werden können.

Fragestellung 2: Die Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche durch Pflegende und Patienten vor und nach dem Kommunikationstraining unterschieden sich nicht signifikant. Tendenziell fielen die Bewertungen der Pflegenden nach dem Training geringfügig besser aus als vor dem Training, während die Bewertungen der Patienten nach dem Training etwas schlechter wurden. Jedoch konnten diese geringfügigen Unterschiede statistisch nicht abgesichert werden.

Fragestellung 3: *Direkte* positive Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen den Bewertungen der Aufnahmegespräche durch Patienten und den kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen (Differenzen der Gesundheitsmaße zwischen t1 (vor Reha) und t2 (vor Entlassung) bzw. t3 (sechs Monate nach Entlassung) fanden sich nicht: Die Pearson-Korrelationen waren bis auf eine Ausnahme nicht größer als $r = 0.10$. Jedoch zeigten Vergleiche zweier Patientengruppen, die durch Mediansplit eines Indexes für Gesprächsförderer (aus Items des Gesprächsbewertungsbogens gebildet) gewonnen wurden, dass die Patientengruppe, deren Gesprächsbewertungen im Mittel über dem Median lagen, überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Schmerzhäufigkeit, der Krankheitsbewältigung (Coping), der Selbsteinschätzung der Gesundheit sowie der Handlungsorientierung (nach Misserfolg) und sechs Monate nach Entlassung auch überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Mobilität aufwies. Damit scheint sich ein Einfluss der Gesprächsqualität des Aufnahmegesprächs in der Pflege auf die Reha-Ergebnisse zu manifestieren.

Diskussion

Hinsichtlich der Hauptfragestellung – Effekte des Kommunikationstrainings – konnten die Hypothesen nicht bestätigt werden: Die Gesprächsbewertungen durch Pflegende und Rehabilitanden unterschieden sich vor und nach Training nicht. Insgesamt lagen die Bewertungen *beider* Gruppen auf einem sehr hohen positiven Niveau, so dass

kaum noch Verbesserungspotential bestand. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Gesprächsbewertung, d.h. (a) die Selbstbewertung der Pflegenden und (b) das Wissen darum, dass das Gespräch durch die Patienten bewertet wird, bereits zu einer Verbesserung des kommunikativen Verhaltens der Pflegenden geführt hat. Dieser (Checklisten-) Effekt könnte mögliche Trainingseffekte überlagert haben.

Das Kommunikationstraining stellte mit 2 Tagen eine eher kleine „Trainingsdosis“ dar, die möglicherweise nicht zu nachhaltigen langfristigen Verhaltensänderungen führen konnte.

Deutlich wurde der Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Aufnahmegespräche durch Patienten und den kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen (Differenzen der Gesundheitsmaße zwischen t1 (vor Reha) und t2 (vor Entlassung) bzw. t3 (sechs Monate nach Entlassung): Patienten, deren Gesprächsbewertungen im Mittel über dem Median lagen, wiesen bei Entlassung überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Schmerzhäufigkeit, der Krankheitsbewältigung (Coping), der Selbsteinschätzung der Gesundheit sowie der Handlungsorientierung (nach Misserfolg) und sechs Monate nach Entlassung auch überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Mobilität auf. Ein Vergleich der Gesprächsbewertungen durch Pflegende und Rehabilitanden ergab, dass Pflegende vor allem Störfaktoren als stärker ausgeprägt bewerten als die Patienten. Aus diesen Ergebnissen kann das Fazit gezogen werden, dass sich Pflegende der *Qualität*, aber auch des *Einflusses* ihrer Kommunikation mit Patienten stärker bewusst sein sollten.

2. Einleitung

Die Reha-Pflege bewegt sich in einem „Spannungsfeld zwischen dem professionellen Anspruch und der Ressourcenkrise, zwischen Spezialisierung und Omnipotenz“ (Hotze, 1997, 2010). Einerseits findet eine zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung der Pflege statt, ärztliche und therapeutische Aufgaben, wie z.B. die Schulung und Aufklärung von Patienten, werden zunehmend von Pflegekräften übernommen (Höhmman, 2008; Hotze, 2010). Andererseits werden Personalressourcen abgebaut und vollausgebildete Pflegekräfte durch Hilfskräfte ersetzt.

Die Ansicht, dass gute Kommunikation mit Patienten eine Kernbedingung für gute und erfolgreiche Rehabilitation darstellt, wird inzwischen von vielen Akteuren geteilt.

In ihrer Schnittstellenfunktion sind Pflegekräfte vielfach kommunikativ gefordert. Kommunikative Fertigkeiten im Rahmen der Pflegeausbildung praktisch und hinreichend zu vermitteln, ist aber kaum möglich. Daher kommt berufsbegleitenden Trainings eine große Bedeutung zu. Ziel des Projektes war es daher, ein

bedarfsgerechtes Training für Pflegende zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren.

Zunächst soll auf die Situation der Pflege in der Rehabilitation sowie auf projektrelevante Forschung eingegangen werden.

3. Stand der Forschung

Pflege in der stationären Rehabilitation – Ergebnisse der Pflegeforschung

Die deutsche Pflegeforschung hat sich mit der Pflege *in der Rehabilitation* wenig befasst. Eine Ausnahme stellen die Arbeiten von Hotze dar, die die Tätigkeit Pflegender, ihr Rollenverständnis, ihre Arbeitsaufgaben und deren Kontexte anhand von Interviews und Befragungen beschrieben haben (s. Hotze, 1997 sowie Hotze & Winter, 2000).

Zwei gegenläufige Entwicklungen kennzeichnen nach Hotze die Entwicklung in der Pflege in der stationären Rehabilitation:

Einerseits findet eine zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung der Pflege statt, ärztliche und therapeutische Aufgaben, wie z.B. die Schulung und Aufklärung von Patienten, werden zunehmend von Pflegekräften übernommen (Höhmann, 2008; Hotze, 2010). Andererseits werden Personalressourcen abgebaut und vollausgebildete Pflegekräfte durch Hilfskräfte ersetzt. Die Reha-Pflege bewegt sich demnach in dem „dem Spannungsfeld zwischen professionellen Anspruch und der Ressourcenkrise, zwischen Spezialisierung und Omnipotenz“ (Hotze, 1997, 2010).

Unterschiede der Pflegeaufgaben in Rehabilitation und Akutmedizin

Pflegende, die im Akutbereich beruflich sozialisiert sind, werden in der Reha-Klinik mit neuen Anforderungen konfrontiert:

„Ausgebildet in der Betreuung akut Kranker und geschult in der Organisation organzentrierter Therapie, [sehen sich Pflegende] in der Rehabilitation völlig anderen Problemstellungen gegenüber. Die körperlichen pflegerischen Aufgaben treten in den Hintergrund. Stattdessen erhält die Kommunikation mit den Kranken [...] zentrale Bedeutung“ (Hotze, 1997).

Insgesamt ist der Anteil der kommunikativen Tätigkeiten Pflegender in der Rehabilitation höher als im Akutbereich (Hotze, 1997; Hotze & Winter, 2000). Die Qualität der Interaktion mit Rehabilitanden hat daher bei Pflegekräften einen größeren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit als bei anderen Berufsgruppen, wie Muthy & Mariolakou (2002) zeigen konnten.

Caris-Verhalten, Kerkstra & Bensing (1997) nennen z.B. die folgenden kommunikativen Aufgaben für Pflegende in der Rehabilitation:

- Medizinisch und pflegerisch relevante Informationen von Patienten einholen und dokumentieren
- Patienten zu informieren, z.B. über Abläufe, Zeiten, Behandlungsoptionen
- Besondere Belastungen und Risiken (wie etwa Medikamentenmissbrauch) erkennen und kommunizieren
- Patienten z.B. hinsichtlich Medikation, Selbstversorgung und Hygiene anleiten
- Patienten bei Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen
- Patienten bei der Wiederherstellung der Selbstständigkeit unterstützen
- Patienten gemeinsam mit dem Arzt und dem Behandlungsteam auf die Zeit nach dem Aufenthalt vorbereiten und ggf. die notwendigen Hilfen veranlassen
- Organisatorische, informative & „emotionale“ Schnittstellenfunktion zwischen Patienten und ärztlich-therapeutischem Sektor

Auch für Patienten ist der Wechsel vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik ein Wechsel des „Systems“: Während im Akutkrankenhaus „etwas mit den Patienten gemacht“ wird und sie dadurch häufig eine passive Erwartungshaltung ausbilden, wird von ihnen in der Reha ein hohes Maß von Aktivität und Eigenbeteiligung verlangt.

„Es ist eine Kernaufgabe der Pflege, den Patienten auf diese veränderte Situation vorzubereiten und ihn dabei zu unterstützen. Diese wird umso dringender, je mehr sich die Aufenthaltsdauern in den Akuthäusern und in der Rehabilitation verkürzen.“ (Bader, 2007, persönliche Mitteilung).

Neue Versorgungssysteme: Zunahme von Basispflege

Einen nicht unwesentlichen Einfluss stellt die Einführung neuer Vergütungssysteme dar: Fallpauschalen und Integrierte Versorgung bei Patienten in der Anschlussheilbehandlung führen zu einer Zunahme von Tätigkeiten der Basispflege. Die Arbeit von Von Eiff u.a. (2007), die die Auswirkungen der DRG-Einführung in der Akutmedizin auf die medizinische Rehabilitation in der Anfangsphase untersuchte, konnte zwar einen erhöhten Pflegeaufwand in der Rehabilitation nicht direkt nachweisen, berichtet aber eine Zunahme von Wundheilungsstörungen und Hämatomen in der Orthopädie sowie Perikard- und Pleuraergüssen in der Kardiologie.

Patienten werden nach Operationen früher und pflegebedürftiger aus dem Akut-Krankenhaus entlassen¹. Gleichzeitig verkürzt sich der Aufenthalt in der stationären Rehabilitation (s. z.B. Dolderer, 2006)². D.h., Pflegekräfte führen zunehmend und zusätzlich Aufgaben der Basispflege aus bei gleichzeitig abnehmendem Zeitbudget mit den entsprechenden Folgen der Arbeitsverdichtung. Dazu sind Träger von Reha-Einrichtungen bemüht, die Personaldecke in der Pflege so dünn wie möglich zu halten. Die Pflege in der Rehabilitation steht dadurch vor erheblichen Herausforderungen.

Das pflegerische Aufnahmegespräch in der Rehabilitation

Nach Ergebnissen der Befragungen aus OptiPPar I und Gesprächen in den Projektvorstellungen erwies sich die pflegerische Aufnahme in allen beteiligten Einrichtungen als längster und intensivster Kontakt zwischen Patienten und Pflegenden, wenngleich die Aufnahme-prozedur in den Einrichtungen unterschiedlich ablief. In diesem Gespräch werden die Daten der Patienten erfasst, das Datenblatt angelegt und weitere Aspekte, wie z.B. die aktuelle Medikation, geklärt. Außerdem werden die Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck) geprüft und andere Anfangswerte erhoben (Gewicht, Größe). Es werden Risikofaktoren (z.B. Alkohol, Nikotin) erfasst, die häusliche Situation nach Entlassung wird thematisiert und die Patienten erhalten Informationen über die weiteren Abläufe der Rehabilitation und darüber, an wen sie sich wenden können, wenn sie Fragen oder Probleme haben.

Die Reihenfolge der Aufnahmegespräche war in den Kliniken unterschiedlich: In der Mehrzahl der Einrichtungen erfolgte das pflegerische Aufnahmegespräch vor dem ärztlichen Aufnahmegespräch, in einigen Einrichtungen war es umgekehrt. Da jedoch in allen Einrichtungen übereinstimmend das Aufnahmegespräch der längste Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten war, wurde die Bewertung dieses Kontaktes als Indikator für die Interaktionsqualität herangezogen.

Trainingsbedarf: Ergebnisse aus OptiPPar I

In einer ersten Projektphase waren Interviews mit Pflegenden und Patienten durchgeführt worden, um die Frage zu klären, welche Interaktionen zwischen Pflege und Patient bedeutsam sind und unter welchen (förderlichen oder hinderlichen)

¹ Nach Angaben der Pflegedienstleitung in einer orthopädischen Reha-Klinik sind die Post-OP-Tage bei Hüft-TEP-Patienten von üblicherweise 14 bis 15 Tagen nach OP auf 10 Tage reduziert. D.h. Patienten kommen deutlich früher in die Anschlussheilbehandlung als früher. (Bader, Persönliche Mitteilung).

² Gemäß dem Projektbericht zur Integrierten Versorgung Endoprothetik liegen Nicht-IV-Patienten durchschnittlich 14,8 Tage im Krankenhaus, IV-Patienten durchschnittlich 13,5 Tage. In der IV verkürzt sich die durchschnittliche Liegezeit im Krankenhaus um 1,3 Tage. Der Aufenthalt in der stationären Rehabilitation verkürzt sich in der IV durchschnittlich um 1,7 Tage. Dolderer (2006), Projektbericht zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster - Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Strategieentwicklung in Kooperation mit der Universität Witten Herdecke (S. 9).

Randbedingungen sie in der Regel stattfinden. Die Ergebnisse aus dieser Projektphase sind im Abschlussbericht zu OptiPPar I ausführlich beschrieben. Sie seien hier kurz zusammengefasst.

Die Befragungen haben die Bedarfe für ein solches Training deutlich gemacht. Pflegende wünschen sich insbesondere mehr Kompetenzen im Umgang mit unzufriedenen und fordernden Patienten (deeskalierende Maßnahmen) sowie in ihrer *Vermittlerrolle* zwischen Patienten und Ärzten und im Reha-Team insgesamt.

Nach den Ergebnissen dieser Befragungen fühlten sich auch voll ausgebildete und langjährig tätige Pflegekräfte nicht optimal auf ihre kommunikativen Aufgaben in der Rehabilitation vorbereitet und hielten berufsbegleitende Trainings und Weiterbildungen für wichtig.

Evidenz zur Effektivität berufsbegleitender Trainings kommunikativer Fertigkeiten

Dass kommunikative Fertigkeiten durch berufsbegleitende Trainings verbessert werden können, konnte vielfach gezeigt werden (Heaven et al., 2006; Edwards, Peterson & Davies, 2006; Dibbelt et al., 2009b).

Trainingskonzepte

Neben einem eigenen für das P.A.INT-Projekt entwickelten Trainingskonzept, das auf dem personenzentrierten Ansatz (s. Rogers, 1972; Schulz von Thun, 1981) beruht, kann inzwischen auf eine ganze Reihe spezifischer Konzepte und Publikationen zu Interaktionstrainings für Gesundheitsberufe zurückgegriffen werden (z.B. Elzer & Sciborski, 2007; Kutscher & Seßler, 2007 sowie Schweickhardt & Fritzsche, 2009). In der Regel haben diese Trainings die Herstellung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zum Gegenstand, die Realisierung von Aufmerksamkeit, Empathie und Wertschätzung, die Gesprächsführung und Gestaltung unterschiedlicher Gesprächsphasen sowie die kommunikative Gestaltung spezifischer Situationen wie Konfliktgespräche oder die Vermittlung schlechter Nachrichten. Einen Kanon kommunikativer Fertigkeiten, den Gesundheitsexperten beherrschen sollten, haben z.B. Silverman, Kurtz & Draper (1998) mit dem *Calgary Cambridge Observation Guide* zusammengestellt.

Die Bedeutung der Behandler-Patienten-Interaktion für Behandlungsergebnisse

Die Überzeugung, dass gute Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten die Basis einer guten Zusammenarbeit und damit eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse ist, wird von vielen Agenten des Gesundheitswesens, namentlich auch von Patienten, geteilt. Umgekehrt erscheint es auch plausibel, dass gestörte Kommunikation den Behandlungsprozess und die

Behandlungsergebnisse beeinträchtigen kann. Vor allem für die Arzt-Patienten-Beziehung sind solche Zusammenhänge gezeigt worden: Zahlreiche Studien berichten von überlegenen Behandlungseffekten bei effektiver oder durch Interventionen verbesserter Kommunikation. Demnach fördert „gute“ Kommunikation den Informationsaustausch, die Steuerung und Anpassung von Erwartungen, sie stärkt die selbstregulativen Fähigkeiten des Patienten, die Krankheitsbewältigung sowie die Adhärenz und führt damit nicht nur zu besseren Behandlungsergebnissen hinsichtlich psychischer Symptomatik und funktionaler Gesundheitsaspekte, sondern kann auch klinische Parameter wie Blutdruck und Blutzucker positiv beeinflussen (Roter et al., 1989; Stewart et al., 1999; Di Blasi et al., 2001; Griffin et al., 2004; Zandbelt et al., 2007). Auch ein positiver Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit konnte in Studien gezeigt werden (Dasinger et al., 2001). Einige Studien jedoch berichten auch von fehlenden oder sogar negativen Zusammenhängen zwischen der (wie auch immer definierten) Interaktionsqualität³ und Behandlungsergebnissen (z.B. Griffin et al., 2004; Zandbelt et al., 2007; Mead & Bower, 2000, 2002). Die Gründe für diese uneinheitliche Befundlage sind vielfältig, sie liegen

- a) in der Divergenz der Konzepte, der untersuchten Qualitätsaspekte sowie der befragten oder untersuchten Akteure (Patienten, Behandler oder beide)
- b) in der Unterschiedlichkeit der erfassten Outcomes (z.B. zeitnah bewertete Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch einerseits und distale biophysische oder psychosoziale Behandlungsergebnisse, Verhaltensparameter, Adhärenz oder Lebensstilumstellung andererseits)
- c) in der Divergenz der Methoden (Fragebogeninstrumente, Beobachtungsstudien mit Verwendung unterschiedlicher Kategoriensysteme) sowie
- d) in der Divergenz der Settings und der Fragestellungen: Viele Studien sind Interventionsstudien, d. h., sie evaluieren Trainingsmaßnahmen oder spezifische Interventionen, während andere die Interaktion in der „üblichen Praxis“ erfassen (Griffin et al., 2004).

Übersichten der internationalen Literatur kommen dennoch zu dem Schluss, dass „gute“ Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern (meist Ärzten) bei chronischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf Behandlungsergebnisse hat und dass insbesondere Interventionen, die auf eine stärkere Beteiligung des Patienten, also auf Partizipation, zielen, die Behandlungsergebnisse steigern können (Griffin et al., 2004; Farin & Meder, 2010).

³ Wir verwenden im Folgenden den Begriff „Interaktion“ im Sinne des aufeinander bezogenen Handelns zweier oder mehrerer Personen (Duden, 9. Aufl., 2006). „Interaktion“ bezeichnet aus einer systemischen Perspektive das wechselseitige „Aufeinander-Einwirken“ der Beteiligten und ihrer Umgebung und umfasst neben den sprachlichen auch nicht-sprachliche Handlungen der Interaktionspartner und deren Randbedingungen und Wirkungen.

Im Rahmen des Schwerpunktprogramms „Patientenorientierung und chronische Krankheiten“ wurden mehrere (von Reha-Personal zu realisierende) Interventionen evaluiert, die auf eine stärkere Beteiligung von Rehabilitanden und deren Einbindung in den Behandlungsprozess und die Behandlungsentscheidungen, zielen (z.B. Körner et al., 2009; Neuderth et al., 2010; Dibbelt et al., 2010).

In der von den Autoren durchgeführten P.A.INT⁴-Studie konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Qualität der Patienten-Arzt-Interaktion bei Aufnahme und der Ausprägung von Reha-Ergebnissen nachgewiesen werden: Patienten, die die Aufnahmegespräche positiver⁵ bewerteten, zeigten eine ausgeprägtere und nachhaltigere Reduktion der Schmerzen und der Depressivität sowohl bei Entlassung als auch sechs Monate nach Entlassung als Patienten, die die Aufnahmegespräche negativer bewertet hatten (Dibbelt et al., 2009a, 2009b, 2010). Eine Haupt-Fragestellung des Projektes „OptiPPar“ zielt analog darauf ab, ob vergleichbare Zusammenhänge zwischen der Qualität der Patienten-Pflege-Interaktion und den Reha-Ergebnissen nachgewiesen werden können.

Effektivität von Kommunikationstrainings bei Pflegenden

Kommunikative Fertigkeiten verbessern sich nicht automatisch mit der Berufserfahrung, vielmehr müssen beträchtliche Anstrengungen unternommen werden, um die kommunikativen Fertigkeiten von Pflegenden auszubilden und an neue Herausforderungen anzupassen. Moore et al. (2013) führten daher einen Review mit 15 kontrollierten randomisierten Studien durch, um zu prüfen, ob und welche Art von Trainings bei Ärzten und Pflegenden (von Krebspatienten) effektiv sind. Demnach findet sich moderate bzw. starke Evidenz, dass die Behandler nach den Trainings mit größerer Wahrscheinlichkeit empathisches Verhalten zeigen und offene Fragen einsetzen. Es fand sich jedoch keine Evidenz für einen Einfluss der Trainings auf die Patientenzufriedenheit, auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand der Patienten oder auf Burnout-Symptome bei den Behandlern.

Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal der Behandler-Patient-Kommunikation

Das Hauptziel des Projektes OptiPPar war es, die Qualität der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten (a) zu erfassen und (b) wenn möglich, durch eine Trainingsmaßnahme zu verbessern.

Um die Qualität der Kommunikation messbar zu machen, muss diese zunächst definiert werden. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal, das aber sehr heterogen

⁴ Patienten-Arzt-Interaktion

⁵ über dem Median eines aus dem P.A.INT-Fragebogen gewonnenen Qualitätsindikators

verwendet wird und daher unscharf ist, ist das der Patientenorientierung. Patientenorientierte Kommunikation gilt inzwischen als zentrales Qualitätsmerkmal der Hochleistungsmedizin (Epstein et al., 2005). Im Folgenden soll versucht werden, diesen Begriff zu klären und mit beobachtbaren Aspekten in Verbindung zu bringen.

Der Begriff der Patientenorientierung in der Rehabilitation

Unter Patientenorientierung wird die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Gesundheitsversorgung an den Wünschen und Präferenzen der Rehabilitanden verstanden (Klemperer, 2003; Körner et al., 2009). So haben sich wichtige Träger der Rehabilitation wie die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Umsetzung von Patientenorientierung verpflichtet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010, Positionspapier, S. 7):

„Jede wirksame Rehabilitation muss auf die individuellen Problemlagen der Rehabilitanden eingehen. Die Rentenversicherung stärkt die Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation mit verschiedenen konzeptuellen Ansätzen.“

Patientenorientierung kann auf mehreren Ebenen umgesetzt werden: Auf politischer Ebene, auf der Ebene der Träger und Einrichtungen sowie auf der Ebene der Rehabilitand-Behandler- oder Pflege-Beziehung. In diesem Projekt steht die Umsetzung von Patientenorientierung auf der Ebene der Beziehung zwischen Rehabilitanden und Pflegenden im Fokus.

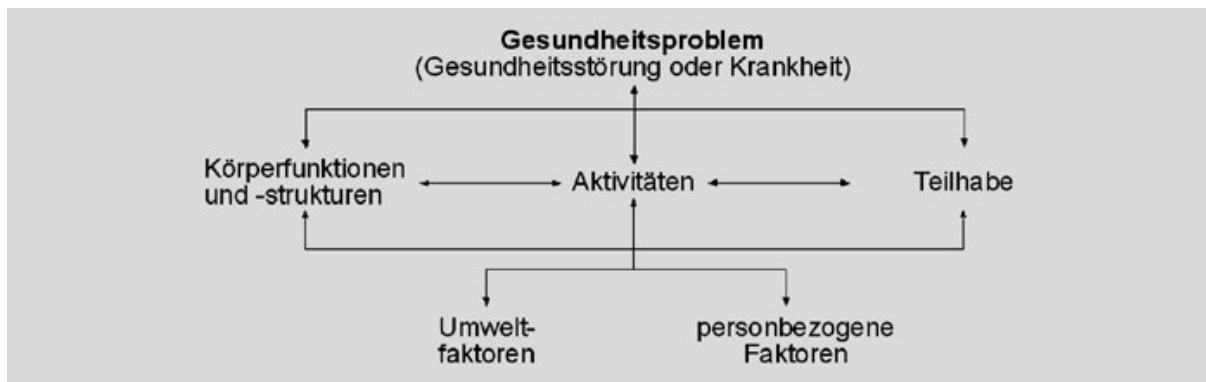
Die ICF als Grundlage der Patientenorientierung in der Rehabilitation

Patientenorientierung in der Rehabilitation gründet auf den Begriffen der Teilhabe und Aktivitäten, die zentrale Domänen der ICF sind. Mit der Orientierung an der ICF kann Patientenorientierung realisiert werden, da die von der ICF verwendeten Kategorien alltagsnah und damit passend zur Lebenswelt der Rehabilitanden formuliert sind (Farin, 2008). Nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell (s. Abbildung 1) sollen Bedarfe und Bedürfnisse der Rehabilitanden in Bezug auf sein gesamtes Lebensumfeld wahrgenommen und ihre komplexen Wechselwirkungen berücksichtigt werden.

Nach dem Biopsychosozialen Krankheitsmodell erscheint Krankheit als Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem medizinisch diagnostizierten Gesundheitsproblem und den sogenannten Kontextfaktoren, welche die behindernden Auswirkungen des Gesundheitsproblems beeinflussen.

Die Kontextfaktoren werden in umwelt- und personenbezogene Faktoren unterteilt. Die zentrale Kategorie des Modells ist die der „Aktivität“. Auch bei Bestehen eines Gesundheitsproblems kann eine Aktivität durch fördernde Kontextfaktoren erhalten bleiben (wie z.B. die Aktivität *Einkaufen* durch Zuhilfenahme eines Rollstuhls erhalten werden kann).

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell der ICF



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006)

Neben den physischen Bedingungen entscheiden auch personenbezogene Faktoren d.h. psychische und soziale Randbedingungen über die Auswirkung einer Erkrankung, darunter insbesondere die Fähigkeit zum Selbstmanagement und die soziale Unterstützung im privaten und institutionellen Umfeld. Die Beziehung zu Behandlern und Gesundheitsexperten ist ein zentraler Kontextfaktor, der über erfolgreiche Krankheitsbewältigung entscheidet.

Patientenorientierung im Patient-Behandler⁶-Kontakt

Aspekte patientenorientierter Interaktion sind nach Mead & Bower (2000; zitiert nach Farin, 2008):

- (1) **Patient-Behandler-Beziehung:** Eine vertrauensvolle und emotional tragfähige Arbeitsbeziehung wird als wesentlicher Einflussfaktor des Behandlungserfolgs angesehen.
- (2) **Teilhabe:** Im Kontext der Patient-Behandler-Beziehung und der Reha-Zielvereinbarung wird Teilhabe durch eine Art der Interaktion realisiert, die dem Rehabilitanden erlaubt, das Gespräch aktiv mitzugestalten, seine Anliegen und Ziele einzubringen, über den Weg der Zielerreichung mitzuentcheiden und für die Erreichung der Ziele selbst Verantwortung zu übernehmen.
- (3) **Biopsychosoziale Perspektive:** Bedarfe und Anliegen des Rehabilitanden in Bezug auf sein gesamtes Lebensumfeld sollen wahrgenommen, geklärt und mit den Zielen des Behandlers sowie des Trägers abgestimmt werden.
- (4) **Die subjektive Sichtweise** des Rehabilitanden und seine persönliche Erfahrung und Auffassung von Krankheit soll berücksichtigt werden.

⁶ Der Begriff „Behandler“ wird hier verwendet im Sinne von „Gesundheitsexperte“ und schließt Pflegende mit ein. Alle drei Begriffe werden hier austauschbar verwendet.

- (5) **Empowerment:** Die Interaktion mit dem Behandler soll Rehabilitanden Kompetenzen des Selbstmanagements vermitteln, die es ihm erlauben, aktiver und eigenverantwortlicher Gestalter seiner Rehabilitation zu sein.

Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation der Pflegenden mit Rehabilitanden

Die Qualität der Pflegenden-Kommunikation lässt sich anhand affektiver, instrumenteller und partizipativer Merkmale beschreiben (Bensing, 1990; Dibbelt, et al., 2011).

Affektive Qualität

Grundlage jeder Behandlung und Rehabilitation ist eine vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung. Die Realisierung von Wertschätzung, Empathie und Kongruenz als therapeutische Grundhaltungen schaffen die affektive Basis einer therapeutischen Arbeitsbeziehung:

Wertschätzung wird vermittelt durch Interesse, verbale und nonverbale Aufmerksamkeit, Höflichkeit, Respekt, Wohlwollen und Anerkennung.

Empathie bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, Gedanken, Emotionen und Motive einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen. Zur Empathie gehört auch die Reaktion auf die Gefühle anderer wie zum Beispiel Mitleid, Trauer, Schmerz oder der Impuls zu helfen. Empathische Kommunikation führt dazu, dass Rehabilitanden sich verstanden fühlen und bereit sind, neue Informationen aufzunehmen.

Kongruenz bezeichnet die Fähigkeit, sich der eigenen Gefühlslage bewusst zu sein, sich übereinstimmend mit der inneren Einstellung zu verhalten und den nonverbalen Ausdruck den geäußerten Inhalten anzupassen (z.B. einen ernsten Gesichtsausdruck anzunehmen, wenn über ein ernstes Thema gesprochen wird). Spürbare Diskrepanzen zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten können zu Misstrauen und Irritation beim Gesprächspartner führen.

Instrumentelle Qualität

Eine zweite Qualitätsdimension patientenorientierter Kommunikation ist die instrumentelle Qualität, also das Übermitteln wichtiger Informationen in verständlicher Form und angemessener Dosis und die Abstimmung zwischen Behandler und Rehabilitand. Fachlich zuverlässige und relevante Informationen müssen so vermittelt werden, dass Patienten sie gut verstehen und gut behalten können.

Zentrale Merkmale instrumenteller Qualität sind daher die Strukturierung des Gesprächs und der Gebrauch patientennaher Sprache sowie das Stellen der

„richtigen“ Fragen in der richtigen Dosis, so dass Patienten alle wichtigen Anliegen äußern und wichtige – auch unerwartete - Informationen geben können.

Folgende strukturierende Elemente bestimmen die instrumentelle Qualität eines Gespräches:

- Gespräch angemessen einleiten
- Ziel und Funktion des Gespräches erläutern
- Schwerpunkte setzen
- Informationen in angemessener Weise erfragen
- Informationen in angemessenem Umfang geben
- Informationen in alltagsnaher Sprache geben
- Verständnis absichern
- Entscheidungen abstimmen und absichern
- Gesprächsinhalte zusammenfassen
- Ausblick auf weiteres Vorgehen geben

Partizipative Qualität

Eine dritte Qualitätsdimension ist die *partizipative* Interaktionsgestaltung, die Beteiligungs- und Entscheidungsspielräume für den Rehabilitanden schafft und eine aktive Beteiligung ermöglicht und fördert.

Die *Grundlagen* partizipativer Qualität werden bereits durch die affektive und instrumentelle Gesprächshaltung realisiert, die Patienten emotionale Sicherheit und Transparenz vermittelt. Patientennahe Sprache ist eine Grundvoraussetzung für Partizipation. Spezifischere Interventionen zur Partizipation sind solche, die eine aktive Beteiligung ausdrücklich fördern, wie die Aufforderung, Fragen zu stellen oder Anliegen zu äußern.

Komplexe Interventionen zur Partizipation schließlich sind die *Gemeinsame Entscheidungsfindung* (shared decision making), (Elwyn, Edwards & Rhydderich, 2006; Simon, Loh & Härter, 2008) oder auch die *partizipative Zielvereinbarung* (ParZivar; Dibbelt et al., 2011). Beide Interventionen umfassen zahlreiche Dialogschritte, die zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung oder Zielvereinbarung führen. Aufgrund ihrer Komplexität sind sie für die hier untersuchten Standardkontakte zwischen Pflegenden und Rehabilitanden (Aufnahmegespräch) nicht relevant.

Experten- versus Laienverantwortung: Wer ist für die Interaktionsqualität verantwortlich?

Die Beziehung zwischen Rehabilitanden einerseits und Behandlern andererseits ist eine Beziehung zwischen Experten und Laien in Bezug auf ein Gesundheitsproblem.

Dabei unterscheidet Laie und Experte die Art der Expertise und die Art der Verantwortlichkeit (Bromme, Jucks & Ramboow, 2004).

Den Experten zeichnen eine entsprechende Ausbildung sowie die professionelle Erfahrung in Bezug auf die Problemdiagnose, die Kriterien der Auswahl geeigneter Behandlungen und die Durchführung von Behandlungen aus. Während die Expertise des Experten auf der Erfahrung mit vielen Fällen bzw. auf einer aus vielen Fällen extrahierten „besten Praxis“ beruht, geht die Expertise des Rehabilitanden in der Regel auf die Erfahrung mit einem, nämlich seinen eigenen, Fall zurück. Diese Erfahrung ist jedoch von zahlreichen Einzelerfahrungen biografisch geprägt. Die Kommunikation zwischen Experten und Laien hat u.a. zum Ziel, diese beiden Expertisen und Erfahrungswelten zumindest partiell zur Deckung zu bringen.

Beide, Gesundheitsexperte und Rehabilitand, sind für die Qualität ihrer Interaktion verantwortlich, jedoch entsprechend ihrer Expertise auf unterschiedliche Weise.

Der Experte bestimmt das Setting, führt und strukturiert das Gespräch. Der Rehabilitand ist dafür verantwortlich, seine Anliegen, Probleme und Wünsche zu äußern und Informationen zu seiner Krankengeschichte zu geben. Der Experte wiederum ist dafür verantwortlich, dass der Rehabilitand dies gut umsetzen kann.

Da es in diesem Projekt darum geht, die Kompetenz der Experten, nämlich der Pflegenden, zu erfassen und zu verbessern, erfasst der hier im Projekt entwickelte Gesprächsbewertungsbogen vor allem das kommunikative Verhalten der Pflegenden und weniger das der Rehabilitanden.

4. Methoden

Messung der Interaktionsqualität: Methodische Überlegungen

Um die Effektivität des Interaktionstrainings zu evaluieren, bedarf es geeigneter Messinstrumente, die die (ggf. durch Training verbesserte) Interaktionsqualität erfassen können. Inzwischen liegen Instrumente zur Messung der Interaktionsqualität auch auf Deutsch vor wie der *Kontaktbewertungsbogen* aus dem P.A.INT Projekt (Dibbelt et al., 2011), der *Fragebogen zur Arzt-Patienten-Interaktion* (FAPI; Bieber et al., 2003), der Fragebogen zum Kommunikationsverhalten von Behandlern (Farin, Gramm & Schmidt, im Druck) oder die deutsche Fassung des *Calgary Cambridge Observation Guide* (Simmenroth-Nayda et al., 2008; nach Kurtz et al., 1998, 2005).

Der in diesem Projekt entwickelte Gesprächsbewertungsbogen (GBB) orientierte sich an Items aus den genannten Instrumenten, wobei die Formulierungen teilweise leicht verändert und an die Pflegesituation angepasst wurden (s.a. Tabelle 6 im Anhang).

Auf einige Probleme der Messung der Interaktionsqualität durch Angaben der an der Interaktion Beteiligten sei an dieser Stelle hingewiesen:

- Verzerrungen der Ratings sind denkbar, z.B. durch das Bemühen, „sozial erwünscht“ zu antworten. So könnten Patienten die Interaktion positiver bewerten als sie wirklich meinen, weil sie negative Konsequenzen schlechter Beurteilungen fürchten. Deckeneffekte sind häufig bei der Messung der Interaktionsqualität beobachtet worden.
- Andere Kontakte während der Rehabilitation wie das Gespräch mit dem Arzt oder mit anderen Therapeuten könnten auf die Bewertung des Gespräches mit der Pflege „abfärben“.
- Die Bewertung der Gesprächsaspekte hängt ab von den bewusst erinnerten Inhalten. Hier sind Gedächtnisverzerrungen möglich. Z.B. werden Ereignisse besser erinnert, wenn sie zu Beginn oder am Ende des Gespräches auftreten (Primacy bzw. Recency-Effekte; s. z.B. Glanzer & Cunitz, 1966).

Eine Alternative zur nachträglichen subjektiven Bewertung der Gespräche durch die Beteiligten bestände im Einsatz unabhängiger Beurteiler, die anhand eines Kategoriensystems oder Checklisten Vorkommen und Qualität bestimmter Interaktionseinheiten bewerten (s. z.B. Roter & Larson, 2002). Aber auch diese scheinbar objektivere Methode hat Nachteile: (1) Zunächst ist sie sehr zeit- und personalaufwändig. Alle Gespräche müssten ja in voller Länge in vivo oder aufgezeichnet verfolgt werden. (2) Weiterhin kann bereits die Anwesenheit von Beobachtern oder auch nur die eines Aufnahmegerätes (Kamera oder Audiorekorder) die Interaktion beeinflussen.

So erscheint der Einsatz eines Rating-Instrumentes, anhand dessen die Beteiligten das eigene Interaktionsverhalten und das des Partners sowie atmosphärische Aspekte bewerten können, für diesen Kontext angemessen und sinnvoll.

Kontextfaktoren der Behandler-Patienten-Kommunikation

Merkmale von Behandlern und Patienten sowie die berufliche und familiäre Lebenssituation als mögliche Einflussgrößen auf die Interaktionsqualität und Behandlungsergebnisse sind ebenfalls wenig untersucht. Eine Studie von Zandbelt et al. (2007) konnte zeigen, dass patientenorientiertes ärztliches Kommunikationsverhalten vor allem bei solchen Patienten in Zusammenhang mit besseren Outcomes stand, die weniger selbstbewusst und erfahren im Umgang mit Ärzten waren, eine stärkere physische und psychische Symptombelastung berichteten oder einen Migrationshintergrund hatten. Insgesamt mehrt sich die Evidenz, dass ein zentrales Element der Interaktionskompetenz von Behandlern das flexible Eingehen auf *unterschiedliche* Bedarfe, Bedürfnisse und Beteiligungspräferenzen von Patienten ist (Willems et al., 2005; Steger, Ehrhardt & Körner, 2010; Farin & Meder, 2010).

Eine weitere plausible Annahme ist die, dass die Passung zwischen Kommunikations- und Persönlichkeitsstilen zur Interaktionsqualität beiträgt. Die im Folgenden beschriebenen Instrumente wurden in dieser Studie eingesetzt, um Patienten- und Charakteristiken der Pflegenden wie Persönlichkeitsstile, grundlegende Kontaktmotive, Kontaktpräferenzen und soziale Kompetenzen zu erfassen.

Personenmerkmale

Soziale Kompetenz

Dass die sozialen Kompetenzen beider Gesprächspartner einen Einfluss auf die Qualität der gemeinsamen Kommunikation haben, ist eine naheliegende Annahme.

Die sozialen Kompetenzen von Pflegenden und Patienten wurden in dieser Studie mithilfe des *Inventars sozialer Kompetenzen* (ISK) erfasst (Kanning, 2009). Das ISK ist ein breit angelegtes, multidimensionales Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem in umfassender Weise grundlegende soziale Kompetenzen abgebildet werden. Das Verfahren liegt in einer Langform mit 108 Items (ISK) und einer Kurzform mit 33 Items (ISK-K) vor. Das ISK ist aus 17 Primärskalen aufgebaut, die sich zu vier Sekundärskalen gruppieren lassen:

- (1) Soziale Orientierung (Prosozialität, Perspektivenübernahme, Wertpluralismus, Kompromissbereitschaft, Zuhören)
- (2) Offensivität (Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion, Entscheidungsfreudigkeit)
- (3) Selbststeuerung (Selbstkontrolle, Emotionale Stabilität, Handlungsflexibilität, Internalität)
- (4) Reflexibilität (Selbstdarstellung, Direkte Selbstaufmerksamkeit, Indirekte Selbstaufmerksamkeit, Personenwahrnehmung)

Die Kurzform ISK-K, die in dieser Studie eingesetzt wurde, erfasst ausschließlich die vier Sekundärskalen, die übergeordnete Kompetenzen widerspiegeln.

Motive: Der Motiv-Umsetzungs-Test Kurzversion (MUT-K)

Mit Hilfe des MUT kann erfasst werden, mit welchen der in der PSI-Theorie beschriebenen psychischen Subsysteme (analytisches Denken, ganzheitliches Fühlen, Intuitive Verhaltenssteuerung, elementares Empfinden) eine Person ihre sozialen Bedürfnisse nach Beziehung, Leistung oder Kompetenzsteigerung und Durchsetzung bevorzugt umsetzt (Kuhl, 2001). Die Skalen sind: Anschluss-Fühlen, Anschluss-Intuieren, Anschluss-Denken, Anschluss-Empfinden, Macht-Fühlen, Macht-Intuieren, Macht-Denken, Macht-Empfinden, Leistung-Fühlen, Leistung-Intuieren, Leistung-Denken, Leistung-Empfinden.

Auf den drei so genannten Dominanzskalen des MUT gibt die Versuchsperson an, wie ausgeprägt jedes Motiv bei ihr ist. Im Unterschied zum OMT (vgl. Kuhl, 2001) geht es beim MUT um die der Person bewusste und damit expliziten Stärke eines Motivs.

Zusätzlich wird im MUT gemessen, wie stark das Beziehungsmotiv im Sinne von Geselligkeit umgesetzt wird (Skala Anschluss-Intuieren extrinsisch), wie weit eine charismatische, sozialverträgliche Form der Machtausübung vorliegt (Skala Macht-Intuieren positiv) und wie sehr das Leistungsmotiv damit verbunden ist, dass sich die Versuchsperson mit anderen Menschen vergleicht (Skala Leistung: Sozialer Vergleich / Leistung-Empfinden positiv).

Insgesamt hat der MUT-K 72 Items, die auf vierstufigen Likert-Skalen beantwortet werden (trifft gar nicht zu, trifft etwas zu, trifft überwiegend zu, trifft ausgesprochen zu). Aus diesen 72 Items wurde eine Auswahl von 14 Items explorativ für diese Studie eingesetzt.

Kommunikationsstile: DISG

Für Patienten und Pflegende wurden Kommunikationsstile mit einem neu entwickelten Instrument in Anlehnung an das DISG System mit Arbeitstitel „FDT: Farm der Tiere“ erfasst.

Das Akronym DISG (engl. DISC oder DiSC) bezeichnet eine Persönlichkeitstaxonomie mit den vier Grundtypen Dominanz, Initiative, Stetigkeit und Gewissenhaftigkeit. Diese vier Grundtypen ergeben sich aus der Kombination zweier Dimensionen: (1) Dominanz versus Unterordnung, (2) Aufgabenorientierung versus Kontaktororientierung. Zur Charakterisierung der Typen greifen Seiwert & Gay auf Tiere zurück, die diese Eigenschaften anschaulich machen sollen: So steht der Tiger für Dominanz, der Affe für Initiative, die Ameise für Gewissenhaftigkeit und der Elefant für Stetigkeit (Seiwert & Gay, 2004; Gay 2007).

Die vier resultierenden Grundtypen weisen eine konzeptuelle Nähe zu den erstmalig von Hippokrates (460-377, zitiert nach Oser-Grote 2004) beschriebenen Temperamentstypen auf, denen später von Wundt (1903) zwei Dimensionen zugrunde gelegt wurden, nämlich (1) Stärke der Gemütsbewegungen und (2) Schnelligkeit des Wechsels der Gemütsbewegungen. Eysenck (1953) konnte später in Faktorenanalysen von Persönlichkeitsinventaren 2 Faktoren nachweisen, die diesen beiden Dimensionen recht gut entsprachen.

Die Dimension (1) Stärke der Gemütsbewegungen entspricht wiederum dem Typenkonzept Introversion und Extraversion von Jung (1921). Nach Jung verhalten sich Introvertierte (nach innen gekehrte) abgrenzend ihrer Umwelt gegenüber, während Extravertierte (nach außen gekehrte) offen gegenüber der Umwelt, freundlich und zugänglich sind.

Nach dem DISG-Modell ist die Persönlichkeit eine Funktion der Wahrnehmung und Reaktion einer Person auf die jeweilige Lebenssituation. Das DISG-Modell beschreibt nach dem Prinzip der Selbstbeschreibung bestimmte Ausprägungen von Verhaltenstendenzen bei einem bestimmten Typus. Aus den vier grundlegenden Verhaltensdimensionen ergeben sich unter der Berücksichtigung der unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten je nach Version und Zählweise 15 bis 20 verschiedene Mischformen (ausgeprägte primäre und sekundäre Verhaltenstendenzen).

Die Typologie geht ursprünglich auf den Psychologen Marston (1928) zurück, Geier entwickelte einen selbstbeschreibenden Persönlichkeitstest dazu. Das Testverfahren besteht in der Selbstzuschreibung von Eigenschaften. Das Manual (Seiwert & Gay, 2004) enthält Beschreibungen konkreter Verhaltenstendenzen der Typen in bestimmten Situationen, z.B. bei der Zusammenarbeit, wie auch die Passungen und Konfliktfelder, die sich aus bestimmten Typenkombinationen ergeben können. Diese kontextabhängigen Verhaltenstendenzen wurden mit den hier eingesetzten Items des FDT abgefragt. Die aktuelle Fassung des Fragebogens umfasst 41 Items, die jeweils den vier DISG-Typen zugeordnet sind.

Big-Five-Persönlichkeitstest B5T (nach Satow, 2011)

Die Big Five gelten international als das universelle Standardmodell in der Persönlichkeitsforschung und wurden innerhalb der letzten 20 Jahre in über 3.000 wissenschaftlichen Studien verwendet (John, Naumann & Soto, 2008; Asendorpf & Neyer, 2012).

Neben den bereits erwähnten Instrumenten wurden zur Erfassung der Persönlichkeit und zur Validierung des FDT Items der Psychomedia Big-Five-Persönlichkeitstest eingesetzt. Der Test erfasst mit 50 Items bei überzeugender faktorieller Struktur und hoher Testgenauigkeit (Reliabilität) die fünf grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit. Der Test ist damit kürzer als ältere Tests (NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 1993) bei vergleichbaren Gütekriterien und aktualisierten Normen.

HAKEMP

Der HAKEMP 2000 (Handlungskontrollfragebogen) (Kuhl, 2005, 1994) erfasst die Handlungskontrolle von Personen auf zwei gegenpoligen Skalen, nämlich Handlungsorientierung und Lageorientierung. In dieser Studie wurden zwei von drei Skalen erhoben:

- Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM, Gegenpol: Lageorientierung, Präokkupation)
- Handlungsorientierung prospektiv: Grad der Handlungsausführung (HOP, Gegenpol: Lageorientierung, Zögern)

Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen (6 Items für jede der beiden Skalen) mit jeweils einer handlungsorientierten sowie einer lageorientierten Antwortalternative, von denen eine ausgewählt werden muss.

Aspekte der Lebenssituation

Neben den Personenmerkmalen können auch Aspekte der Lebenssituation die Interaktion mit medizinischem Personal beeinflussen, so die *berufliche Situation*, die *soziale Unterstützung zuhause* und die *Vorerfahrung mit medizinischem Personal* und die *Erwartungen* an dieses. Es sollte daher geprüft werden, ob diese Variablen mit der Interaktionsqualität einerseits und dem Reha-Erfolg andererseits Zusammenhänge aufweisen.

Direkte und indirekte Zielgrößen der Trainingsevaluation

Die Effekte des Trainings wurden anhand direkter und indirekter Zielgrößen evaluiert.

Direkte Zielgrößen

Die Hauptzielgröße war die Bewertung des Aufnahmegesprächs mit der Pflegekraft bei Aufnahme durch die Patienten. Sofern überhaupt Optimierungspotential bestand, sollte die Qualität der Aufnahmegespräche (aus Sicht der Patienten) nach dem Training besser ausfallen als vor dem Training. Aber auch die (Selbst-) Bewertung der Pflegenden könnte sich infolge des Trainings verbessern.

Zur Erhebung der Gesprächsqualität wurde der Fragebogen zur Gesprächsbewertung entwickelt. Dieser umfasst 22 Items, darunter 15 Items, die kontaktfördernde Aspekte beschreiben und 7 Items, die Störfaktoren beschreiben. Items, die die kontaktfördernden Aspekte erfassen, wurden zu einem Index *Gesprächsförderer* zusammengefasst (Mittelwert aller entsprechenden Items); Items, die Störfaktoren beschreiben, wurden zu einem Index *Gesprächsstörer* zusammengefasst.

Es wurde eine Pflege- und eine Patientenversion erstellt, wobei die Items aus Patienten- und Pflegesicht möglichst ähnlich formuliert wurden. Beide Versionen beschreiben überwiegend das Verhalten der Pflegenden sowie atmosphärische oder affektive Aspekte. Der Fragebogen ist für die zeitnahe Bewertung konkreter Gespräche konzipiert.

Indirekte Zielgrößen: Reha-Ergebnisse

Wenn ein Zusammenhang zwischen der Interaktionsqualität zwischen Pflegekräften und Patienten einerseits und Behandlungsergebnissen andererseits besteht, könnte sich das Training indirekt auch auf (kurz- und langfristige) Behandlungsergebnisse auswirken: Die Steigerung der somatischen, psychischen oder sozialen Gesundheit der Patienten infolge des Reha-Aufenthaltes könnte nach dem Kommunikations-

training größer sein als vor dem Training. Die Behandlungsergebnisse sind somit indirekte Zielgrößen der Trainingsevaluation.

Zur Erfassung der Behandlungsergebnisse hinsichtlich der somatischen, funktionalen und psychosozialen Gesundheit bearbeiteten Patienten Skalen aus dem IRES 3 (Indikatoren des Reha-Status, Bührlen, Gerdes & Jäckel, 2005) vor Aufnahme, vor Entlassung sowie sechs Monate nach Entlassung. In Anlehnung an Ergebnisse der P.A.INT-Studie wurde erwartet, dass die Reduktion von *Schmerzen*, die Reduktion *psychischer Belastungen* sowie die Reduktion der *Arbeitsunfähigkeitstage* mit der Interaktionsqualität bei Aufnahme korreliert.

Ein weiteres Ergebnis des P.A.INT Projektes war es, dass die Bewertung der Aufnahmegespräche mit den Ärzten mit der Zufriedenheit mit der ärztlichen und therapeutischen Betreuung und Behandlung am Heimatort korrelierte. Diese wurde mithilfe eines Fragebogens (FÄRB) erhoben, der für die P.A.INT-Studie entwickelt worden war und dort bereits zum Einsatz kam (Dibbelt et al., 2006). Dieser Fragebogen wurde – angepasst an Pflegende - auch in der OptiPPar-Studie eingesetzt. Weiterhin wurde eine Skala *Erwartungen an die Kommunikation mit Pflegenden* eingesetzt, die an das Instrument KOVA (Farin, Gramm & Schmidt, im Druck) angelehnt ist.

Kalkulation der Fallzahlen, Ein- und Ausschlusskriterien und Design der OptiPPar-Studie

Fallzahlen

Im Folgenden sind die Überlegungen zu den erforderlichen Fallzahlen dargestellt.

Pflegende

Um den Lerneffekt durch die Gesprächsbewertung (Checklisteneffekt) möglichst konstant zu halten, war vorgesehen, dass jede (vollschichtig beschäftigte) Pflegekraft 20 Aufnahmegespräche mit Patienten bewerten sollte. Diese Vorgabe wurde jedoch nur von einzelnen Pflegekräften erreicht. Teilzeitkräfte wurden ebenfalls in die Erhebung einbezogen, bewerteten aber naturgemäß weniger Gespräche als die Vollzeitkräfte, da sie seltener Patienten aufnahmen.

Patienten

Die Schätzung des notwendigen Umfangs der Patientenstichprobe erfolgte anhand der Ergebnisse aus der P.A.INT-Studie, in der ein Interaktionstraining kleine bis mittlere Effekte in Bezug auf den dort verwendeten Qualitätsindex, der aus Skalen des P.A.INT-Fragebogens (Dibbelt et al., 2007) gebildet wurde, erzeugte. Um auch kleine Effekte in den Mittelwertdifferenzen abzusichern, ist nach Bortz & Döring (2002; S. 613) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$ ein

Stichprobenumfang von mindestens N=310 Bewertungspaaren pro Gruppe (Baseline und Intervention) erforderlich.

Ausgehend von mindestens 5 teilnehmenden Pflegenden pro Einrichtung und 20 Bewertungen pro Pflegekraft und Messzeitpunkt (Baseline und Interventionsgruppe), insgesamt also $5 \times 20 \times 6 = 600$ bewerteten Pflege-Patientenkontakten sollte diese Fallzahl sicher erreicht werden, auch wenn bei der Vielzahl der Befragungen und Dokumente mit einem erheblichen Dropout zu rechnen war. Die erzielten Fallzahlen und der Rücklauf sind in Kapitel 7 dargestellt.

Einschlusskriterien

Patienten wurden eingeschlossen, wenn sie

- den Fragebogen P1 ausgefüllt zur Reha mitgebracht und diesen selbstständig ausgefüllt hatten
- mit der Teilnahme und der Datenschutzerklärung einverstanden waren, auch nachdem sie erneut und persönlich über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert wurden
- mindestens 18 Jahre alt waren

Ausschlusskriterien waren Faktoren wie *mangelnde Deutschkenntnisse* sowie *gravierende kognitive, physische oder psychische Einschränkungen*. Außerdem wurden Rehabilitanden noch einmal darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist, so dass hier auch eine Rücknahme der Teilnahmebereitschaft verzeichnet werden konnte. Im Überblick ergibt sich folgendes Design der Evaluationsstudie:

Tabelle 1: Design und (angestrebte) Fallzahlen der Evaluationsstudie

	Erhebung vor Training					Erhebung nach Training				
	Vor Erhebung	Vor Aufnahme	Aufn	Entl	6M	Vor Aufnahme	Aufn	Entl	6M	
Kliniken (6)										
Patienten N=100* pro Klinik & MZP (Gesamt: N=1200)		P1	GBB	P2	P3		P1	GBB	P2	P3
Pflegende N=30** (Gesamt)	Bedarfsanalyse		GBB			Training der Pflegenden in den Kliniken		GBB		

Legende: P1, P2, P3 = Patientenbogen zum Gesundheitsstatus u.a.; Bedarf = Fragebogen zur Bedarfsanalyse; GBB= Gesprächsbewertungsbogen; 6M= Nachbefragung 6 Monate nach Entlassung;

*Angestrebte Mindestfallzahlen; **ausgehend von mindestens 5 teilnehmenden Pflegenden pro Einrichtung

5. Fragestellungen und Hypothesen

Die folgenden Fragestellungen sollten mit der Studie OptiPPar II beantwortet werden:

Fragestellung 1: Wie bewerten Pflegende und Patienten das gemeinsame Aufnahmegespräch?

Die Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche von Pflegenden und Patienten werden miteinander verglichen, um zu prüfen, ob systematische Unterschiede bestehen und wenn ja, bei welchen Qualitätsaspekten der Kommunikation diese sich zeigen. Hierzu werden sowohl die Indexe (Gesprächsförderer und Gesprächsstörer) als auch die Mittelwerte der einzelnen Items der Gesprächsbewertungen von Pflegenden und Patienten auf Unterschiede geprüft.

Fragestellung 2: Verbessert ein Interaktionstraining die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten?

Die Effekte des Trainings werden anhand direkter und indirekter Zielgrößen evaluiert. Als Hauptzielgröße wurde die Bewertung des Aufnahmegesprächs durch Patienten festgelegt. Aber auch die Bewertung der Gespräche durch die Pflegekräfte könnte sich durch das Training positiv verändern. Hierzu wurden die folgenden Hypothesen formuliert:

Der Index *Gesprächsförderer* in den Gesprächsbewertungen von Patienten und Pflegenden sollte nach dem Training höher sein als vor dem Training, der Index *Gesprächsstörer* sollte nach dem Training niedriger ausfallen als vor dem Training.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege-Patienten-Interaktion und (kurz- oder langfristigen) Reha-Ergebnissen?

Es sollte überprüft werden, ob und in welchem Maße die durch Pflegenden und Patienten bewertete Interaktionsqualität bei Aufnahme mit (kurz- und langfristigen) erwünschten Reha-Ergebnissen in Zusammenhang steht.

Hierzu wurde die folgende Hypothese formuliert:

Der Index *Gesprächsförderer* in den GB der *Patienten* korreliert positiv mit der Reduktion von Schmerzen, von psychischer Belastung sowie der Krankheitstage 6 Monate nach Entlassung.

Alternativ kann dieser Zusammenhang wie folgt geprüft werden: Anhand des Indexes *Gesprächsförderer* wird ein Mediansplit vorgenommen, d.h. es werden zwei Gruppen von Patienten gebildet. Der Index *Gesprächsförderer* der ersten Gruppe liegt *über* dem Median, der Index der zweiten Gruppe ist *gleich oder unter* dem Median. Die Behandlungsergebnisse (Reduktion von Schmerzen, von psychischer Belastung sowie der Krankheitstage) für die erste Gruppe sollten denen der zweiten Gruppe überlegen sein.

6. Durchführung der OptiPPar-Studie

Studienphasen

Insgesamt gliederte sich die Studie in die folgenden vier Phasen:

- (1) Bedarfsanalyse: Fragebogen für Pflegenden (N= 102)
- (2) Erhebung der Baseline: Gesprächsbewertung vor Training (N= 600)
- (3) Durchführung der Kommunikationstrainings
- (4) Erhebung der Interventionsgruppe: Gesprächsbewertung nach Training (N=600)

Arbeitspakete in OptiPPar II

Die folgenden Arbeitspakete wurden im Rahmen des Projektes geleistet:

- Erstellung des Fragebogens zur Bedarfsanalyse für Pflegende
- Erhebung der Bedarfsanalyse
- Erstellung und Druck maschinenlesbarer Versionen der Patientenfragebögen, des GBB sowie weiterer Befragungsunterlagen in EvaSys
- Vorstellung der Studie in neun Reha-Einrichtungen
- Abstimmung der Abläufe und Zuständigkeiten der Erhebung in neun Einrichtungen
- Erhebung der Baseline in sechs Einrichtungen
- Entwicklung des Trainingskonzeptes und Erstellung der Trainingsunterlagen
- Schulung der Trainer
- Organisation und Durchführung des Kommunikationstrainings in sechs Reha-Einrichtungen
- Präsentationen der Projektergebnisse auf nationalen und internationalen Tagungen
- Erstellung des Abschlussberichtes

Projektverlauf

Rekrutierung von Kooperationskliniken

Bereits zur Zeit der Antragstellung wurden Kliniken, u.a. solche, die bereits an der P.A.INT Studie teilgenommen hatten, auf das Projekt aufmerksam gemacht. Insgesamt fünf Kliniken hatten Interesse signalisiert. Drei von diesen fünf Kliniken sagten jedoch die Teilnahme aufgrund unerwarteter Personalengpässe im Pflegebereich, anstehender Umstrukturierungen sowie unzureichender Kontakte zwischen Pflegenden und Patienten wieder ab.

Eine erneute Ausschreibung zur Akquise weiterer Einrichtungen über den Verteiler der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) führte überraschend dazu, dass drei Ersatz-Einrichtungen gewonnen werden konnten, allerdings gegenüber dem Projektplan mit einer Verzögerung von 6 Monaten. Da diese Einrichtungen eine hohe Teilnahme-Motivation signalisierten, entschied das Projektteam nach Rücksprache mit der Methodenberatung, die Einrichtungen trotz der Zeitverzögerung einzuschließen. Insgesamt nahmen letztlich sechs Kliniken an den Trainings und der Evaluationsstudie teil.

Verzögerungen im Projektverlauf

Nach einem zunächst guten Projektstart entstand gegenüber der ursprünglichen Projekt-Planung eine Verzögerung von sechs Monaten. Die Gründe für die Verzögerung waren folgende:

Absagen von drei Kliniken

Drei von fünf Kliniken, von denen zu Projektbeginn eine Zusage zur Teilnahme vorlag, haben die Teilnahme aufgrund unerwarteter Personalengpässe im Pflegebereich, anstehender Umstrukturierungen sowie unzureichender Kontakte zwischen Pflegenden und Patienten abgesagt bzw. abgebrochen. In diesen Kliniken waren zu diesem Zeitpunkt bereits die Projektvorstellung, die zeitaufwändige Abstimmung der Abläufe und die Schulung der Mitarbeiter wie auch Teile der Erhebung erfolgt.

Abstimmungen mit Personalvertretungen

Die Personalvertretungen in zwei Kliniken äußerten Bedenken im Hinblick auf den Datenschutz und bestanden auf Änderungen der Fragebögen. Die Abstimmungen zwischen dem Personalrat und der Projektleitung zogen sich über mehrere Wochen hin.

Erstellung maschinenlesbarer Fragebögen mit EvaSys

In der Erwartung, vor allem bei der Dateneingabe Zeit einsparen zu können, wurden alle Befragungsunterlagen maschinenlesbar mit dem Programm EvaSys erstellt. Allerdings musste dazu die Beschaffung des Programms und die Schulung der Mitarbeiter abgewartet werden. Außerdem erwies sich die Erstellung der Fragebögen in einer älteren mit einer grundlegenden Version des zu EvaSys gehörenden Layoutprogramms (VividForms Editor) durch begrenzte Layoutfunktionen als erheblich aufwändiger als mit den gewöhnlichen Textverarbeitungsprogrammen (wie z.B. Word). Inzwischen liegt mit dem VividForms Designer ein weit komfortableres Programm vor. Weitere Komplikationen ergaben sich beim Einscannen der Unterlagen. Unterschiedliche Grauwerte der Vordrucke führten dazu, dass zahlreiche Daten nicht erkannt wurden und mit der Hand nachgetragen werden mussten. Insgesamt hat sich die erhoffte Zeitersparnis in dieser Studie mit dieser Version des Editor-Programms von EvaSys nicht eingestellt. Die investierte Zeit kann jedoch auch als Investition in die Zukunft betrachtet werden, in der sich die Abläufe aufgrund der nunmehr gesammelten Erfahrungen hoffentlich effizienter gestalten werden.

Reaktion auf Verzögerungen

Verzicht auf eine Kontrollgruppe

Das im Antrag vorgestellte Design sah eine Kontrollgruppe vor, in der beide Erhebungen der Interaktionsqualität zeitgleich mit den Studienkliniken, die ein Training erhalten sollten, vorgenommen werden, das Training aber erst nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt durchgeführt werden sollte. Jeder Bedingung (Kontroll- und Studienbedingung) sollten je drei bzw. zwei Kliniken per Zufall zugeordnet werden. Nachdem zwei Kliniken ausgeschieden waren, erschien ein solches Design bei drei verbleibenden Kliniken nicht mehr sinnvoll. Daher wurde in Absprache mit

der Methodenberatung und auch angesichts der zeitlichen Verzögerung im Projektverlauf auf eine Kontrollgruppe verzichtet.

Verlängerung der Projektlaufzeit um 12 Monate

Angesichts dieser Entwicklungen war im März 2012 absehbar, dass die geplante Projektlaufzeit nicht einzuhalten sein würde. Es wurde daher eine Projektverlängerung von 12 Monaten beantragt und bewilligt.

Projektvorstellungen

In insgesamt 9 Kliniken führte das Projektteam vorbereitende Gespräche vor Ort durch. Dabei wurden die Ziele, die Abläufe sowie die für die Studie geplanten Befragungsinstrumente vorgestellt. Weiterhin wurden die Randbedingungen, die Abläufe in der Pflege, die Abläufe der Befragung und des Trainings besprochen sowie die Zuständigkeiten geklärt.

Eine zentrale Bedingung für die Teilnahme an der Studie war, dass mindestens ein längerer Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten regelhaft stattfand. Dieser Kontakt fand meist zur Aufnahme statt. Eine Mitarbeiterin der Einrichtung wurde als Projektkoordinatorin und Ansprechpartnerin für das Projektteam des IfR benannt. Die besprochenen Regelungen und Abläufe wurden im Anschluss an diesen Termin in einer Tabelle dokumentiert. Diese wurde von der Einrichtung gegengelesen und ggf. korrigiert und diente als Grundlage für die Personalschulung zur Studienorganisation vor Ort.

Befragungsinstrumente der Evaluationsstudie

Der Gesprächsbewertungsbogen für Pflegende und Patienten

Zur Erfassung der Interaktionsqualität wurde der Gesprächsbewertungsbogen für Pflegende und Patienten entwickelt. Die Items des Fragebogens erfassen die subjektive Einschätzung der Interaktionsqualität hinsichtlich (1) des Beziehungsaufbaus (der affektiven Qualität), (2) des Informationsaustausches (der instrumentellen Qualität), (3) der partizipativen Qualität sowie (4) der Störfaktoren während des Gespräches wie Unterbrechungen und Wartezeiten, aber auch Störungen im Kontakt.

Der Fragebogen umfasst 22 Items, darunter 15 Items, die kontaktfördernde Aspekte beschreiben und 7 Items, die Störfaktoren beschreiben. Die Antwortskala ist vierstufig und erfasst die Zustimmung zur Aussage des Items von „Stimmt gar nicht“ bis „Stimmt genau“. Außerdem wurde eine Antwortkategorie „weiß nicht mehr“ bzw. „war nicht nötig“ eingeführt, für den Fall, dass der erfragte Aspekt nicht mehr erinnert wurde bzw. als unnötig angesehen wurde, z.B. weil er bereits bei einem anderen Kontakt besprochen worden war.

Es wurde eine Pflege- und eine Patientenversion erstellt, wobei die Items aus Patienten- und Pflegesicht möglichst ähnlich formuliert wurden. Beide Versionen beschreiben überwiegend das Verhalten der Pflegenden sowie atmosphärische oder affektive Aspekte. Der Fragebogen ist für die zeitnahe Bewertung konkreter Gespräche konzipiert.

Psychometrische Analyse des Gesprächsbewertungsbogens

Beide Versionen des GBB (Pflege und Patient) wurden anhand der zum ersten Messzeitpunkt (vor Training, Baseline) erhobenen Daten einer psychometrischen Analyse unterzogen. Dazu wurden u.a. die Itemschwierigkeit und die Ladungen des Items auf den jeweiligen Faktor berechnet. Items mit einer Itemschwierigkeit unter .25 ($IS < .25$) wurden ausgeschlossen. Dieses führte zum Ausschluss von Item 21 (freundlich begrüßt), das in beiden Versionen des Fragebogens extrem zustimmend beantwortet wurde.

Eine explorative Faktorenanalyse mit anschließender obliquen Rotation lieferte uneindeutige Ergebnisse. Die Items, die Störfaktoren erfassten, wurden für die Faktorenanalyse umgepolt. Einige Items luden gleichermaßen auf mehreren Faktoren und waren damit nicht eindeutig einem Faktor zuzuordnen. Nach Ausschluss der Items 25 (Wohlfühlen) und 41 (Zufriedenheit mit dem Gespräch), die keinem der Faktoren eindeutig zuzuordnen waren, führte die FA sowohl der Pflege- als auch der Patientenversion vor Training zu einem Modell mit zwei Faktoren: Auf dem ersten Faktor laden die positiven Gesprächsaspekte, auf dem zweiten Faktor die eher negativen Aspekte wie Wartezeiten, Störungen während des Gespräches und Kontaktbarrieren. Diese Items wurden zu einem Index *Gesprächsförderer* bzw. *Gesprächsstörer* zusammengefasst. Die Items des Gesprächsbewertungsbogens für Pflegenden und Rehabilitanden (GBB) und die Faktorenzuzuordnung finden sich in Tabelle 6 im Anhang.

Die Erhebung der Behandlungsergebnisse: Die Patientenfragebögen P1, P2 und P3

Die Patienten wurden zu allen drei Zeitpunkten zu ihrem Gesundheitsstatus und vor Entlassung zu ihrer Zufriedenheit mit der pflegerischen, aber auch mit der ärztlichen und therapeutischen Betreuung befragt. Weiterhin wurden mit dem Fragebogen die personen- und situationsbezogenen Kontextfaktoren erfasst (s. Kapitel 4). Eine vollständige Übersicht der eingesetzten Instrumente und erfragten Variablen zu den drei Messzeitpunkten findet sich in Tabelle 5 im Anhang.

Rekrutierung der Patienten und Verfahren bei Aufnahme

Patienten bekamen die Befragungsunterlagen ca. 2 bis 4 Wochen vor der Anreise zusammen mit der Einladung zur Rehabilitation zugeschickt. Die Unterlagen umfassten die Aufklärung über Ziel und Ablauf der Studie, Informationen über die

Weiterverarbeitung der erhobenen Daten sowie eine Einverständniserklärung zur Verwendung persönlicher Daten zur Studienverwaltung (z.B. der Adresse, z.B. zum Versand der Katamnesebögen). Ihre Teilnahmebereitschaft dokumentierten die Patienten mit ihrer Unterschrift auf einem vorbereiteten Formular (Einverständniserklärung). Diese Einwilligung konnten sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Patienten, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen, wurden gebeten, den beiliegenden Fragebogen P1 ausgefüllt zur Reha mitzubringen.

Bei Anreise wurden die Rehabilitanden erneut mündlich durch den Patientenservice oder die Rezeption (in einigen Einrichtungen auch durch Pflegekräfte) über das Ziel der Studie, die Verwendung der Daten und die Freiwilligkeit der Studie aufgeklärt. Zugleich wurden die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und das Ergebnis auf dem *Informationsbogen bei Anreise* (IBA) dokumentiert. Wenn Rehabilitanden weiterhin bereit waren, an der Studie teilzunehmen, wurden ihnen der Fragebogen GBB Patient mit einem Rückgabeumschlag übergeben.

Einbezug der Patienten und Pflegenden in der Erhebung vor Training (Baseline)

Die Patienten wurden einbezogen, wenn sie die Einschlusskriterien erfüllten und zur Teilnahme bereit waren. Alle Pflegenden, die regelhaft Aufnahmegespräche mit Patienten durchführten, sollten in die Baseline-Erhebung einbezogen werden. Ausfälle ergaben sich u.a. durch Personalfuktuation. Es wurde angestrebt, dass die Vollzeitkräfte mindestens 20 Aufnahmegespräche bewerten sollten.

Einbezug der Patienten und Pflegenden in der Nach-Erhebung (Interventionsgruppe)

Nach der Durchführung des Trainings wurden nur die Pflegenden einbezogen, die an dem Training teilgenommen hatten. Dadurch reduzierten sich die Zahl der Pflegenden und auch die Fallzahlen insgesamt gegenüber der Baseline. Vollzeitkräfte sollten wiederum je 20 Aufnahmegespräche bewerten.

Patienten wurden in der Nacherhebung einbezogen, wenn sie die Einschlusskriterien erfüllten und das Aufnahmegespräch mit einer *trainierten* Pflegekraft geführt hatten. Wenn möglich, erfolgte die Selektion im Vorfeld. Für den Fall, dass dies aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, wurden bei der Auswertung nur die Daten der Patienten miteinbezogen, die mit trainierten Pflegekräften Gespräche geführt hatten.

Pseudonymisierung

Die Befragungsunterlagen für Pflegende und Patienten wurden mit Codes versehen, deren Zuordnung zu den Personen nur der Projektleitung und den Teilnehmern selbst bekannt war. Die Pflegenden führten außerdem sogenannte *Paarungslisten*, auf den sie ihren eigenen und den Patientencode sowie das Datum verzeichneten.

Außerdem wurden die Gespräche auf der Paarungsliste fortlaufend nummeriert, damit die *Reihenfolge* der Gespräche für die Überprüfung des Checklisteneffektes rekonstruiert werden konnte. Leider war die Dokumentation auf den Paarungslisten so lückenhaft, dass mehrheitlich die Reihenfolge der Gespräche anhand des auf den Gesprächsbewertungsbögen angegebenen Gesprächsdatums rekonstruiert werden musste.

Der Patientenbogen P2 wurde eine Woche vor dem Entlassdatum ausgegeben und sollte in der Klinik ausgefüllt abgegeben werden. Verlängerungen wurden soweit wie möglich berücksichtigt. Der Patientenbogen P3 wurde den Patienten zugeschickt, entweder durch das IfR oder die versorgende Einrichtung. Beide Fragebögen wurden schriftlich angemahnt, wenn sie bis zu einem bestimmten Stichtag nicht vorlagen.

Kommunikationstraining

Mit der Durchführung der Trainings wurden zwei erfahrene Trainerinnen betraut, die einschlägige Erfahrungen mit Personaltrainings in der medizinischen Rehabilitation mitbrachten. Insgesamt nahmen 45 Pflegende an dem Training teil.

Das Konzept des Kommunikationstrainings

Das Konzept des Trainings wurde mit den Pflegedienstleitungen zweier Kooperationskliniken und den Trainerinnen abgestimmt. Es wurde festgelegt, dass das Aufnahmegespräch, d.h. der Erstkontakt, der Gegenstand des Trainings und auch der Bewertung sein sollte, da dieses in allen Einrichtungen den umfangreichsten Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten darstellte.

Das Training umfasste zwei ganze Tage und bestand aus zwei Modulen. Inhalt und Ablauf beider Module wurden – wie auch die dazugehörigen Trainingsunterlagen - gemeinsam mit den beiden Trainerinnen erarbeitet.

Modul 1 (Gesprächsführung) befasste sich mit den unterschiedlichen Phasen des Aufnahmegesprächs (Beginn, Verlauf, Ende) und der optimalen Gestaltung jeder Gesprächsphase sowie mit dem Umgang mit interaktionellen und organisatorischen Störungen. Als theoretische Grundlage wurde das 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun mit den Teilnehmern erarbeitet.

Modul 2 (Konfliktmanagement und Deeskalation) befasste sich mit dem Management problematischer Gesprächssituationen. Diese wurden zunächst mithilfe einer Kartenabfrage erfasst. Das Trainingskonzept sah eine Beschränkung auf Problemfälle im "Aufnahmegespräch" vor. Weiterreichende Themen wie der Umgang mit psychisch belasteten Patienten oder disziplinarische Maßnahmen, Notfälle, Krisen sollten aus Zeitgründen nicht Gegenstand des Trainings sein, wurden aber in einem „Problemspeicher“ gesammelt. In Tabelle 2 findet sich eine detaillierte Übersicht über die Trainingsinhalte.

Tabelle 2: Trainingsinhalte in Modul 1 und 2 des Kommunikationstrainings mit Pflegenden

Themen von Modul 1:
<ul style="list-style-type: none"> • 4-Ohren Modell (Schulz von Thun) mit praktischen Übungen, aktives Zuhören mit praktischen Übungen
<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächseinstieg: Sich mit Namen und Funktion vorstellen, Nonverbale Elemente der Kontaktaufnahme, den Gegenstand des Gespräches erläutern
<ul style="list-style-type: none"> • Verlauf: Patienten in das Gespräch einbinden, Informationen geben und abfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss des Gespräches: Abschluss einleiten, Ausblick geben (wie geht es weiter?), Zuständigkeiten erläutern
<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit unterschiedlichen Kommunikationsstilen & -typen
Themen von Modul 2
Umgang mit
<ul style="list-style-type: none"> • Viel- und Wenig-Rednern
<ul style="list-style-type: none"> • fordernden und beleidigenden Patientenäußerungen
<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerden
<ul style="list-style-type: none"> • falschen Erwartungen
<ul style="list-style-type: none"> • Management von Unterbrechungen und Störungen

Direkte Evaluation der Trainings durch die Teilnehmer

44 Pflegende insgesamt nahmen an dem Training teil. Jedes durchgeführte Modul wurde von den Teilnehmern im Anschluss bewertet. Es liegen 45 Bewertungen des ersten und 41 Bewertungen des zweiten Moduls vor.

Die Seminarevaluation fragte nach Organisation und Verlauf des Trainings (Umfang, Dauer, Rahmen, Inhalte etc.) sowie den erwarteten Effekten des Trainings.

Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Training insgesamt sowie der Dozentin und den Inhalten ist in Abbildung 2 dargestellt. Diese wurde auf einer 6-stufigen Skala mit 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden angegeben. Demnach war die

Zufriedenheit in allen Kliniken sehr hoch. In zwei Kliniken, deren Pflegepersonal gemeinsam trainiert wurde, fiel die Zufriedenheit etwas geringer aus.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit dem Training in den sechs Kooperationskliniken

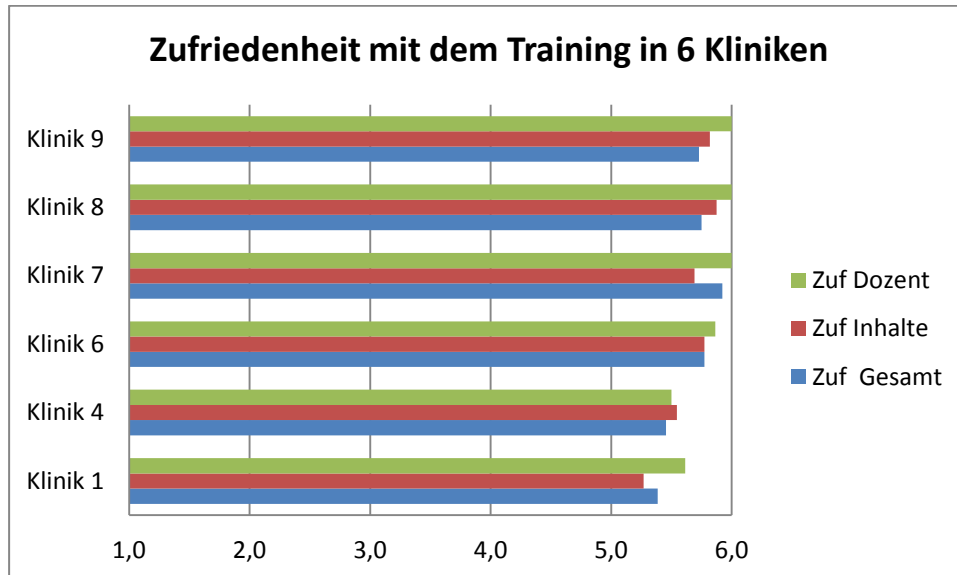
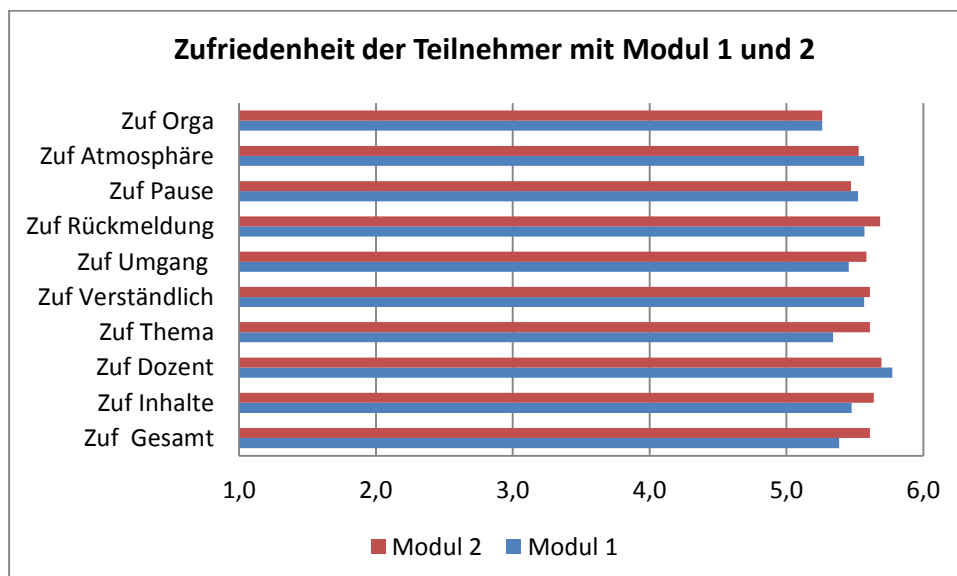


Abbildung 3: Zufriedenheit der Teilnehmer mit Modul 1 und 2



In Abbildung 3 sind die Zufriedenheitswerte mit verschiedenen Aspekten des Trainings in Modul 1 und 2 dargestellt. Dem ist zu entnehmen, dass die Zufriedenheit in Modul 2 höher war, insbesondere, was die Inhalte und die Themen betrifft. Das passt zusammen mit den Ergebnissen der Bedarfsanalyse, wonach sich die Pflegenden vor allem Unterstützung im Hinblick auf schwierige

Patienteninteraktionen wünschten. Auch verbessert sich erfahrungsgemäß die Gruppeninteraktion am zweiten Tag, die sich am ersten Tag noch einspielen muss.

7. Ergebnisse

Teilnehmerquote und Rücklauf der Fragebögen in Baseline und Interventionsgruppe

Die Teilnehmerquote bei den Rehabilitanden wurde ausgehend von der Zahl der Patienten ermittelt, die den Fragebogen P1 zugeschickt bekamen, die tatsächlich angereist sind und die von der Projektverwaltung erfasst wurden, so dass der Informationsbogen bei Anreise (IBA) vorlag⁷. Die Teilnehmerquote, d.h. die Zahl der Patienten, die bei Anreise in die Erhebung eingeschlossen wurden, im Verhältnis zu denen, die vor Anreise angeschrieben wurden, lag während der Baseline im Mittel bei 47%, in der Interventionsgruppe bei 40%. Die Teilnehmerquote umfasst Patienten, die zur Teilnahme bereit waren und auf die keine Ausschlusskriterien zutrafen (z.B. unzureichende Deutschkenntnisse). Demnach war in beiden Erhebungen weniger als die Hälfte der angeschriebenen Patienten zur Studienteilnahme bereit oder geeignet. Die Teilnehmerquote variierte von Einrichtung zu Einrichtung und lag in der Baselinegruppe zwischen 34% und 59%, in der Interventionsgruppe zwischen 30% und 53% (s. Tabelle 3).

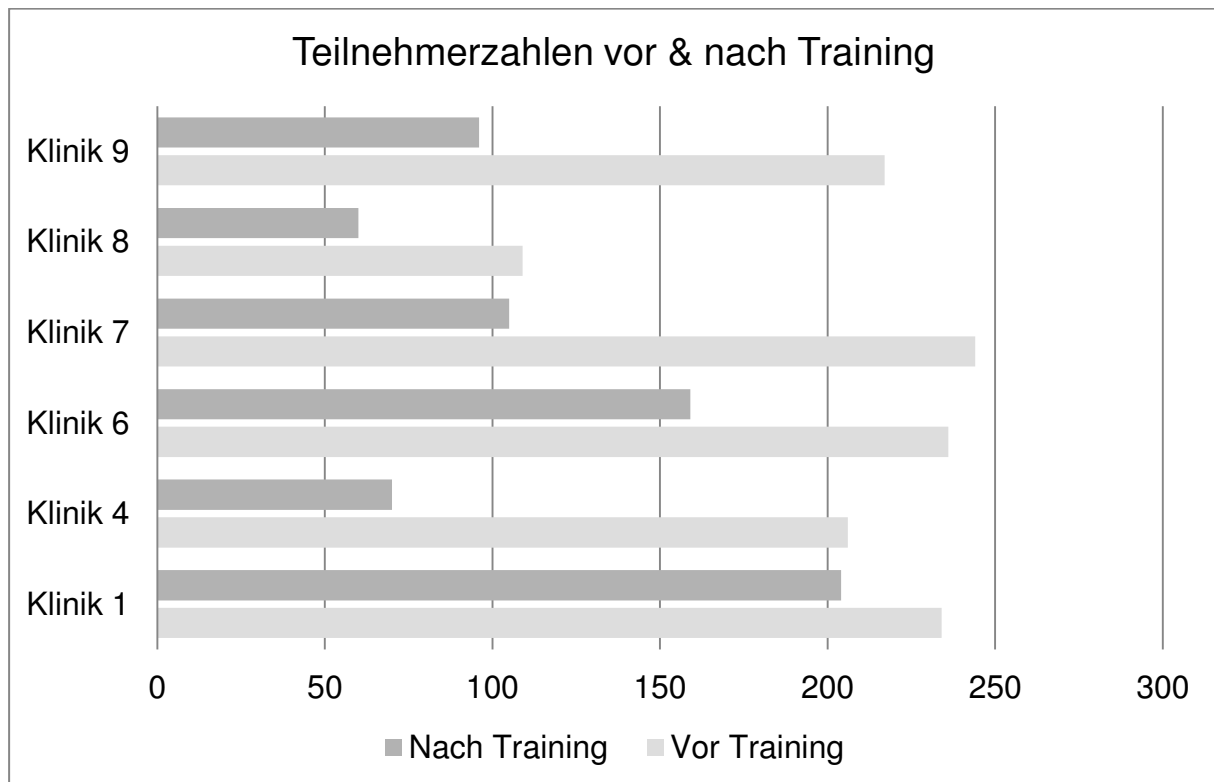
1246 Patienten vor dem Training und 694 Patienten nach dem Training wurden als Teilnehmer bei Anreise eingeschlossen. Damit war die Zahl der rekrutierten Patienten *vor* dem Training doppelt so hoch wie die Zahl der rekrutierten Patienten *nach* dem Training.

Die Gründe für die geringere Zahl der rekrutierten Patienten nach dem Training können nur vermutet werden. Zum einen führten personelle und organisatorische Gründe (wie Baumaßnahmen) in mindestens einer Einrichtung zu einem vorzeitigen Ende der Erhebung nach dem Training. Auch könnten nach einer langen Erhebungsphase Sättigungseffekte eingetreten sein, zumal das Training als Anreiz wegfiel.

In der Tendenz waren in allen Kliniken geringere Fallzahlen in der Interventionsgruppe zu beobachten, jedoch waren die Differenzen unterschiedlich groß (s. Abbildung 4; Tabelle 3).

⁷ Beides war nicht immer der Fall.

Abbildung 4: Teilnehmerzahlen vor & nach Training



Die Einbußen bei den Teilnehmern im Verlauf der Erhebung waren mit 49% in der Baselinegruppe und 38% in der Interventionsgruppe relativ hoch. Diese Dropouts gehen größtenteils auf Abbrüche, teilweise aber auch auf sehr unvollständig ausgefüllte Fragebögen zurück. Obwohl ausreichende sprachliche und kognitive Fähigkeiten vor der endgültigen Zuweisung geprüft wurden, könnten Rehabilitanden mit der Bearbeitung überfordert gewesen sein. Die drei Patientenfragebögen waren mit bis zu 20 Seiten recht umfangreich.

6 Fragebögen und insgesamt 7 Dokumente, die zu *einem* Fall gehörten, aber von unterschiedlichen Personen zu bearbeiten und zu verwalten waren, stellten außerdem hohe Anforderungen an die Studienverwaltung vor Ort und im durchführenden Institut. Das Risiko, dass einzelne Dokumente verloren gehen, war erheblich.

Insgesamt gingen N=637 vollständige Datensätze in der Baseline und N=428 vollständige Datensätze aus der Interventionsgruppe in die Auswertung ein.

Tabelle 3: Teilnehmerquoten und Dropout-Raten der Kliniken im Vergleich

<i>Vor Training</i>	P1 zugeschickt, IBA liegt vor	Bei Anreise eingeschlossen	% von zuge- schickt	In Auswertung eingeschlossen	% von Teil- nehmern	Dropout- Rate
Klinik 1	493	234	0,47	158	0,68	0,32
Klinik 4	351	206	0,59	104	0,50	0,50
Klinik 6	463	236	0,51	129	0,55	0,45
Klinik 7	714	244	0,34	110	0,45	0,55
Klinik 8	190	109	0,57	48	0,44	0,56
Klinik 9	456	217	0,48	88	0,41	0,59
Gesamt vor Training	2667	1246	0,47	637	0,51	0,49
<i>nach Training</i>	P1 zugeschickt, IBA liegt vor	Bei Anreise eingeschlossen	% von zuge- schickt	In Auswertung eingeschlossen	% von Teil- nehmern	Dropout- Rate
Klinik 1	525	204	0,39	151	0,74	0,26
Klinik 4	133	70	0,53	25	0,36	0,64
Klinik 6	398	159	0,40	101	0,64	0,36
Klinik 7	346	105	0,30	59	0,56	0,44
Klinik 8	141	60	0,43	34	0,57	0,43
Klinik 9	191	96	0,50	58	0,60	0,40
Gesamt nach Training	1734	694	0,40	428	0,62	0,38

	P1 zugeschickt, IBA liegt vor	Bei Anreise eingeschlossen	% von zuge- schickt	In Auswertung eingeschlossen	Dropout- Rate
Gesamt vor Training	2667	1246	0,47	637	0,49
Gesamt nach Training	1734	694	0,40	428	0,38

Vergleich der Stichprobenmerkmale der Rehabilitanden vor und nach Training

Für den Vergleich der Stichproben der Rehabilitanden vor und nach Training wurde der Patientenfragebogen P1 und der Informationsbogen bei Anreise (IBA) herangezogen. Da letzterer nicht für alle Teilnehmer vorlag, ergeben sich unterschiedliche Fallzahlen. Überwiegend beziehen wir uns auf die Angaben im

Patientenfragebogen P1. Angaben zum Verfahren und der Indikation entnahmen wir dem Informationsbogen bei Anreise (IBA).

Tabellen 7 und 8 (im Anhang) zeigen den Vergleich der Patientenstichproben vor und nach Training hinsichtlich einiger zentraler Parameter.

Demnach wiesen Patienten in der Interventionsstichprobe gegenüber der Baseline die folgenden signifikanten Unterschiede auf:

- Patienten nach Training waren geringfügig älter (53 versus 51 Jahre in der Baseline).
- Patienten nach Training waren öfter Frauen (47% versus 40% in der Baseline).
- Patienten nach Training waren öfter teilzeitbeschäftigt (19% versus 15%)
- Patienten nach Training kamen öfter im Heilverfahren (32% versus 23%) und seltener im Anschluss an eine Operation (Anschlussheilverfahren; 68% versus 77% in der Baseline).
- Patienten nach Training waren öfter wegen einer orthopädischen Erkrankung (77% versus 65%) und seltener wegen einer Stoffwechselerkrankung (3% versus 10%) in der Rehabilitation.

Ergebnisdarstellung zu den Fragestellungen 1 bis 3

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der drei in Kapitel 5 formulierten Fragestellungen dargestellt.

Fragestellung 1: Wie bewerten Pflegende und Patienten das gemeinsame Aufnahmegespräch?

Die Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche von Pflegenden und Patienten in der *Baseline* wurden miteinander verglichen, um zu prüfen, ob es Hinweise auf systematische Unterschiede zwischen den Bewertungen der Pflegenden und Patienten gibt. Dazu wurden die Item-Mittelwerte sowie die Mittelwerte der Indexe (a) für Kommunikationsförderer und (b) für Kommunikationsstörer der Patienten- und der Pflegenden-Bewertungen mittels t-Test verglichen. Die Vergleiche wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben⁸ und, da die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht erfüllt waren, zusätzlich mittels Wilcoxon-Test durchgeführt. Außerdem wurden Bonferroni-Korrekturen der Signifikanzen aufgrund der Mehrfachvergleiche durchgeführt.

⁸ Der Test für abhängige Stichproben wurde gewählt, da sich die Bewertungen beider Gruppen auf den gleichen Gegenstand richten, nämlich das gemeinsame Gespräch (s.a. Fußnote 9).

In den folgenden Abbildungen sind die Itemmittelwerte der Pflegenden und Patienten vor Training über alle Kliniken für die förderlichen Verhaltensaspekte (Abbildung 5), die affektiven Gesprächsförderer (Abbildung 6) und für die Kommunikationsstörer (Abbildung 7) dargestellt.

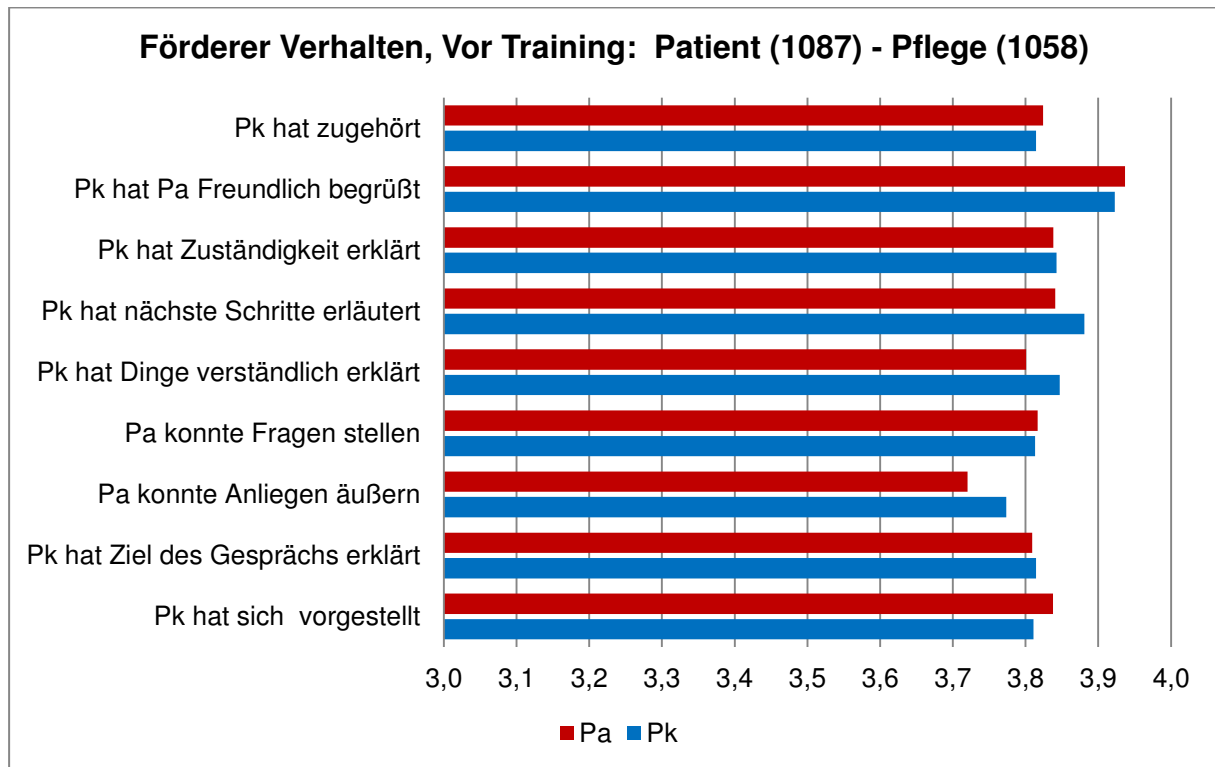
Insgesamt fällt auf, dass sich alle Itemmittelwerte beider Gruppen nahe am positiven Endpunkt der Skala bewegen (4=*Stimmt genau*). Die Bewertungen von Pflegenden und Patienten fallen also sehr positiv aus und zeigen geringe Varianz, so dass man von Deckeneffekten sprechen kann. Dennoch sind einige Unterschiede erkennbar (wenn auch nicht signifikant).

Die *gesprächsfördernden Verhaltensaspekte* (Abbildung 5) wurden von beiden Parteien überwiegend gleich gut bewertet, einige Aspekte jedoch wie *Nächste Schritte erläutert* und *Dinge verständlich erklärt* wurden von den Pflegenden positiver bewertet als von den Patienten.

Bei den *affektiven Gesprächsförderern* ergeben sich zwei *signifikante* Unterschiede. So sind die Patienten mit dem Verlauf des Gespräches im Mittel zufriedener als die Pflegenden und stimmen stärker zu, dass sie sich in dem Gespräch wohlfühlt haben.

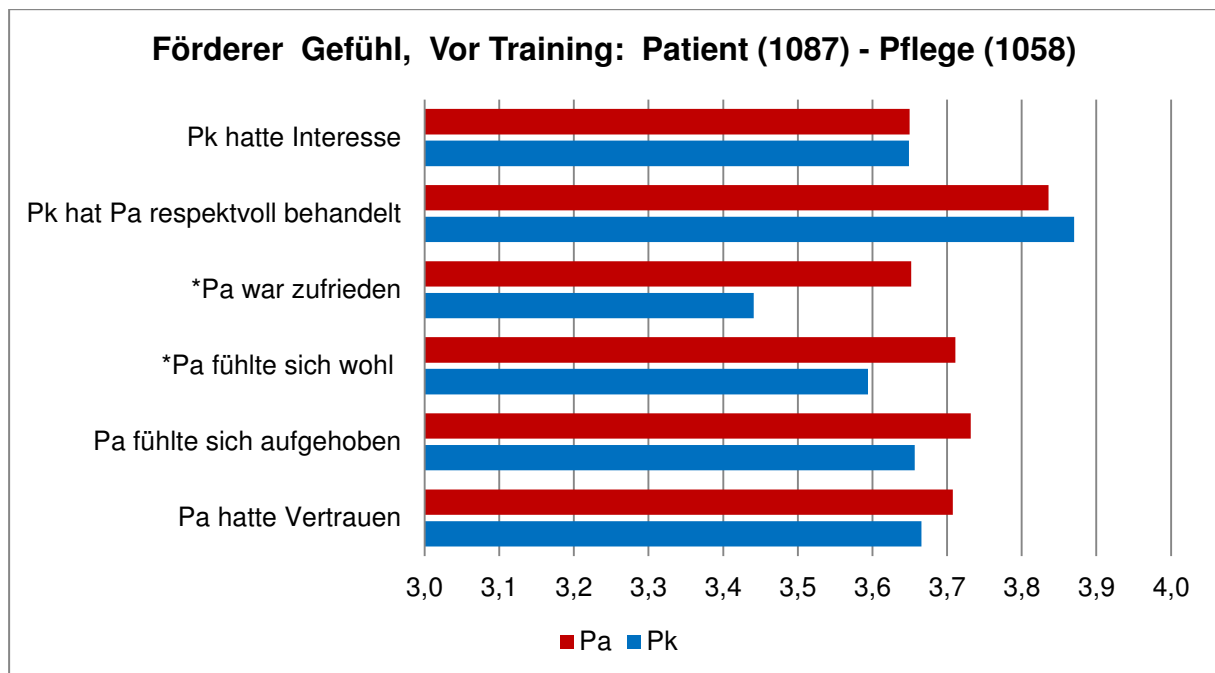
Weitere *signifikante* Unterschiede fanden sich hinsichtlich der *Gesprächsstörer*: Pflegende nahmen in dem Gespräch Wartezeiten und Zeitdruck ausgeprägter wahr als die Patienten. Den Aufwand der Dokumentation schätzten dagegen die Patienten im Mittel höher ein als die Pflegenden.

Abbildung 5: Gesprächsförderer Verhalten, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)



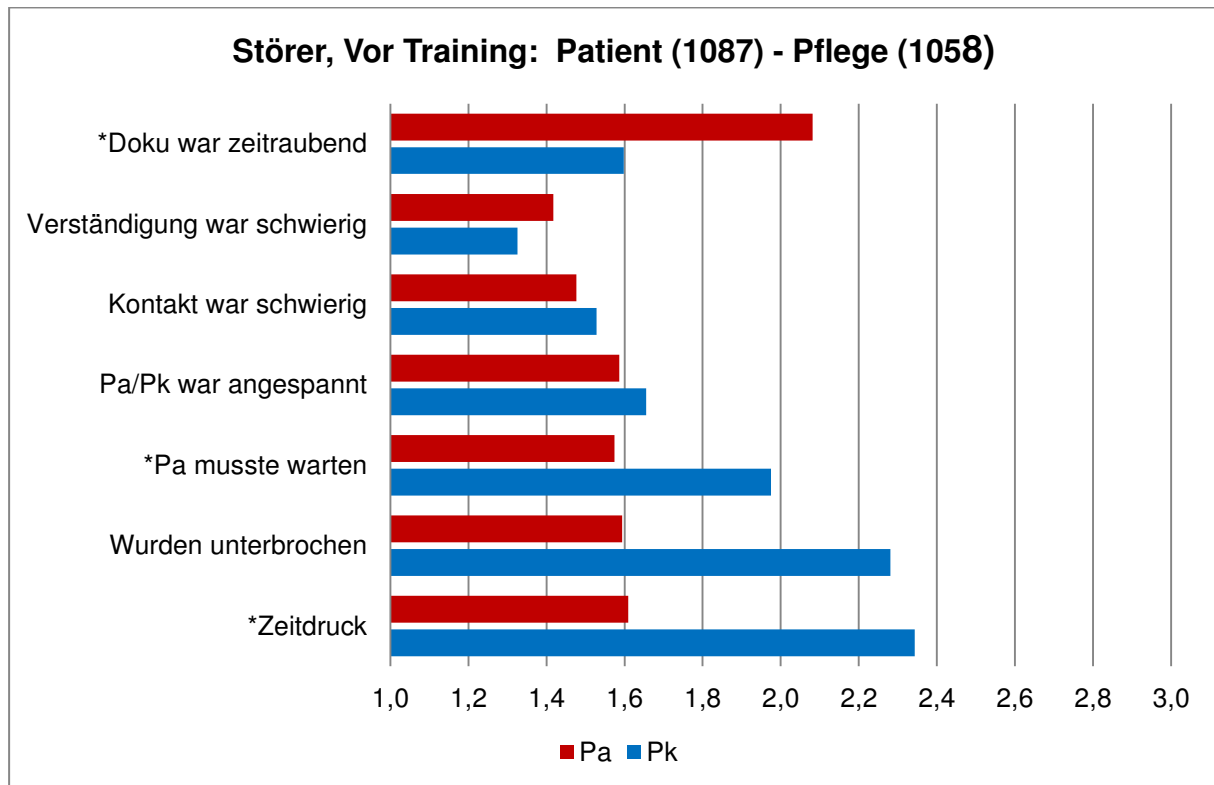
Pa= Patienten; Pk= Pflegekräfte; *=p < .05

Abbildung 6: Gesprächsförderer affektiv, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)



Pa= Patienten; Pk= Pflegekräfte; *=p < .05

Abbildung 7: Gesprächsstörer, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)



Pa= Patienten; Pk= Pflegekräfte; *=p < .05

Fragestellung 2: Verbessert ein Interaktionstraining die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten?

Fragestellungen und Hypothesen

Als Hauptzielgröße wurde die Bewertung des Aufnahmegesprächs durch Patienten festgelegt. Aber auch die Bewertung der Gespräche durch die Pflegekräfte könnte sich durch das Training positiv verändern. Hierzu wurden die folgenden Hypothesen formuliert:

- (1) Die Qualität der pflegerischen Aufnahmegespräche wird von den *Patienten*, die *nach* dem Kommunikationstraining des Pflegepersonals zur Rehabilitation kommen, besser bewertet als von Patienten, die *vor* dem Training zur Rehabilitation gekommen sind:
 - a. Der Index Kommunikationsförderer, gebildet aus Patientenbewertungen weist nach dem Training *höhere* Werte auf als vor dem Training
 - b. Der Index Kommunikationsstörer, gebildet aus Patientenbewertungen, weist nach dem Training niedrigere Werte auf als vor dem Training.
- (2) Die Qualität der pflegerischen Aufnahmegespräche wird von den *Pflegenden* nach dem Kommunikationstraining besser bewertet als vor dem Training:

- a. Der Index *Kommunikationsförderer*, gebildet aus Pflegebewertungen weist nach dem Training höhere Werte auf als vor dem Training
- b. Der Index *Kommunikationsstörer*, gebildet aus Pflegebewertungen, weist nach dem Training niedrigere Werte auf als vor dem Training.

Wie in Kapitel 6 (Befragungsinstrumente) bereits berichtet, wurden alle Items des GBB, die auf Faktor 1 luden, zu einem Index *Gesprächsförderer*, alle Items die auf Faktor 2 luden, zu einem Index *Gesprächsstörer* zusammengefasst (als Mittelwert aller auf dem Faktor 1 bzw. 2 ladenden Items). Beide Indexe jeweils für die Patienten- und die Pflegendenbewertungen wurden mittels t-Test und Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben auf Unterschiede vor und nach dem Training überprüft⁹.

Vergleich der Indexe vor und nach Training

Wie aus Tabelle 4 und den Abbildungen 8 und 9 ersichtlich, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in beiden Indexen vor und nach Training. In der Tendenz liegen die von den Pflegenden bewerteten *Gesprächsförderer* nach dem Training geringfügig höher. Bei den Patienten dagegen findet sich kein Unterschied bzw. eher eine leichte Abnahme der *Gesprächsförderer* nach dem Training.

In den Bewertungen der Pflegenden nahmen die *Gesprächsstörer* wie erwartet (wenn auch nicht signifikant) ab. Bei den Patienten ist eher eine Zunahme der *Gesprächsstörer* nach Training (ebenfalls nicht signifikant) zu beobachten.

Die analoge Analyse für die einzelnen Kliniken ergab zwar in Einzelfällen ausgeprägtere Effekte in erwarteter Richtung, jedoch konnten die Effekte in keinem Fall als signifikant abgesichert werden. Somit gilt für alle vier oben formulierten Hypothesen, dass sie nicht durch die Daten bestätigt werden konnten.

⁹ Es lassen sich Argumente für die Verwendung von Tests sowohl für abhängige als auch für unabhängige Stichproben finden. Nach Beratung mit Prof. Thomas Staufenbiel (Universität Osnabrück) erscheint die Anwendung von Tests für abhängige Stichproben jedoch plausibler, da die Bewertungen zwar von unterschiedlichen Patienten vorgenommen wurden, sich jedoch auf das Verhalten derselben Pflegekräfte beziehen. Genaugenommen liegt hier eine Kombination abhängiger (Pflegekraft) und unabhängiger Varianzquellen (Patienten) vor.

Tabelle 4: Mittelwerte der Indexe Gesprächsförderer und Gesprächsstörer für die Gesprächsbewertungen der Patienten und Pflegenden vor und nach Training

Alle Kliniken	Index Förderer						Differenz
	Vor Training			Nach Training			
Bewertungen durch	N	M	SD	N	M	SD	T2-T1
Patienten N=1123	1123	3,78	0,14	637	3,75	0,20	-0,03
Pflegende N= 45	1083 ¹⁰	3,76	0,25	645	3,79	0,20	0,03
Alle Kliniken	Index Störer						Differenz
	Vor Training			Nach Training			
Bewertungen durch	N	M	SD	N	M	SD	T1-T2
Patienten N= 1114	1114	1,62	0,20	631	1,67	0,27	-0,05
Pflegende N=45	1081	1,81	0,43	645	1,74	0,45	0,07

Alle Kliniken	Förderer		Störer	
	t/z	p	t/z	p
Patienten	z = -0,344	0,7306	z = -1,326	0,1847
Pflegende	z = 0,525	0,5997	t = 1,4623	0,1508

¹⁰ Anzahl der Gesprächsbewertungen durch 45 Pflegende

Abbildung 8: Index Gesprächsförderer aus Gesprächsbewertungen vor und nach Training¹¹

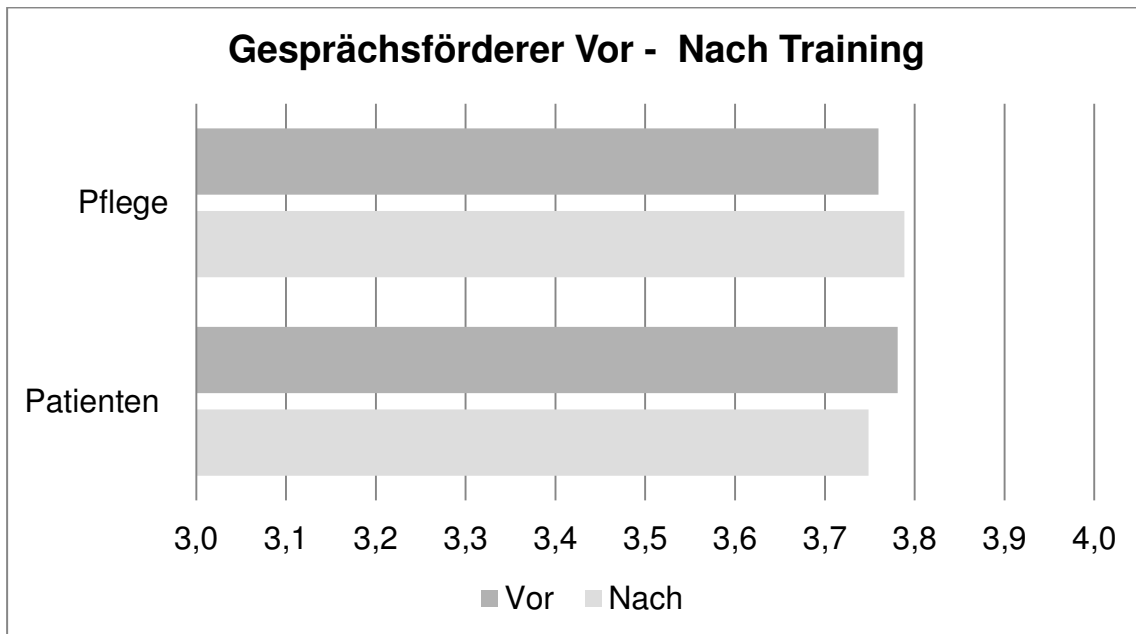
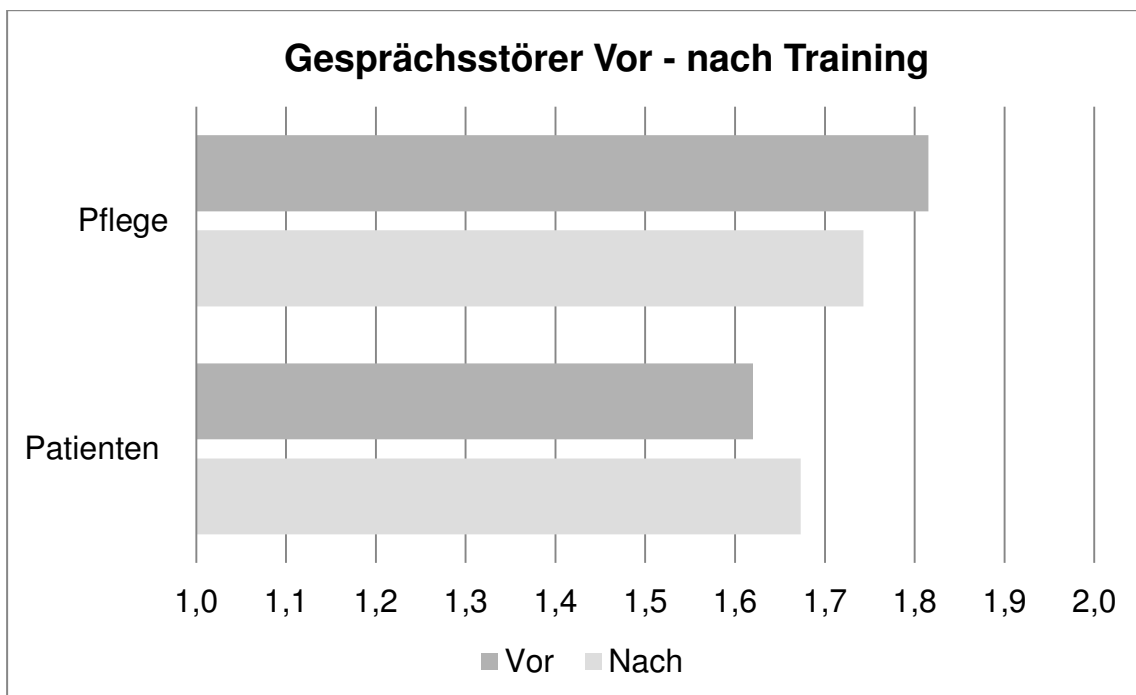


Abbildung 9: Index Gesprächsstörer aus Gesprächsbewertungen vor und nach Training



¹¹ N können Tabelle 4 entnommen werden

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege-Patienten-Interaktion und kurz- sowie langfristigen Reha-Ergebnissen?

Im Projekt OptiPPar sollte überprüft werden, ob und in welchem Maße die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten bei Aufnahme mit (kurz- und langfristigen) erwünschten Reha-Ergebnissen in Zusammenhang steht. Ein entsprechender Zusammenhang wurde in der P.A.INT-Studie (Dibbelt et al., 2010) zwischen der Interaktionsqualität im ärztlichen Aufnahmegespräch und den Behandlungsergebnissen gefunden.

Hierzu wurden die folgenden Hypothesen formuliert:

Die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten bei Aufnahme bewertet

- durch die Patienten
- durch die Pflegenden

korreliert positiv mit der Reduktion von Schmerzen, psychischer Belastung sowie der Krankheitstage

- vor Entlassung und
- 6 Monate nach Entlassung.

Pearson-Korrelationen zwischen der Qualität der Pflege-Patienten-Interaktion und Reha-Ergebnissen bei Entlassung und sechs Monate nach Entlassung

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Pearson-Korrelationen zwischen den Differenzen der Gesundheitsmaße zwischen P1 und P2 einerseits und P1 und P3 andererseits ermittelt. Keine der Pearson-Korrelationen lag über dem Wert von $r=0,10$ oder erwies sich als signifikant. Mit anderen Worten, die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen Behandlungsergebnissen und der bei Aufnahme beurteilten Gesprächsqualität besteht, konnte auf diesem Wege nicht bestätigt werden.

Vergleich der Behandlungsergebnisse für die Patienten-Gruppen mit hoher und geringer Interaktionsqualität

Der Zusammenhang zwischen der Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten bei Aufnahme und (erwünschten) Reha-Ergebnissen wurde außerdem auf folgende Weise überprüft:

Es wurde der Median des Förderer-Indexes über alle *Patienten*bewertungen ermittelt. Der Wert des Medians lag bei $Md=3,8$ (und damit am oberen Ende der Skala, ein weiterer Hinweis auf Deckeneffekte). Anhand des Medians wurde die Patientenstichprobe in zwei Gruppen eingeteilt: (1) Die Hochbewerter, deren Förderer-Indexe über dem Median lagen, die also den Kontakt mit der Pflegekraft sehr positiv bewerteten und die (2) Niedrigbewerter, deren Förderer-Indexe unter

dem Median lagen, die also den Kontakt mit der Pflegekraft etwas weniger gut bewerteten.

Sowohl für den Zeitpunkt vor Entlassung (P2) als auch für den Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Entlassung (P3) wurden die Differenzen der Personenmerkmale (hauptsächlich aus dem IRES 3) zu den Werten P1 (vor Reha) berechnet und diese mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests verglichen.

Abbildung 10 zeigt die mittleren erwünschten Reha-Effekte der Gruppen mit hoher und niedriger Gesprächsqualität im Vergleich *vor Entlassung (P2)*, Abbildung 11 die mittleren Reha-Effekte der beiden Gruppen im Vergleich sechs Monate nach Entlassung (P3).

Vor Entlassung (P2) ergeben sich signifikant überlegene Effekte in der Gruppe mit hoher Gesprächsqualität gegenüber der Gruppe mit niedriger Gesprächsqualität hinsichtlich der Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)¹², der Krankheitsbewältigung (Coping), der Schmerzhäufigkeit und der Selbsteinschätzung der Gesundheit. Sechs Monate nach Entlassung finden sich signifikant überlegene Effekte in der Gruppe mit hoher Gesprächsqualität gegenüber der Gruppe mit niedriger Gesprächsqualität hinsichtlich der Mobilität und in der Tendenz ebenfalls hinsichtlich der Krankheitsbewältigung (Coping), der Schmerzhäufigkeit und der Selbsteinschätzung der Gesundheit (s. Abbildung 11). Damit scheint die von den Rehabilitanden bewertete Gesprächsqualität mit wichtigen Reha-Ergebnissen positiv zu kovariieren.

¹² Die Differenzwerte der HOM und HOP-Skala fallen aufgrund der Berechnung der Skalenwerte im Verhältnis zu den übrigen Skalen gering aus.

Abbildung 10: Kurzfristige mittlere Reha-Effekte (Differenz P2-P1) bei hoher und niedriger Gesprächsqualität (GQ)

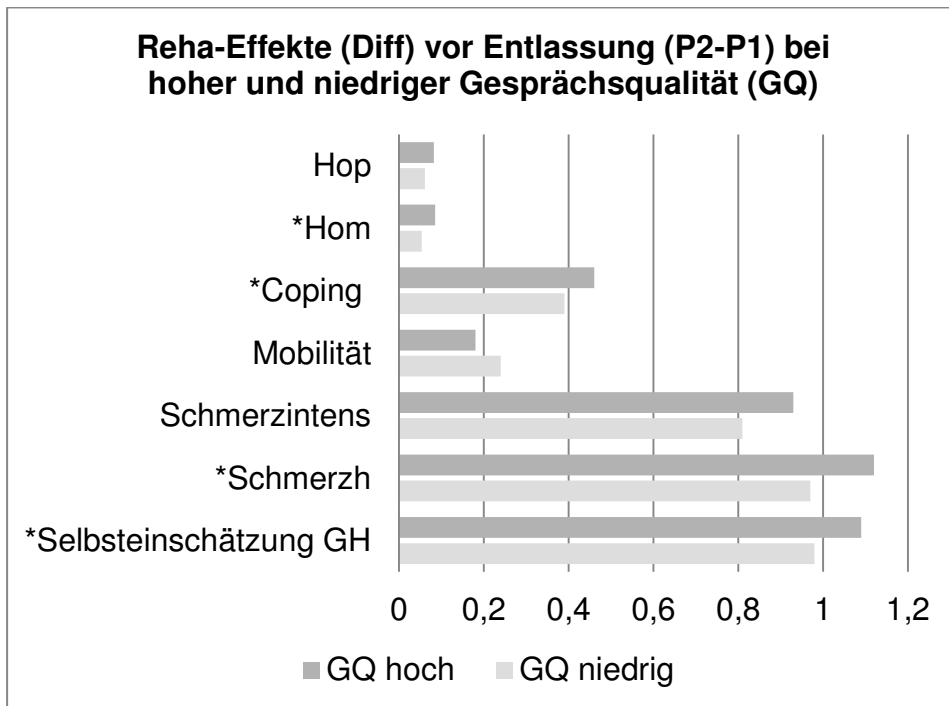
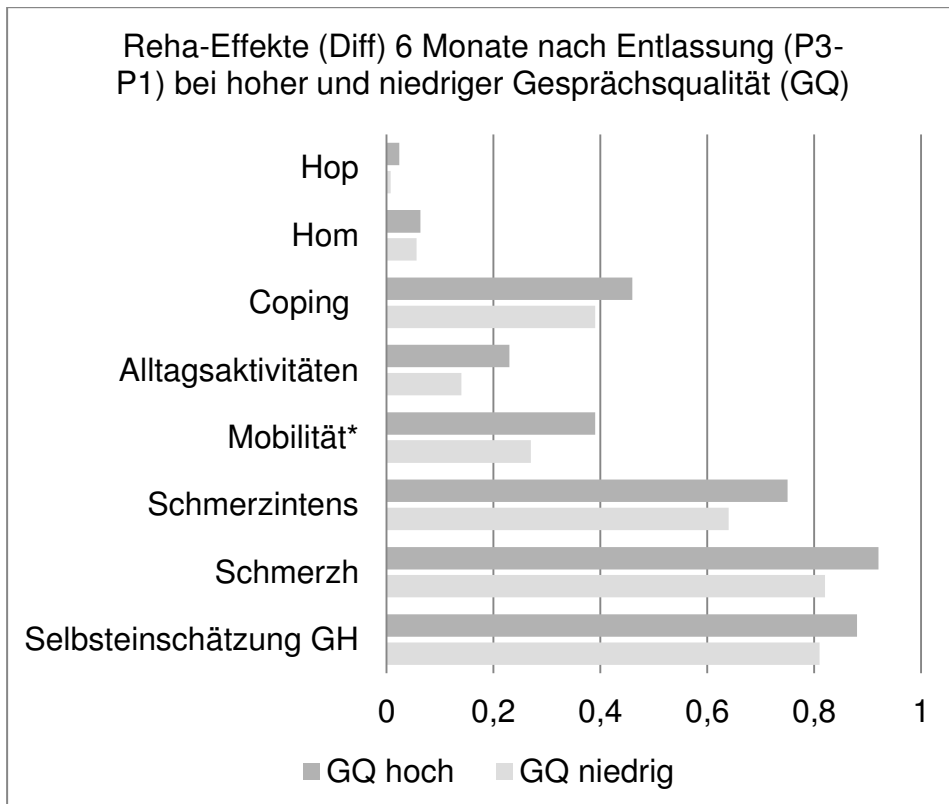


Abbildung 11: Langfristige Mittlere Reha-Effekte (Differenz P3-P1) bei hoher und niedriger Gesprächsqualität (GQ)



8. Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassung

In dem Projekt OptiPPar wurden in 6 Reha-Kliniken die Bewertungen von Patienten und Pflegenden des gemeinsamen Aufnahmegespräches vor und nach Durchführung eines Kommunikationstrainings erfasst, mit dem Ziel, mögliche Effekte des Kommunikationstrainings an den Bewertungen des Gespräches ablesen zu können.

Dazu wurde der Gesprächsbewertungsbogen mit insgesamt 22 Items in Aussageform entwickelt. Ein Teil der Items bezog sich auf das Gesprächsverhalten der Pflegenden, ein anderer Teil auf das affektive Erleben des Gespräches durch die Patienten, ein dritter Teil auf (erlebte) Störfaktoren. Die Antwortskala erfasste die Zustimmung zur Aussage des Items in vier Stufen von *Stimmt gar nicht* (1) bis *Stimmt genau* (4). Eine explorative Faktorenanalyse ergab 2 Faktoren, wobei die positiv formulierten Aspekte auf dem ersten Faktor, die Störfaktoren eher auf dem zweiten Faktor luden. Beide Itemkategorien wurden zu dem sogenannten Index der Gesprächsförderer bzw. dem Index der Gesprächsstörer zusammengefasst.

Es wurden drei Fragestellungen untersucht:

Fragestellung 1: Wie bewerten Pflegende und Patienten das gemeinsame Aufnahmegespräch?

Um die Frage zu beantworten, wurden die Itemmittelwerte der Gesprächsbewertungen durch Patienten und Pflegende miteinander verglichen. Die *gesprächsfördernden Verhaltensaspekte* wurden von beiden Parteien überwiegend gleich gut bewertet, einige Aspekte jedoch wie *Nächste Schritte erläutert* und *Dinge verständlich erklärt* bewerteten die Pflegenden positiver als die Patienten.

Bei den *affektiven Gesprächsförderern* ergaben sich zwei *signifikante* Unterschiede. So sind die Patienten mit dem Verlauf des Gespräches im Mittel zufriedener als die Pflegenden und stimmen stärker zu, dass sie sich in dem Gespräch wohlfühlt haben. Weitere *signifikante* Unterschiede fanden sich hinsichtlich der *Gesprächsstörer*: Pflegende nahmen in dem Gespräch Wartezeiten und Zeitdruck ausgeprägter wahr als die Patienten. Den Aufwand der Dokumentation schätzten dagegen die Patienten im Mittel höher ein als die Pflegenden.

Insgesamt erwiesen sich die Bewertungen vor dem Training bereits so positiv, dass kaum noch Spielräume für eine Verbesserung bestanden. Dieser sogenannte Deckeneffekt war auch am Median der Patientenbewertungen (s. Fragestellung 3) erkennbar: Demnach hatten bereits vor Training 50% der Bewertungen der positiven Aspekte (Fördererindex) eine extrem positive Ausprägung: Sie lagen oberhalb eines Wertes von 3,8 auf einer Skala von 1 (negativer Pol) bis 4 (positiver Pol).

Fragestellung 2: Verbessert ein Interaktionstraining die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Patienten?

Die Bewertungen der gemeinsamen Aufnahmegespräche durch Pflegende und Patienten vor und nach dem Kommunikationstraining unterschieden sich nicht signifikant. Tendenziell fielen die Bewertungen der Pflegenden nach dem Training geringfügig besser aus als vor dem Training, die Bewertungen der Patienten nach dem Training dagegen etwas schlechter. Jedoch konnten diese geringfügigen Unterschiede nicht abgesichert werden. Auch auf der Ebene der einzelnen Items und der einzelnen Kliniken konnten in dieser Analyse keine signifikanten Effekte des Trainings nachgewiesen werden.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege-Patienten-Interaktion und kurz- sowie langfristigen Reha-Ergebnissen?

Direkte positive Zusammenhänge zwischen den Bewertungen der Aufnahmegespräche durch Patienten und den kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen (Differenzen der Gesundheitsmaße zwischen t1 (vor Reha) und t2 (vor Entlassung) bzw. t3 (sechs Monate nach Entlassung)) konnten nicht bestätigt werden: Die Pearson-Korrelationen waren bis auf eine Ausnahme nicht größer als $r = 0.10$. Jedoch zeigten Vergleiche zweier Patientengruppen, die durch Mediansplit des Indexes für Gesprächsförderer (aus Items des Gesprächsbewertungsbogens gebildet) gewonnen wurden, dass die Patientengruppe, deren Index der Gesprächsförderer im Mittel über dem Median lagen, überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Schmerzhäufigkeit, der Krankheitsbewältigung (Coping), der Selbsteinschätzung der Gesundheit sowie der Handlungsorientierung (nach Misserfolg) und sechs Monate nach Entlassung auch überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Mobilität aufwies. Damit scheint sich ein Einfluss der Gesprächsqualität des Aufnahmegesprächs in der Pflege auf die Reha-Ergebnisse zu manifestieren.

Diskussion

Hinsichtlich der Hauptfragstellung – Effekte des Kommunikationstrainings – konnten die Hypothesen nicht bestätigt werden: Die Gesprächsbewertungen durch Pflegende und Rehabilitanden unterschieden sich vor und nach Training nicht. Insgesamt lagen die Bewertungen beider Gruppen bereits vor dem Training auf einem sehr hohen positiven Niveau, so dass kaum noch Verbesserungspotential bestand.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Gesprächsbewertung per se bereits das Gesprächsverhalten der Pflegenden verbessert hat: (a) durch erhöhte Selbstkontrolle der Pflegenden (Checklisteneffekt) und (b) durch das Wissen um die Bewertung durch die Patienten. Diese Effekte könnten mögliche Trainingseffekte überlagert haben.

Das Kommunikationstraining umfasste 2 Tage, und stellte damit eine eher kleine „Trainingsdosis“ dar, die möglicherweise nicht zu nachhaltigen langfristigen Verhaltensänderungen beigetragen hat.

Anhand des Mediansplits wurde der Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Aufnahmegespräche durch Patienten und den kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen (Differenzen der Gesundheitsmaße zwischen t1 (vor Reha) und t2 (vor Entlassung) bzw. t3 (sechs Monate nach Entlassung) deutlich: Patienten, deren Gesprächsbewertungen im Mittel über dem Median lagen, wiesen bei Entlassung überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Schmerzhäufigkeit, der Krankheitsbewältigung (Coping), der Selbsteinschätzung der Gesundheit sowie der Handlungsorientierung (nach Misserfolg) und sechs Monate nach Entlassung auch überlegene Reha-Ergebnisse hinsichtlich der Mobilität auf. Ein Vergleich der Gesprächsbewertungen durch Pflegende und Rehabilitanden ergab, dass Pflegende vor allem Störfaktoren als stärker ausgeprägt bewerten als die Patienten. Aus diesen Ergebnissen kann das Fazit gezogen werden, dass sich Pflegende der *Qualität*, aber auch des *Einflusses* ihrer Kommunikation mit Patienten stärker bewusst sein sollten.

Die erhobenen Daten bieten das Potential für weitere Analysen und die Bearbeitung von Fragestellungen, die aus Zeitgründen im Berichtszeitraum nicht mehr vorgenommen werden konnten, aber für Publikationen noch erfolgen sollen, darunter:

- Die Überprüfung der Effektivität des Trainings in Subgruppen von Rehabilitanden, einzelnen Kliniken oder Indikationen
- Die Überprüfung, welche Merkmale von Rehabilitanden und Pflegenden mit guter Gesprächsqualität zusammen hängen, darunter die Persönlichkeitsmerkmale der Big Five (Extraversion, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit), die Ausprägung des Anschluss-, Leistungs- oder Machtmotivs, die soziale Kompetenz, der Interaktionsstil sowie die Passung der Interaktionsstile zwischen den Gesprächspartnern.
- Die Überprüfung, welchen Einfluss die Gesprächsqualität des pflegerischen Aufnahmegesprächs im Verhältnis zu der Qualität der Betreuung durch Ärzte und Therapeuten auf Behandlungsergebnisse hat. Diese wurde ebenfalls von Patienten bewertet.

Insgesamt wurde in dem Projekt OptiPPar eine Vielzahl von Variablen erhoben, die eine umfassende Analyse der Determinanten der Pflege-Patient-Kommunikation sowie ihrer Konsequenzen für den Erfolg der Rehabilitation erlauben.

9. Veröffentlichungen, Vorträge, Präsentationen auf Tagungen

Auf den folgenden Tagungen wurde bis heute über das OptiPPar-Projekt berichtet:

Dibbelt S, Wulfert E, Hotze E, Greitemann B (2014). Qualität der Kommunikation in der Reha-Pflege: Übereinstimmungen und Unterschiede in der Beurteilung gemeinsamer Aufnahmegespräche von Pflegenden und Rehabilitanden. Ergebnisse aus dem Projekt OptiPPar. Poster auf dem 13. Kongress für Versorgungsforschung in Düsseldorf, 25.6.- 27.6. 2014.

Dibbelt S, Wulfert E, Hotze E, Greitemann B (2013). Die Interaktion zwischen Pflegenden und Rehabilitanden: Wie beurteilen Patienten und Pflegende ihre gemeinsamen Aufnahmegespräche? Ergebnisse aus dem Projekt OptiPPar II. 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz: Teilhabe 2.0 - Reha neu denken? DRV Schriften Band 101, 210-211.

Dibbelt S (2012). Zwischenbericht zum Projekt OptiPPar II – Optimierung der pflegerischen Patientenkontakte. Arbeitskreis Pflege und Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, Kreischa, Februar 2012.

Dibbelt S, Wulfert E, Hotze E, Greitemann B (2012). Patient nurse communication in rehabilitation: How do patients and nurses evaluate their shared interaction? Vortrag auf der *International Conference der European Association for Communication in Healthcare* (EACH) 4. -7. September 2012, St. Andrews University, Scotland, UK.

Dibbelt S, Wulfert E, Hotze E, Greitemann B (2012). Patient-Nurse-Interaction in Rehabilitation: Which tasks, conditions and required skills do nurses perceive in communication? Poster auf der *International Conference der European Association for Communication in Healthcare* (EACH)" 4. -7. September 2012, St. Andrews University, Scotland, UK.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell der ICF	14
Abbildung 2: Zufriedenheit mit dem Training in den sechs Kooperationskliniken	34
Abbildung 3: Zufriedenheit der Teilnehmer mit Modul 1 und 2	34
Abbildung 4: Teilnehmerzahlen vor & nach Training	37
Abbildung 5: Gesprächsförderer Verhalten, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)	41
Abbildung 6: Gesprächsförderer affektiv, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)	41
Abbildung 7: Gesprächsstörer, Vor Training, Patienten (Pa) versus Pflegekräfte (Pk)	42
Abbildung 8: Index Gesprächsförderer aus Gesprächsbewertungen vor und nach Training.....	45
Abbildung 9: Index Gesprächsstörer aus Gesprächsbewertungen vor und nach Training.....	45
Abbildung 10: Kurzfristige mittlere Reha-Effekte (Differenz P2-P1) bei hoher und niedriger Gesprächsqualität (GQ)	48
Abbildung 11: Langfristige Mittlere Reha-Effekte (Differenz P3-P1) bei hoher und niedriger Gesprächsqualität (GQ)	48

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Design und (angestrebte) Fallzahlen der Evaluationsstudie	25
Tabelle 2: Trainingsinhalte in Modul 1 und 2 des Kommunikationstrainings mit Pflegenden	33
Tabelle 3: Teilnehmerquoten und Dropout-Raten der Kliniken im Vergleich	38
Tabelle 4: Mittelwerte der Indexe Gesprächsförderer und Gesprächsstörer für die Gesprächsbewertungen der Patienten und Pflegenden vor und nach Training	44
Tabelle 5: Überblick über die Instrumente und Variablen, die mit den Patientenfragebögen P1, P2, P3 erfasst wurden	61
Tabelle 6: Items des Gesprächsbewertungsbogens für Pflegende und Rehabilitanden (GBB)	61
Tabelle 7: Patientenmerkmale vor und nach Training laut Patientenbogen 1	61
Tabelle 8: Patientenmerkmale vor und nach Training aus dem Informationsbogen bei Anreise (IBA)	61

12. Literaturverzeichnis

Asendorpf JB, Neyer FJ (2012). Psychologie der Persönlichkeit. Berlin: Springer.

Bensing JM (1990). Doctor patient communication and the quality of care. Utrecht: NIVEL, 1991.

Bieber C, Nicolai J, Müller K G, Eich W (2011). Der Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) – Validierung und psychometrische Optimierung anhand einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten. Klinische Diagnostik und Evaluation, 4, 78-93.

Bieber C, Müller KG, Nicolai J, Hartmann M, Eich W (2010). How does your doctor talk with you? – Preliminary validation of a brief patient self-report questionnaire on the quality of physician-patient interaction. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(2),125-136.

Borkenau P, Ostendorf F (2008). NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae (NEO-FFI). Manual (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Borkenau P, Ostendorf F (1993). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae , S. 5-10, 27-28. Göttingen: Hogrefe.

Bortz J, Döring N (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Bromme R, Jucks R, Rambow R (2004). Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement. In Reinmann G, Mandl H (Hrsg.). Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen (S. 176-188). Göttingen: Hogrefe.

Bührlen B, Gerdes N, Jäckel WH (2005). Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). Die Rehabilitation, 44, 63-74.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006) http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf Letzter Abruf 12.12.2014

Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, Bensing JM (1997). The role of communication in nursing care for elderly people. Journal of Advanced Nursing, 25, 915-933.

Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brabd RJ, Rudolph L (2001). Doctor proactive communication, return-to-work-recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 43(6), 515-525.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). Rehabilitation – Was erwartet mich dort? (13. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Positionspapier Rehabilitation. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Positionspapier_Reha_2010.pdf?blob=publicationFile&v=4 Letzter Abruf: 22.12. 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Dibbelt S, Quatmann M, Dudeck A, Glattacker M, Greitemann B (2011). Partizipative Zielvereinbarung zwischen Arzt und Rehabilitand. Orthopädie Technik, 62,11, 440-448.

Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B (2010). Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? Die Rehabilitation, 49, 315-325.

Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B (2009a). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. Patient Education and Counseling, 76, 328–335.

Dibbelt S, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B (2009b). Schwierige Gespräche in der Rehabilitation: Effekte eines Interaktionstrainings für Ärzte. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster 2009. DRV-Schriften, Band 83.

Dibbelt S, Fleischer C, Schaidhammer M, Greitemann B (2007). Der P.A.INT-Fragebogen zur Kontaktbewertung (P.A.INT-FKB): Ein Instrument zur Erfassung der Qualität der Patienten-Arzt-Interaktion aus zwei Perspektiven. 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Berlin 2007. DRV-Schriften, Band 72.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiu A, Kleijnen J (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. Lancet, 357(9258), 757-762.

Dolderer M (2006). Projekt zur integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Strategieentwicklung, Witten/Herdecke. IV-Münster Pressekonferenz.

Duden (2006). 9. Auflage.

Edwards N, Peterson WE, Davies BL (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic Relationship'. Best practice guideline on nurses' communication skills. Patient Education and Counseling, 63(1-2), 3-11.

Elzer M & Sciborski C (2007). Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Huber.

Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science*, 61, 1516 – 1528.

Eysenck J (1953). *The Structure of Human Personality*. London: Methuen.

Farin E (2014). Patientenorientierung in der Rehabilitation - Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 73(1), 35-41.

Farin E (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Die Rehabilitation*, 49(05), 277–291.

Farin E, Gramm L, Schmidt E (im Druck). Patient communication competence: Development of a German questionnaire and correlates of communication competence. *Patient Education and Counseling*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.11.005>

Farin E, Meder M (2010). Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 100.

Fleischer C (2006). *Arzt-Patienten-Interaktion als Beitrag zur Qualitätssicherung in Reha-Kliniken*. Diplomarbeit im Fachbereich Humanwissenschaften, Fach Psychologie der Universität Osnabrück.

Gay F (Hrsg., 2002). *DISG-Persönlichkeitsprofil*. 27. Auflage. Offenbach.

Glanzer M, Cunitz AR (1966). Two storage mechanisms in free recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5, 351-360.

Glattacker M, Dudeck A, Dibbelt S, Quatmann M, Schubmann R, Greitemann B, Jäckel WH (2011). Evaluation einer Intervention zur partizipativen Zielvereinbarung: Verändern sich zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der RehabilitandInnen? 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bochum 2011. *DRV-Schriften*, 93, 159-160.

Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2, 595-608.

Heaven C, Clegg J, Maguire P (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60, 313–325.

Höhmann U (2008). *Pflege in der Rehabilitation: Anforderungen und Perspektiven*. Dokumente zur Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische

Rehabilitation e. V. (DEGEMED) "Pflege und Sozialarbeit - Schnittstellen in der Medizinischen Rehabilitation": Letzter Abruf: 19.8.2014; URL: http://www.dbfk.de/download/Hoehmann_Kassel-Pflege-Soz-graf.pdf

Hotze E (2010). Die zukünftige Rolle der Pflege in der Rehabilitation. Vortrag an der Klinik Münsterland.

Hotze E (1997). Pflege in der medizinischen Rehabilitation. Frankfurt: Mabuse Verlag, Wissenschaft 38.

Hotze E, Winter C (2000). Pflege in der Rehabilitation. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa Verlag, 555 - 590.

John OP, Naumann LP, Soto CJ (2008). Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), Handbook of personality: Theory and research (pp. 114-158). New York, NY: Guilford Press.

Jung CG (1921). Psychologische Typen. Zürich: Rascher.

Kanning UP (2009). Diagnostik sozialer Kompetenzen. 2., aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe. Klemperer D (2003). Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Körner M, Steger A-K, Ehrhardt H (2009). Interprofessionelles Trainingsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung für Führungskräfte in der medizinischen Rehabilitation. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster 2009. DRV-Schriften, Band 83.

Kuhl J (2005). TOP-Manual. Osnabrück: IMPART (Institut für Motivations- und Persönlichkeitsentwicklung).

Kuhl, J. (2001). Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl J (1994). Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). In Kuhl J, Beckmann J (Eds.), Volition and personality: Action versus state orientation (pp. 47-59). Göttingen, Germany: Hogrefe.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Kutscher PP, Seßler H (2007). Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing. Berlin: Springer.

- Marston WM (1928). *Emotions Of Normal People*. London.
- Mead N, Bower P (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61.
- Mead N, Bower P (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
- Mittag O, Raspe H (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. *Die Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochra*.
- Muthny FA, Mariolakou A (2002) Arbeitszufriedenheit und Bedarf an psychosozialer Fortbildung von Physiotherapeuten in der Rehabilitation. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 54, 2-7.
- Neuderth S, Lukaszczik M, Gerlich C (2012). Shared Decision Making in occupation reintegration programs in medical rehabilitation. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(5), S7-S8.
- Oser-Grote CM (2004). *Aristoteles und das Corpus Hippocraticum. Die Anatomie und Physiologie des Menschen*. Stuttgart: Steiner.
- Rogers CR (1972). *Die nicht direktive Beratung*. München: Kindler Studienausgabe.
- Roter D, Larson S (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, Volume 46, Issue 4, Pages 243–251.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR, Stewart MA, Roter D (1989). *Communicating with Medical Patients*. ThousandOaks, Calif: Sage Publications.
- Schulz von Thun F (1981). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Rowohlt-TB, Reinbek bei Hamburg.
- Schweickhardt A, Fritzsche K (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation (2. Aufl.)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Seiwert LJ, Gay F (2004). *Das neue 1x1 der Persönlichkeit*. München: Gräfe & Unzer.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Simmenroth-Nayda A, Nolte C, Fischer T, Himmel W (2008). *Der Calgary Cambridge Observation Guide: Validierung einer ins Deutsche übersetzten Version*. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung - GMA. Greifswald, 02.-

05.10.2008. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
<http://www.egms.de/en/meetings/gma2008/08gma110.shtml> Letzter Abruf: 21.8.2014

Simon D, Loh A, Härter M (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 27, 84-89.

Steger A-K, Ehrhardt H, Körner M (2010). Partizipation an Behandlungsentscheidungen in der medizinischen Rehabilitation - Einschätzung von Patienten vs. Behandler. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Leipzig 2010. DRV-Schriften, Band 88.

Steine S, Finset A, Laerum E (2001). A new brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. Family Practice 18(4):410-8.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M (1999). Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prevention and Control, 3(1), 25-30.

Von Eiff et al. (2007). Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIASStudie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. Rehabilitation, 46, 74 – 81.

Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? Patient Education and Counseling, 56, 139-146.

Wundt W (1903). Grundzüge der physiologischen Psychologie. 5. Auflage, Band 3. Leipzig: Barth.

Zandbelt LC, Smets EMA, Oort F, Godfried MH, de Haes HCJM (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. Medical Care, 45(4), 330-339.

13. Anhangsverzeichnis

Tabelle 5: Überblick über die Instrumente und Variablen, die mit den Patientenfragebögen P1, P2, P3 erfasst wurden

Tabelle 6: Items des Gesprächsbewertungsbogens für Pflegende und Rehabilitanden (GBB)

Tabelle 7: Patientenmerkmale vor und nach Training laut Patientenbogen 1

Tabelle 8: Patientenmerkmale vor und nach Training aus dem Informationsbogen bei Anreise (IBA)

Tabelle 5: Die Variablen der Patientenbögen P1, P2, P3 im Überblick

Variablenbezeichnung	Itemformulierung	Quelle ¹	P1	P2	P3
Patientencode					
Ausfülldatum PX					
Entlassdatum			-		-
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand PX	Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (6) • Sehr schlecht (1) 	IRES 3	Gegenwärtig	Gegenwärtig	Gegenwärtig
Art der Erkrankung	Wegen welcher Krankheit sind Sie <u>hauptsächlich</u> zur Rehabilitation gekommen?	IRES 3		-	-
OP erfolgt?	ja (vor P1) – ja (zwischen P1 & Rehabeginn) - nein			-	-
Operationstermin	Datum			-	-
Krank gewesen PX Kranktage PX	Waren Sie (...) so krank, dass Sie das Bett hüten	IRES 3	In den letzten 12 Monaten	-	Seit Ihrer Entlassung

¹ Keine Angabe = eigene Konstruktion

	<p>mussten?</p> <p>Nein, an keinem Tag</p> <p>Ja, und zwar an ca. x Tagen</p>				aus der Reha
Schmerzhäufigkeit PX	<p>Wie häufig haben Sie (...) unter Schmerzen gelitten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • So gut wie nie (1) • Immer (6) 	IRES 3	In der letzten Zeit	In der letzten Zeit	In der letzten Zeit
Schmerzintensität PX	<p>Wie stark waren diese Schmerzen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich hatte keine Schmerzen (1) • Sehr stark (6) 	IRES 3			
Beeinträchtigung durch Schmerzen PX	<p>Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht beeinträchtigt (1) • Sehr stark beeinträchtigt (6) 	IRES 3			
Herzschmerz Häufigkeit PX	<p>Wie häufig haben Sie (...) unter Herzschmerzen oder Kurzatmigkeit gelitten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • So gut wie nie (1) • Immer (6) 	IRES 3	In der letzten Zeit	In der letzten Zeit	In der letzten Zeit

<p>Fehlende soziale Unterstützung P1 (4 Items)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, inwieweit (...) folgende Aussagen auf Sie zutrafen:</p> <p>Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.</p> <p>Item 4 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (5) • Trifft gar nicht zu (1) 	<p>IRES 3</p>	<p>In der letzten Zeit</p>	<p>In der letzten Zeit</p>	<p>In der letzten Zeit</p>
<p>Familiäre Sorgen PX (4 Items)</p>	<p>Inwieweit machen Sie sich (...) über folgende Dinge Sorgen?</p> <p>Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.</p> <p>Item 4 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stark (5) • Gar nicht (1) 	<p>IRES 3</p>	<p>Zur Zeit</p>	<p>Zur Zeit</p>	<p>Zur Zeit</p>
<p>Ängstlichkeit PX (4 Items)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie (...) folgende Gefühle hatten:</p> <p>Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <p>Item 4 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meistens (5) 	<p>IRES 3</p>	<p>In den letzten 4 Wochen</p>	<p>In der letzten Woche</p>	<p>In den letzten 4 Wochen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Nie (1) 				
Vitale Erschöpfung PX (4 Items)	<p>Wie häufig fühlten Sie sich (...) ...</p> <p>... Völlig erschöpft?</p> <p>Item 1 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Meistens (5) Nie (1) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	In der letzten Woche	In den letzten 4 Wochen
Depressivität PX (4 Items)	<p>Wie oft hatten Sie (...) das Gefühl ...</p> <p>...dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?</p> <p>Item 2 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Meistens (5) Nie (1) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	In der letzten Woche	In den letzten 4 Wochen
Lebensbewältigung PX (3 Items aus SWE)	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie (...) folgenden Aussagen zustimmen:</p> <p>Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.</p> <p>Item 1 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Trifft voll zu (5) 	SWE Schwarzer & Jerusalem (1999)	Zur Zeit	Zur Zeit	Zur Zeit

	<ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) 				
PSS PX (10 Items): Stress	<p>Wie oft (...) hatten Sie das Gefühl, dass die Schwierigkeiten sich so häuften, dass Sie sie nicht überwinden konnten?</p> <p>Item 10 von 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie (1) • Sehr oft (5) 	PSS Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)	Im letzten Monat	In der letzten Woche	Im letzten Monat
Selbsteinschätzung der Behinderung PX (1 Item)	<p>Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand (...) bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr stark (6) • Gar nicht (1) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	In der letzten Woche	In den letzten 4 Wochen
Alltagsaktivitäten PX (7 Items)	<p>Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie (...) Schwierigkeiten hatten, Folgendes zu tun:</p> <p>Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z. B. Staub saugen, Rasen mähen)</p> <p>Item 6 von 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unmöglich (5) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	-	In den letzten 4 Wochen

	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schwierigkeiten (1) 				
<p>Informationsstand über KH und Behandlung PX (1 Item)</p>	<p>Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (6) • Sehr schlecht (1) 	IRES 3			
<p>Mobilität PX (4 Items)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie (...) Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:</p> <p>Eine Tageswanderung machen</p> <p>Item 1 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unmöglich (5) • Ohne Schwierigkeiten (1) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	In den letzten 4 Wochen	In den letzten 4 Wochen
<p>Coping, Bewältigung PX (3 Items)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zur Zeit auf Sie zutreffen:</p> <p>Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.</p> <p>Item 3 von 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (5) 	IRES 3	Zur Zeit	Zur Zeit	Zur Zeit

	<ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) 				
Bewertung KH-Wissen PX (1 Item)	<p>Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt voll und ganz (6) • Stimmt überhaupt nicht (1) 	IRES 3			
Umsetzung KH-Wissen (Kontrolle) PX (1 Item)	<p>Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt voll und ganz (6) • Stimmt überhaupt nicht (1) 	IRES 3			
Hakemp-K PX (12 Items)	<p>Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen jeweils diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten an, die für Sie eher zutrifft.</p> <p>Item 1 von 12, Skala HOP: Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann...</p> <p>... muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang</p>	Hakemp-K Kuhl (2000)			

	<p>zu kriegen (0) ... fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen (1)</p> <p>Item 2 von 12, Skala HOM: Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann dauert es lange, bis ich mich damit abfinde (0) ... denke ich nicht mehr lange darüber nach (1)</p>				
FVA PX (11 Items)	<p>Wenn ich Kleinigkeiten zu erledigen habe, gehe ich zu Fuß (z. B. zum Briefkasten). Item 1 von 11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) 	FVA Slangen et al. (2002) (Ausgewählte Items)		-	
Alter Patient Angabe PX	Wie alt sind Sie?	IRES 3		-	
Geschlecht Patient PX	Ihr Geschlecht? Männlich - weiblich	IRES 3		-	
Familienstand Angabe PX	Wie ist Ihr Familienstand?	IRES 3		-	

	Ledig – verheiratet – geschieden / getrennt lebend - verwitwet				
Partnerschaft Angabe PX	Leben Sie mit einem festen Partner zusammen? Nein - ja	IRES 3		-	
Staatsangehörigkeit PX	Ihre Staatsangehörigkeit? Deutsch - andere	IRES 3		-	
Schwerbehindertenausweis PX	Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein – beantragt - ja	IRES 3		-	
Behinderungsgrad in % PX	Mit welchem Behinderungsgrad?	IRES 3		-	
Berufliche Stellung PX	Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung. Arbeiter – Angestellte – Beamte – Selbständige – Sonstiges – noch nie berufstätig gewesen	IRES 3		-	
Höchster Schulabschluss	Welchen <u>höchsten</u>	IRES 3		-	

PX	Schulabschluss haben Sie? Volksschule / Hauptschule – Mittlere Reife / Realschule – Polytechnische Oberschule – Fachhochschulreife – Abitur – anderen – keinen Schulabschluss				
Erwerbstätigkeit PX	Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Ja: Vollzeit – Teilzeit – Hinzuverdienst bei Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung – in betrieblicher Ausbildung oder Umschulung Nein: Hausfrau / Hausmann – in schulischer Ausbildung oder Studium – arbeitslos – befristet voll berentet – dauerhaft voll berentet		Zur Zeit	-	Zur Zeit
Arbeitslos seit wann? PX	Wenn Sie zurzeit arbeitslos sind: Seit wann?			-	
Befristet berentet bis wann? PX	Wenn Sie befristet berentet sind: Bis wann?			-	
Arbeitsstunden pro Woche PX	Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit durchschnittlich	IRES 3	Zur Zeit	-	Zur Zeit

	in der Woche?				
Arbeitszufriedenheit PX (3 Items, 7-stufig)	Wie zufrieden waren Sie (...) mit ihrer beruflichen Situation? Item 1 von 3 <ul style="list-style-type: none"> • Völlig unzufrieden (1) • Völlig zufrieden (7) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	-	In den letzten 4 Wochen
Arbeitsunfähig AU-Tage PX	Waren Sie (...) krankgeschrieben? Nein, an keinem Tag Ja, und zwar an ca. x Tagen	IRES 3	In den letzten 12 Monaten	-	Seit Ihrer Entlassung aus der Reha
AVEM (6 Items) P1	Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt. Item 1 von 6 <ul style="list-style-type: none"> • Trifft völlig zu (5) • Trifft überhaupt nicht zu (1) 	AVEM Schaarschmidt & Fischer (2003) Ausgewählte Items (1 pro Skala)		-	
Laufender Rentenantrag PX	Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt, über den noch nicht entschieden ist?		-	Während der Reha	Seit der Reha

	Nein - ja				
Arbeitsunfähig entlassen? (1 Item, nur P3)	Sind Sie aus der Reha <u>arbeitsunfähig</u> entlassen worden? Nein - ja		-	-	
Im Moment AU? (1 Item, nur P3)	Sind Sie <u>zur Zeit</u> krankgeschrieben? Nein – ja, wegen der Erkrankung, die auch in der Reha behandelt wurde – ja, aber wegen einer anderen Erkrankung		-	-	Zur Zeit
Erwartungen an die Reha P1 (3 Items) (nur arbeitsbezogen)	Ich erwarte / ich hoffe, dass... ... man mir bei einer Rentenantragstellung hilft. Item 1 von 3 <ul style="list-style-type: none"> • Sehr wichtig (5) • Gar nicht wichtig (1) 	Eigene Entwicklung	-	-	-
Reha-Erfolg PX (3 Items)	Die Reha hat mir geholfen, meine Gesundheit zu verbessern. Item 1 von 3 <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (5) 	Eigene Entwicklung	-	Diese Reha	Reha vor 6 Monaten

	<ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) 				
Berufliche Sorgen PX (4 Items)	<p>Wie stark haben Sie sich (...) Sorgen darüber gemacht, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft...</p> <p>... weniger verdienen könnten, z. B. weil Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren müssen?</p> <p>Item 1 von 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stark (5) • Gar nicht (1) 	IRES 3	In den letzten 4 Wochen	-	In den letzten 4 Wochen
Subjektive Erwerbsprognose PX (SPE, 1 Item)	<p>Wenn Sie einmal an die Zukunft denken: Glauben Sie, dass Sie in einem Jahr noch berufstätig sein werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr wahrscheinlich (6) • Sehr unwahrscheinlich (1) 	SPE (Mittag & Raspe, 2003)	In einem Jahr	In einem Jahr	In einem Jahr
Zufriedenheit mit med. Betreuung zu Hause PX (1 Item, 7-stufig)	<p>Insgesamt betrachtet, wie zufrieden waren Sie (...) mit der medizinischen Betreuung an ihrem Heimatort?</p>	Eigene Entwicklung	In den letzten 6 Monaten	-	Seit Ihrer Entlassung aus der Reha

	<ul style="list-style-type: none"> • Völlig unzufrieden (1) • Völlig zufrieden (7) 				
Zufriedenheit mit med. Betreuung in der Klinik PX (1 Item, 7-stufig)	<p>Wie zufrieden waren Sie (...) mit der Betreuung durch das medizinische Personal in der Reha-Klinik insgesamt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Völlig unzufrieden (1) • Völlig zufrieden (7) 	Eigene Entwicklung	-		Aus heutiger Sicht
Vorerfahrung mit medizinischem Personal P1 (1 Item, 7-stufig, nur in P1)	<p>Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit medizinischem Personal (Ärzten, Pflegenden, Therapeuten) insgesamt beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (7) • Sehr schlecht (1) 	Eigene Entwicklung		-	-
Betreuung durch Arzt PX	<p>Wie würden Sie (...) Ihre Erfahrung mit dem Arzt/der Ärztin, der/die Sie hauptsächlich betreut hat, beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (5) • Schlecht (1) 	Eigene Entwicklung	-		Aus heutiger Sicht
Betreuung durch Therapeuten PX	<p>Wie würden Sie (...) Ihre Erfahrung mit dem oder den</p>	Eigene Entwicklung	-		Aus heutiger Sicht

	Therapeuten, der/die Sie hauptsächlich betreut hat/haben, beschreiben? <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (5) • Schlecht (1) 				
Betreuung durch Pflegekräfte PX	Wie würden Sie (...) Ihre Erfahrung mit der Pflegekraft oder den Pflegekräften, die Sie hauptsächlich betreut hat/haben, beschreiben? <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (7) Schlecht (1) 	Eigene Entwicklung	-		Aus heutiger Sicht
Kontakt mit wie vielen Pflegekräften? P2	Mit wie vielen Pflegekräften hatten Sie während Ihres Aufenthaltes schätzungsweise Kontakt?	Eigene Entwicklung	-		-
Wie viele Kontakte zu Pflegekräften? P2	Alles in allem, wie viele Kontakte mit Pflegekräften hatten Sie in der Reha-Klinik schätzungsweise?	Eigene Entwicklung	-		-
Arztwechsel? P2	Hat der Arzt, der Sie hauptsächlich betreut hat, gewechselt (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit)? Nein – einmal – mehr als	Eigene Entwicklung	-		-

	einmal – kann ich nicht (mehr) sagen				
Kontakt mit wie vielen Ärzten? P2	Mit wie vielen Ärzten hatten Sie während Ihres Aufenthaltes schätzungsweise Kontakt?	Eigene Entwicklung	-		-
Wie viele Kontakte zu Ärzten? P2	Alles in allem, wie viele Kontakte mit Ärzten hatten Sie in der Klinik schätzungsweise?	Eigene Entwicklung	-		-
Therapeutenwechsel? P2	Hat der Therapeut, der Sie hauptsächlich betreut hat, gewechselt (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit)? Nein – einmal – mehr als einmal – kann ich nicht (mehr) sagen	Eigene Entwicklung	-		-
Kontakt mit wie vielen Therapeuten? P2	Mit wie vielen Therapeuten hatten Sie während Ihres Aufenthaltes schätzungsweise Kontakt?	Eigene Entwicklung	-		-
Wie viele Kontakte zu Therapeuten? P2	Alles in allem, wie viele Kontakte mit Therapeuten hatten Sie in der Klinik schätzungsweise?	Eigene Entwicklung	-		-

Dauer der Reha in Tagen	Wie viele Tage dauerte Ihr Aufenthalt in der Klinik ungefähr?	Eigene Entwicklung	-	-	-
Inanspruchnahme med. Leistungen ja/nein PX (5 Items)	Waren Sie (...) (mindestens) einmal bei den folgenden Ärzten/Therapeuten? ... beim Hausarzt Item 1 von 5 Ja – Nein, keinmal	Eigene Entwicklung	In den letzten 3 Monaten	-	In den letzten 3 Monaten
Inanspruchnahme med. Leistungen Anzahl PX (5 Items)	Wie oft waren Sie (...) bei den folgenden Ärzten/Therapeuten? ... x mal beim Hausarzt Item 1 von 5	Eigene Entwicklung	In den letzten 3 Monaten	-	In den letzten 3 Monaten
Anstoß für Reha	Wer hat <u>hauptsächlich</u> den Anstoß für Ihren Reha-Aufenthalt gegeben? Hausarzt – Facharzt- Krankenkasse – Rentenversicherungsträger – Arbeitgeber – ich selbst - andere	Slangen et al.,		-	-
Rehainitiative durch andere – wer?		Eigene Entwicklung		-	-

Vorherige Reha ja/nein?	Haben Sie vor der jetzigen Rehabilitationsmaßnahme schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen? Nein - ja	Eigene Entwicklung		-	-
Die wievielte Reha ist diese?	Wenn ja, die wievielte Reha ist diese?			-	-
Erwartungen an das Pflegepersonal PX (13 Items; FÄRB-Pf)	<p>P1: Pflegende sollen... ... genug Zeit für mich haben.</p> <p>Item 1 von 13</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr wichtig (5) • Gar nicht wichtig (1) <p>P2 & P3: Die Pflegenden in der Reha-Klinik... ... hatten genug Zeit für mich.</p> <p>Item 1 von 13</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt (5) • Stimmt nicht (1) 				
Kontakthäufigkeit (12 Items,	Wie beurteilen Sie die Häufigkeit der Kontakte		-		-

nur in P2)	mit... ... den Pflegekräften? Item 1 von 12 <ul style="list-style-type: none"> • Zu viele (4) • Zu wenige (1) • Hatte keinen Kontakt 				
Kontaktqualität PX (12 Items)	Wie beurteilen Sie (...) die <u>Qualität der Kontakte</u> mit... ... den Pflegekräften? Item 1 von 12 <ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut (4) • Weniger gut (1) • Hatte keinen Kontakt 		-		Aus heutiger Sicht
Hat sich Gesundheit durch Reha verbessert? PX	Hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verbessert? <ul style="list-style-type: none"> • Ja (4) • Nein (1) 		-		
Wer hat dazu beigetragen? PX (14 Items)	Wenn es Ihnen durch den Reha-Aufenthalt heute besser geht, wer hat aus ihrer Sicht entscheidend dazu beigetragen?		-		

	<p>Die Pflegekräfte</p> <p>Item 1 von 14</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganz sicher (4) • Gar nicht (1) 				
Zusammenarbeit und Arbeitsklima (7 Items, nur im P2)	<p>Wie war Ihr Eindruck von der Zusammenarbeit des Personals?</p> <p>Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften auf der Station war gut.</p> <p>Item 1 von 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) • Kann ich nicht beurteilen 		-		-
Zusammenarbeit schlecht zwischen welchen Bereichen? (nur im P2)	<p>Wenn Sie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen der Klinik weniger gut bewerten, welche Bereiche der Klinik betrifft das?</p>		-		-
Zugänglichkeit des Personals: Pflege (8 Items, nur in P2)	<p>Die Pflegekräfte waren freundlich und zuvorkommend.</p>		-		-

	<p>Item 1 von 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) • Weiß ich nicht (mehr) 				
Zugänglichkeit des Personals: Ärzte (8 Items, nur in P2)	<p>Die Ärzte waren immer erreichbar.</p> <p>Item 1 von 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) • Weiß ich nicht (mehr) 		-		-
Unerwünschte Ereignisse (17 Items, nur in P2)	<p>Kam es vor, dass... ... sich bei Ihnen Komplikationen (z. B. Entzündungen) ergeben haben?</p> <p>Ja – nein – nein, bei mir nicht, aber bei anderen Patienten</p>		-		-
Umgang mit unerwünschten Ereignissen (3 Items, nur in P2)	<p>Wenn eines (oder mehrere) der oben beschriebenen unerwünschten Ereignisse bei Ihnen eingetreten ist bzw. sind: Wie bewerten Sie insgesamt den Umgang des Klinikpersonals mit diesem Ereignis/diesen</p>		-		-

	<p>Ereignissen?</p> <p>Das Klinikpersonal hat...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gut abgestimmt reagiert (5) • Schlecht abgestimmt reagiert (1) <p>Item 1 von 3</p>				
<p>Bewertung der Abläufe: Aufnahme (10 Items, nur in P2)</p>	<p>Der Arzt stand bei der Aufnahmeuntersuchung unter Zeitdruck.</p> <p>Item 4 von 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) • Weiß nicht (mehr) 		-		-
<p>Bewertung der Abläufe: Visiten (6 Items, nur in P2)</p>	<p>Die Wartezeit vor den Visiten war lang.</p> <p>Item 1 von 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft voll zu (4) • Trifft gar nicht zu (1) • Weiß nicht (mehr) 		-		-
<p>Bewertung der Abläufe: Entlassung (12 Items, nur in P2)</p>	<p>Der Arzt hat mit mir ein Abschlussgespräch geführt.</p> <p>Item 1 von 12</p>		-		-

	<p>Ja - nein – ist noch geplant</p> <p>Bitte die folgenden Fragen nur beantworten, wenn Sie schon (mindestens) ein Abschlussgespräch geführt haben.</p> <p>Ich konnte wichtige Anliegen und Fragen klären.</p> <p>Item 5 von 12</p> <p>Ja – nein – weiß nicht – war nicht nötig</p>				
Gesamturteil Klinik PX (2 Items)	<p>Insgesamt betrachtet, würden Sie (...) ...</p> <p>... wieder in diese Klinik kommen?</p> <p>Item 2 von 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf jeden Fall (5) • Auf keinen Fall (1) 		-		Aus heutiger Sicht
ISKK Patient (33 Items)	<p>Auch wenn meine Zeit äußerst knapp bemessen ist, habe ich immer ein offenes Ohr für andere</p> <p>Item 1 von 33</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) 	<p>ISK-K</p> <p>Kanning (2009)</p> <p>(pro Skala ein Beispiel nennen? EW)</p>		-	-

	<ul style="list-style-type: none"> • Trifft sehr zu (4) 				
MUT (14 Items, nur im P1)	<p>Es macht mir Freude, mich mit anderen Menschen auszutauschen.</p> <p>Item 1 von 14</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) • Trifft sehr zu (4) 	MUT- K (Auswahl) Kuhl (2001)		-	-
B5T (20 Items, nur im P1)	<p>Ich mache mir oft viele Gedanken.</p> <p>Item 1 von 20</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) • Trifft sehr zu (4) 	B5T (Auswahl) Satow (2011)		-	-
Kommunikationspräferenzen DISG Patient (41 Items)	<p>Es macht mich nervös, wenn jemand sehr ins Detail geht.</p> <p>Item 1 von 41</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trifft gar nicht zu (1) • Trifft sehr zu (4) 	FDT Dibbelt (2011)		-	-
Beurteilung Ausfüllen PX	<p>Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anregend, aufschlussreich (4) • Richtig unangenehm (1) 				-

Ausfülldauer in min PX					
Freitext PX					

Tabelle 6: Items des Gesprächsbewertungsbogens für Pflegende und Rehabilitanden (GBB)

- CCOG: Calgary Cambridge Observation Guide (Deutsche Version, Simmenroth-Nayda et al., 2008).
- Paint: Fragebogen zur Gesprächsbewertung (GBB) zwischen Arzt und Patient (Dibbelt et al., 2007; Fleischer, 2006)
- FAPI: Fragebogen zur Arztpatienteninteraktion (Bieber et al., 2011, 2010)
- PEQ: Patient Experience Questionnaire (Steine et la., 2001).

GBB Items Pflege Version	Nr	Kurztitel	GBB Items Patienten Version	Item Typ	Quelle	Faktor
Gesprächsförderer						
Ich habe mich mit Namen und Funktion vorgestellt	11	Vorstellung	Die Pflegekraft hat sich mit Namen und Funktion vorgestellt	Verhalten	CCOG	1
Ich habe der Patientin erklärt, worum es in dem Gespräch geht.	12	Ziele	Die Pflegekraft hat mir erklärt, worum es in dem Gespräch geht	Verhalten	CCOG	1
Ich habe der Patientin Gelegenheit gegeben, ihre Anliegen und Probleme zu schildern	13	Anliegen	Die Pflegekraft hat mir Gelegenheit gegeben, meine Anliegen und Probleme zu schildern	Verhalten	Paint	1
Ich habe der Patientin Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen	14	Fragen	Die Pflegekraft hat mir Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen	Verhalten	Neu	1
Ich habe der Patientin die Dinge verständlich erklärt.	15	Verständlichkeit	Die Pflegekraft hat mir die Dinge verständlich erklärt	Verhalten	Fapi	1
Ich habe der Patientin erklärt, wie es nach dem Gespräch weiter geht	16	Nächste Schritte	Die Pflegekraft hat mir erklärt, wie es nach dem Gespräch weiter geht	Verhalten	CCOG	1
Ich habe der Patientin erklärt, wen sie ansprechen kann, wenn sie Hilfe braucht	17	Zuständigkeit	Die Pflegekraft hat mir erklärt, wen sie ansprechen kann, wenn sie Hilfe braucht	Verhalten	Neu	1

Ich habe die Patientin freundlich begrüßt	21	Begrüßung	Die Pflegekraft hat mich freundlich begrüßt	Verhalten	CCOG	1
Ich habe der Patientin aufmerksam zugehört	22	Zuhören	Die Pflegekraft hat mir aufmerksam zugehört	Verhalten	CCOG	1
Ich glaube, die Patientin hatte zu mir Vertrauen	23	Vertrauen	Ich hatte zu der Pflegekraft Vertrauen	Emotion	Paint	1
Ich glaube, die Patientin fühlte sich bei mir gut aufgehoben	24	Aufgehoben	Ich fühlte mich bei der Pflegekraft gut aufgehoben	Emotion	Paint	1
Ich fühlte mich in dem Gespräch mit der Patientin wohl	25	Wohlfühlen	Ich fühlte mich im Gespräch mit der Pflegekraft wohl	Emotion	Neu	1
Ich glaube, ich habe die Patientin respektvoll und höflich behandelt	26	Respekt	Ich fühlte mich im Gespräch von der Pflegekraft respektvoll und höflich behandelt	Verhalten	Neu	1
Ich habe mich wirklich für die Situation der Patientin interessiert	27	Interesse	Die Pflegekraft hat sich wirklich für mich und meine Situation interessiert.	Verhalten	Neu	1
Ich bin mit dem Verlauf des Gespräches zufrieden	41	Zufriedenheit	Ich bin mit dem Verlauf des Gespräches zufrieden.	Emotion	Paint	1
Gesprächsstörer						
Bei diesem Gespräch stand ich unter Zeitdruck	31	Zeitdruck	Bei diesem Gespräch stand die Pflegekraft unter Zeitdruck.	Verhalten	Paint	2
Bei diesem Gespräch wurden wir unterbrochen (z.B. durch Telefon oder andere Personen im Raum)	32	Unterbrechung	Bei diesem Gespräch wurden wir unterbrochen (z.B. durch Telefon oder andere Personen im Raum).	Verhalten	Paint	2
Vor dem Gespräch musste die Patientin	33	Wartezeit	Vor dem Gespräch musste ich länger	Verhalten	Paint	2

länger warten			warten.			
Ich fühlte mich im Gespräch mit der Patientin angespannt	34	Anspannung	Ich fühlte mich im Gespräch mit der Pflegekraft angespannt.	Emotion	Neu	2
Ich fand es schwierig, mit der Patientin gefühlsmäßig in Kontakt zu kommen	35	Kontaktbarriere	Ich fand es schwierig, mit der Pflegekraft gefühlsmäßig in Kontakt zu kommen.	Emotion	PEQ	2
Es war nicht einfach, sich mit der Patientin zu verständigen	36	Verständigung	Es war nicht einfach, mit der Pflegekraft Themen zu besprechen, die mir wichtig waren.	Emotion	Neu	2
Es hat viel Zeit gekostet, alle Informationen zu notieren oder in den Computer ein zu geben	37	Dokumentation	Die Pflegekraft hat viel Zeit darauf verwendet, alle Informationen zu notieren oder in den Computer einzugeben.	Verhalten	Neu	2

Tabellen 7 und 8: Patientenmerkmale vor und nach Training

- Soziodemografische Merkmale – Prüfung auf Unterschiede (Confounder) zwischen KG und SG (Vor – Nach Training)
- Zahlen referieren den Fragenblock im Fragebogen; X= neu gebildete Variable, z.B. Summenwert)

Tabellen 7: Patientenmerkmale vor und nach Training laut Patientenbogen 1

Gesamt		Vor Training				Nach Training						
	Var Name	N= 1204				N= 670				Test (signif)		
Quelle: <u>Patientenbogen 1</u>	Erhebung	1				2						
71*. Alter	altpatp1	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	NV?	Z (U-test)	p
		51,11	9,95	21	83	53,02	10,64	18	88	Nein	z= -3.411	0.0006
72. Geschlecht	geslpat1	N	%			N	%				Chi2	p
○ w	1	484	40.47			312	46.85				7.1116	0.008
○ m	2	712	59.53			354	53.15					
731+732 Familienstand	fasta_p1	N	%			N	%				Chi2	p
○ ledig	1	182	15,27			86	13,03				5.9518	0.114
○ Verheiratet	2	751	63,00			441	66,82					
○ geschieden/getrennt lebend	3	209	17,53			97	14,70					
○ verwitwet	4	50	4,19			36	5,45					

77. Höchster Schulabschluss	schule_1	N	%			N	%				Chi2	p
○ Volks- oder Hauptschule	1	594	50,21			325	49,47				3.3838	0.759
○ Mittlere Reife, Realschule	2	287	24,26			157	23,90					
○ Polytechnische Oberschule	3	91	7,69			43	6,54					
○ Fachhochschulreife, Fachoberschule	4	80	6,76			53	8,07					
○ Abitur, Hochschulreife	5	83	7,02			54	8,22					
○ Anderer Schulabschluss	6	22	1,86			14	2,13					
○ keinen Schulabschluss	7	26	2,20			11	1,67					
78. Erwerbsstatus	erwerb_1	N	%			N	%				Chi2	p
○ Vollzeit erwerbstätig	1	717	60,81			372	56,45				23,0845	0,003
○ Teilzeit erwerbstätig	2	176	14,93			123	18,66					
○ Hinzuverdienst bei Teilrente	3	8	0,68			4	0,61					
○ betriebliche Ausbildung/Umschulung	4	5	0,42			29	4,40					
○ Hausfrau, Hausmann	5	45	3,82			2	0,30					
○ arbeitslos	6	136	11,54			57	8,65					
○ befristet voll berentet	7	11	0,93			3	0,46					
○ dauerhaft voll berentet	8	81	6,87			69	10,47					
831 + 832. AU Tage	au_tg_p1	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	NV?	Z (U- Test)	p
		65,27	90,28	0	365	58,18	86,79	0	365	Nein	z =	0,1027

											1.632	
x. AU Tage		N	%			N	%				Chi2	p
> 6 Monate		781	89,46			426	89,68				0,0163	0,898
≤ 6 Monate		92	10,54			49	10,32					
821. Zufriedenheit mit beruflicher Situation	azuf1_p1	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	NV?	Z (U-Test)	p
		4,20	2,01	1	7	4,25	1,96	1	7	Nein	z= -0,300	0,7640
85. Rentenantrag EM ja - nein	rentant1	N	%			N	%				Chi2	p
	Ja	53	5,37			19	3,53				2,6155	0,106
74. Staatsangehörigkeit	staat_p1	N	%			N	%				Chi2	p
	deutsch	1176	98,41			652	98,34				0,0128	0,910
Reha-Status (Index Berechnung s.u.)		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max		t	p
○ somatisch												
○ psychosozial												
○ funktional												
○ Schmerz (Dauer* Intensität)												

Tabelle 8: Patientenmerkmale vor und nach Training aus dem Informationsbogen bei Anreise (IBA)

Gesamt		Vor Training				Nach Training						
	Var Name	N= 1209				N= 673				Test (signif)		
Quelle: IBA												
Verfahren	beh_art	N	%			N	%				Chi2	p
• HV		267	23,08			213	32,42				18.7987	0.000
• AHB		890	76,92			444	67,58					
Alter	altpat_i	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	NV?	U	p
		51,15	9,95	21	83	53	10,62	18	88	Nein	z= -3.284	0.0010
Geschlecht	geslpati	N	%			N	%				Chi2	p
○ w		491	40.85			314	47.01				6.6401	0,010
○ m		711	59.15			354	52.99					
Hauptindikation	indikat	N	%			N	%				Chi2	p
1 = Angiologie		7	0,60			1	0,15				71.0829	0.000
2 = Dermatologie		6	0,51			5	0,76					
3 = Gastroenterologie		6	0,51			0	0					
4 = Kardiologie		72	6,13			45	6,83					
5 = Nephrologie		1	0,09			0	0					
6 = Neurologie		58	4,94			33	5,01					
7 = Onkologie		55	4,68			25	3,79					

8 = Orthopädie		764	65,08			510	77,39					
9 = Pneumologie		37	3,15			7	1,06					
10 = Psychosomatik		38	3,24			0	0					
11 = Rheumatologie		15	1,28			10	1,52					
12 = Stoffwechsel- Erkrankungen		115	9,80			22	3,34					
13 = Urologie		0	0			1	0,15					