

**Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic**

**Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation bei
Versicherten der Deutschen Rentenversicherung
Ergebnisse einer schriftlichen Befragung**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -

Vorgelegt von
Dora Schreiber
aus Mettingen

Lübeck 2017

1. Berichterstatterin: Priv.-Doz. Dr. phil. Ruth Deck
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Martin Russlies

Tag der mündlichen Prüfung: 28.11.2017

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 28.11.2017

Promotionskommission der Sektion Medizin

I Inhaltsverzeichnis

I	Inhaltsverzeichnis	III
II	Abbildungsverzeichnis	V
III	Tabellenverzeichnis	VI
IV	Abkürzungsverzeichnis	VII
1	Einleitung	1
1.1	Rehabilitation – Was ist das?	1
1.2	Besonderheiten des deutschen Rehabilitationssystems	5
1.3	Recht auf Information und Aufklärung – Das Patientenrechtegesetz von 2013	5
1.4	Kriterien guter Patienteninformation	6
1.5	Bedeutung guter Patienteninformation in der Rehabilitation	7
1.6	Forschungsstand zum Reha-bezogenen Informationsbedarf	9
1.6.1	Wissensstand der DRV-Versicherten und niedergelassenen Ärzte	10
1.6.2	Rolle des Hausarztes und Barrieren der hausärztlichen Informationsvermittlung	10
1.6.3	Schriftliche Informationen über die Reha	11
1.6.4	Zielgruppenspezifische Unterschiede	13
1.7	Entwicklung der Fragestellung	14
2	Material und Methoden	15
2.1	Konzeptphase	16
2.1.1	Literaturrecherche und qualitative Befragung	16
2.1.2	Fragebogenentwicklung	17
2.1.2.1	Themen und Inhalte der Fragebögen	19
2.1.2.2	Fragebogen der Gruppe Anfang	20
2.1.2.3	Unterschiede des Fragebogens der Gruppe Ende	24
2.2	Schriftliche Datenerhebung	26
2.3	Auswertung der Daten	27
2.4	Ethikvotum	27
3	Ergebnisse	28
3.1	Rücklauf der Fragebögen	28
3.2	Ergebnisse der Gruppe Anfang	30
3.2.1	Stichprobenbeschreibung	30
3.2.2	Vorbereitung auf die Reha	31
3.2.3	Informationsstand zu Reha-Beginn	34
3.2.4	Informationsthemen	39
3.2.5	Informationswünsche für die Zukunft	40
3.2.6	Anforderungen an Info-Material	42

3.3	Ergebnisse Gruppe Ende	44
3.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	44
3.3.2	Vorbereitung auf die Reha	45
3.3.3	Informationsstand zu Reha-Beginn	47
3.3.4	Informationsthemen.....	48
3.3.5	Informationswünsche für die Zukunft	48
3.3.6	Bewertung der Reha.....	49
3.4	Die Rolle der ärztliche Informationsvermittlung.....	50
3.5	Synopsis der Ergebnisse.....	50
4	Diskussion	52
4.1	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	52
4.2	Informationsstand zu Reha-Beginn und Informationsbedarf der Versicherten	53
4.3	Wichtige Informationsthemen.....	57
4.4	Zugang zu Informationen	60
4.4.1	Informationsquellen	60
4.4.2	Die Rolle des Arztes	61
4.5	Qualität und Verständlichkeit von Patientinformationen	63
4.6	Empfehlungen für die zukünftige Informationen.....	64
4.6.1	Medium	64
4.6.2	Gestaltung	66
4.6.3	Zeitpunkt.....	67
4.7	Mögliche Auswirkungen guter Informationen über die medizinische Rehabilitation	67
4.7.1	Vorbereitung auf die Reha	67
4.7.2	Ergebnis der Reha-Maßnahme	68
4.7.3	Nachhaltige Effekte der Reha	69
4.8	Fazit.....	70
5	Zusammenfassung	72
6	Verwendete Literatur	73
7	Anhang	84
8	Danksagung	116
9	Lebenslauf und Publikationen	117

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF.....	3
Abbildung 2: Ablauf der Datengewinnung und -auswertung	16
Abbildung 3: Therapien vor dem Reha-Antrag	20
Abbildung 4: Informationsquellen	21
Abbildung 5: Wissensstand zu verschiedenen Aspekten der Reha	21
Abbildung 6: Informationsstand zur Reha insgesamt	22
Abbildung 7: Erhalt ausreichender Informationen.....	22
Abbildung 8: Zukünftiges Informationsmedium.....	23
Abbildung 9: Wichtige Aspekte am Beispiel der Broschüre-Gestaltung	23
Abbildung 10: Gesundheitszustand zu Reha-Beginn	24
Abbildung 11: Informationsstand zu Reha-Beginn	24
Abbildung 12: Wichtigkeit verschiedener Informationen	25
Abbildung 13: Erfüllung der Erwartungen insgesamt.....	25
Abbildung 14: Selektion und Rücklauf der Fragebögen der Gruppe Anfang.....	29
Abbildung 15: Selektion und Rücklauf der Fragebögen der Gruppe Ende.....	29
Abbildung 16: Waren die erhaltenen Informationen für Sie verständlich?.....	33
Abbildung 17: Wie gut glauben Sie über die unten genannten Aspekte Bescheid zu wissen?	34
Abbildung 18: Wie gut fühlen Sie sich zurzeit über die Reha informiert?	35
Abbildung 19: Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren? Mehrfachantworten möglich	41
Abbildung 20: Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Broschüre am allerwichtigsten? Mehrfachantworten möglich	42
Abbildung 21: Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Homepage am allerwichtigsten? Mehrfachantworten möglich	44
Abbildung 22: Gesundheitszustand bei Reha-Beginn	46
Abbildung 23: Wie gut waren Sie zu Reha-Beginn über die Reha informiert?	47

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der Stichprobe der kognitiven Interviews	19
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	26
Tabelle 3: Stichprobencharakteristik der Gruppe Anfang	30
Tabelle 4: Wer hatte die Idee zu diesem Reha-Antrag? Mehrfachantworten möglich	31
Tabelle 5: Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrem Reha-Antrag in Anspruch genommen? Mehrfachantworten möglich	31
Tabelle 6: Woher hatten die angehenden Rehabilitanden ihre Informationen? Mehrfachantworten möglich.....	32
Tabelle 7: Wann haben sich die angehenden Rehabilitanden über die Reha informiert? Mehrfachantworten möglich.....	34
Tabelle 8: Informationsstand insgesamt und der Rehabilitanden der beiden Rentenversicherungsträger im Vergleich	35
Tabelle 9: Informationsstand der Rehabilitanden nach Indikation im Vergleich	36
Tabelle 10: Informationsstand der Rehabilitanden nach Geschlecht im Vergleich.....	36
Tabelle 11: Informationsstand der Rehabilitanden nach Altersgruppe im Vergleich	36
Tabelle 12: Informationsstand der Rehabilitanden nach Schulabschluss im Vergleich	37
Tabelle 13: Offene Fragen zu Beginn der Reha und Umgang mit offenen Fragen bzw. Gründe für keinen weiteren Informationsbedarf. Mehrfachantworten möglich	38
Tabelle 14: Informationsstand der angehenden Rehabilitanden zu bestimmten Reha-Themen	40
Tabelle 15: Wunsch der Rehabilitanden nach Übermittler und Zeitpunkt zukünftiger Informationen. Mehrfachantworten möglich	42
Tabelle 16: Wie viele Seiten sollte eine Broschüre höchstens haben, damit Sie sie gerne lesen?	43
Tabelle 17: Stichprobencharakteristik der Gruppe Ende	45
Tabelle 18: Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an verschiedene Aspekte der Reha erfüllt?.....	49
Tabelle 19: Wunsch nach Information in Zukunft durch Arzt nach Gruppe und Geschlecht.....	50

IV Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health)
ICIDH	Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen (engl.: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)
ISE	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
MAXQDA	Computerprogramm zur qualitativen Daten- und Textanalyse (engl.: MAX Qualitative Data Analysis)
PD	Privatdozentin/Privatdozent
PICO	Population/Intervention/Komparator/Endpunkt; Methode der evidenzbasierten Medizin zur Formulierung einer wissenschaftlichen Fragestellung (engl.: Population/Intervention/Comparator/Outcome)
PubMed	Englischsprachige textbasierte Meta-Datenbank mit medizinischen Artikeln
QGmR	Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation
RV	Rentenversicherung
SD	Standardabweichung (engl.: Standard Deviation)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Computerprogramm zur statistischen Datenauswertung (engl.: Statistical Package for Social Sciences)
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization)

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und veränderter Lebensstile, der verbesserten akutmedizinischen Versorgung und dem Wandel des Krankheitsspektrums mit stetiger Zunahme chronischer Erkrankungen nehmen präventive und rehabilitative Maßnahmen einen immer größeren Stellenwert in unserem Gesundheitssystem ein. Der große Anteil chronisch erkrankter und von Behinderung betroffener oder bedrohter Menschen verschiebt die Prioritäten der Medizin und zeigt die Notwendigkeit einer Fokussierung auf Krankheitsfolgen immer deutlicher auf [1-3]. Chronische Beschwerden und Behinderungen schränken nicht nur die Lebensqualität des Einzelnen¹ und seine Funktionalität im Alltag und Beruf erheblich ein, sondern produzieren zudem enorme soziale Kosten für unsere Gesellschaft. Zu nennen sind hier insbesondere die indirekten Krankheitskosten durch verminderte Erwerbsfähigkeit, vorzeitige Berentung und Pflegebedürftigkeit [1, 3, 4]. An dieser Stelle setzt Rehabilitation an.

1.1 Rehabilitation – Was ist das?

Wörtlich bedeutet das Verb *rehabilitieren*, jemanden wieder (in seinen alten Stand) einsetzen [2, 5]. Bei rehabilitativen Maßnahmen geht es also nicht wie in der akutmedizinischen Versorgung um die Heilung von Krankheiten, sondern um die berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung. Doch was genau ist Rehabilitation? Bei *Gutenbrunner (2007: 114)* heißt es: „*Rehabilitation wird heute als ein multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit einer Person definiert. Sie zielt auf die Beseitigung negativer Krankheitsfolgen und eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*“ [6]. In dieser Definition lassen sich gleich mehrere bedeutende Prinzipien der Rehabilitation finden.

Der Fokus der Rehabilitation liegt auf der Beseitigung der (negativen) *Krankheitsfolgen*, nicht auf den Krankheiten selbst. Da diese Folgen häufig vielschichtig sind, ist ein ganzheitliches Konzept erforderlich, das die individuelle Lebenswelt des Einzelnen ausreichend berücksichtigt und auf verschiedenen Ebenen – z. B. Bewegung, Schulung, Lebensstiländerung – ansetzt. Eine vollständige Heilung ist bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen nur sehr selten möglich, so dass hier ein guter Umgang mit der Erkrankung und die Verbesserung der *Lebensqualität* auf persönlicher Ebene sowie der Erhalt der Arbeitskraft und Teilhabe auf gesellschaftlicher Ebene im Vordergrund stehen. Der Patient soll trotz chronischer Krankheit seinen Beruf und Alltag bestmöglich bewältigen können [7-10].

¹ Der Einfachheit halber verwende ich in dieser Arbeit stets die männliche Form. Die weibliche Form ist dabei selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

In diesem Zusammenhang nimmt der Begriff der *funktionalen Gesundheit* eine zentrale Stellung ein. Dieser Begriff umfasst nicht nur die körperlichen Funktionen und Strukturen des Menschen, sondern berücksichtigt auch zwei weitere Konzepte: Die Möglichkeit als handelndes Subjekt selbstbestimmte Aufgaben durchzuführen (Konzept der Aktivitäten) und das Einbezogenensein als gleichberechtigtes Subjekt in alle Lebensbereiche (Konzept der Teilhabe). Diese drei Dimensionen der funktionalen Gesundheit stehen in enger Wechselwirkung miteinander, können aber auch einzeln beeinflusst werden und sind für das heutige Rehabilitationsverständnis von großer Bedeutung [2, 3, 6, 11].

Der Begriff der funktionalen Gesundheit findet sich auch im sogenannten *biopsychosozialen Modell* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wieder, bei welchem die Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe mit dem (gestörten) Gesundheitszustand der Person interagieren. Eine Erkrankung kann somit mehrdimensionale Krankheitsfolgen haben, aber umgekehrt kann eine Beeinträchtigung der verschiedenen Ebenen der funktionalen Gesundheit auch (neue) Gesundheitsprobleme verursachen. Des Weiteren spielen in diesem Modell auch Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle, die die Lebenswelt der Person noch stärker einbeziehen und die sich ebenfalls positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken. Diese können wiederum noch weiter in personenbezogene (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Motivation) und Umweltfaktoren (z. B. gesellschaftliche Einstellung gegenüber Behinderung, Barrierefreiheit, soziale Unterstützung) unterteilt werden. Insgesamt ergibt sich ein recht komplexes Interaktionsmodell, das jedoch vielfältige Interventionsmöglichkeiten und Ansatzpunkte für die Rehabilitation bietet [3, 6, 10, 11].

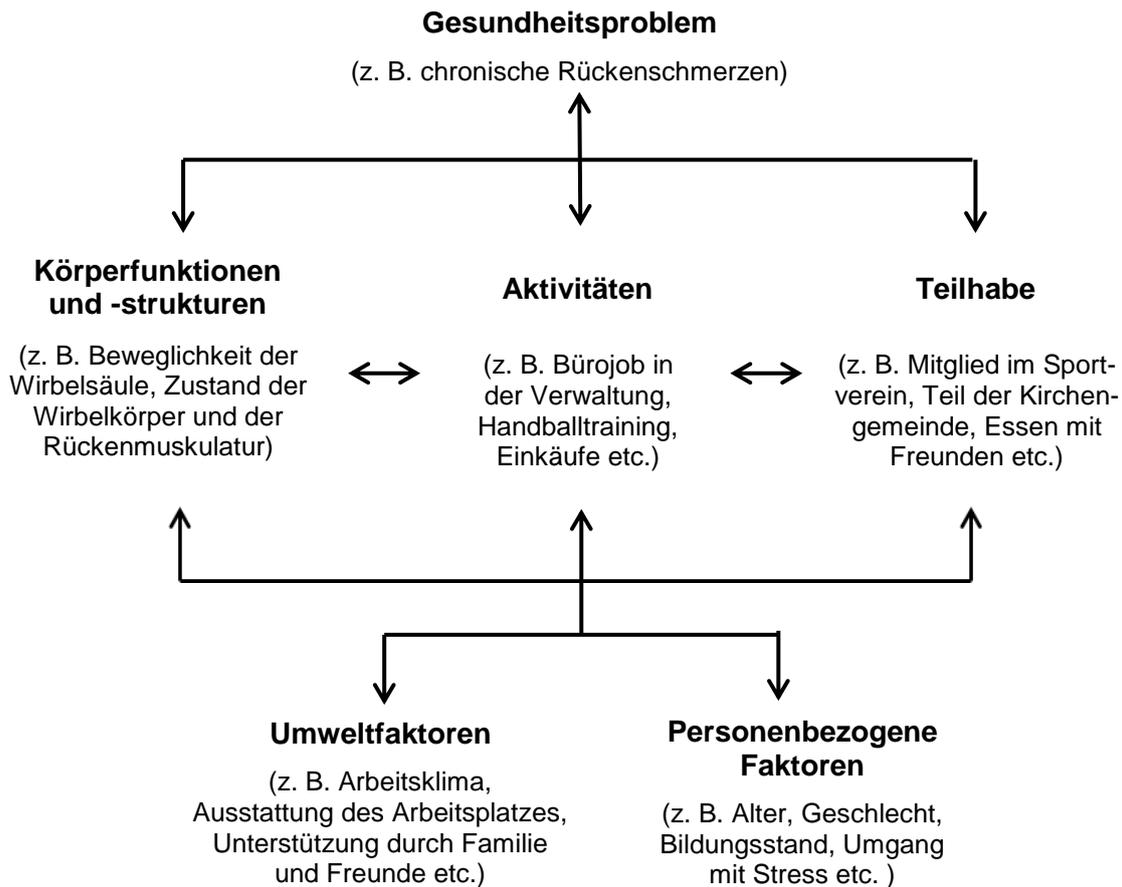


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF²

Auf diesem biopsychosozialen Modell basiert die im Jahr 2001 von der WHO verabschiedete *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*, auch *ICF-Modell* genannt. Mit der ICF wurde das bis dahin gängige lineare Krankheitsfolgemodell der *Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen (ICIDH)* von 1980 abgelöst [6, 11]. Analog zur *Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)* enthält die ICF-Klassifikation einen Katalog, der die Bereiche Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren umfasst. Lediglich die personenbezogenen Kontextfaktoren des biopsychosozialen Modells finden hier keine direkte Berücksichtigung. Außerdem ist in der ICF ein Bewertungssystem enthalten, mit dem das Ausmaß der Funktionsfähigkeit des Patienten klassifiziert werden kann. Im Unterschied zur älteren ICIDH-Klassifikation werden hier nicht nur die Einschränkungen, sondern wird vielmehr auch das erfasst, was der Patient noch kann. Auch wenn die ICF aufgrund ihrer Komplexität eingeschränkt praxistauglich ist, so lassen sich mit ihrer Hilfe die vielfältigen Aufgaben, Ebenen und Ziele der Rehabilitation doch sehr gut beschreiben und veranschaulichen. Für die Praxis haben sich krankheitsspezifische *ICF-Checklisten* oder *ICF-Core-Sets* und *ICF-basierte Fragebögen*, die aus den Dimensionen der ICF abgeleitet wurden, etabliert [6, 12, 13].

² Abbildung wurde in Anlehnung an Seidel (2007:19) und Hüller & Schuntermann (2005: 16) nachgestellt.

Ein ganzheitliches, multimodales Behandlungskonzept ist nur in einem interdisziplinären Behandler-Team möglich. So findet sich in Rehabilitationseinrichtungen ein sehr breites Spektrum an medizinischen, medizinnahen und nichtmedizinischen Berufen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Aufgaben. Wichtig für das Gelingen der interdisziplinären Zusammenarbeit sind vor allem intensive Kommunikationsprozesse, die gemeinsame Grundlage der ICF-Ebenen sowie Basiskenntnisse über die Kompetenzen und Grenzen der anderen zum Team gehörenden Berufsgruppen. Dem Arzt kommt dabei häufig die Koordinations- und Leitfunktion des Reha-Teams zu [1, 14].

Auch dem Rehabilitanden selbst wird im Sinne der überall im Gesundheitswesen geforderten Patientenorientierung eine zunehmend wichtigere aktive Rolle im Behandlungsprozess zugesprochen. Nicht nur die Betroffenen selbst wünschen sich mehr Aufklärung und Beteiligung in Entscheidungs- und Behandlungsprozessen, auch von gesundheitspolitischer Seite aus trägt der stärkere Einbezug des Patienten ganz entscheidend zur Verbesserung des Management seiner Erkrankung und damit zu einem ökonomischen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen bei [15, 16]. Die Beteiligung von Patienten ist seit einiger Zeit in allen Bereichen des Gesundheitssystems ein relevantes Thema, im Bereich der medizinischen Rehabilitation aufgrund der häufig dauerhaft beeinträchtigten Patienten aber von besonderer Bedeutung. Hier ist das Erlernen von Selbstmanagementkompetenzen noch stärker erforderlich [17]. Aus diesem Grund heißt es bei *Glaser-Möller & Thiele (2008: 15)* auch: „Reha kann ohne Einsicht und ohne aktive Beteiligung der Betroffenen nicht gelingen“ [18]. In der Praxis existieren jedoch sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Patientenseite (noch) zahlreiche Barrieren, die die Umsetzung dieses Konzeptes einschränken. Patientenseitig werden hier vor allem eine eingeschränkte Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen zu verstehen sowie eine geringe individuelle Aktivierung angeführt [17].

Doch die aktive Mitarbeit des Rehabilitanden ist nur nicht während des Reha-Aufenthalts gefordert, sondern stellt auch eine wesentliche Bedingung für den langfristigen Effekt der Rehabilitation dar. Der enge zeitliche Rahmen der Reha-Maßnahme sowie die Notwendigkeit der Stabilisierung neu erlernter Verhaltensweisen und Lebensstile im Alltag ist für viele Rehabilitanden eine Herausforderung. Hier wird die zentrale Bedeutung der Reha-Nachsorge deutlich, die als Anstoß und Unterstützung der Betroffenen den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation sichern soll [19, 20]. *Susanne Weinbrenner (2014)*, Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, geht noch weiter und fordert, dass Reha-Nachsorge nicht nur als bloße Anschlussoption gedacht werden sollte. Vielmehr werden Nachhaltigkeitsstrategien benötigt, die den gesamten Rehabilitationsprozess – also die Zeit vor, während und nach der eigentlichen Reha-Maßnahme – umfassen [20].

1.2 Besonderheiten des deutschen Rehabilitationssystems

Historisch bedingt wird das deutsche Rehabilitationssystem von vielen verschiedenen Leistungsträgern getragen. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation sind in Deutschland u. a. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Unfallversicherung, der Alterssicherung der Landwirte, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge und der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe zuständig [3, 6, 21]. Seit 2001 bildet das *Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)* mit dem Titel *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* die gemeinsame rechtliche Grundlage aller Rehabilitationsträger. Das SGB IX ist das Ergebnis einer grundlegenden Überarbeitung des gesamten deutschen Rehabilitationsrechts und berücksichtigt wesentliche Aspekte des ICF-Modells [6, 22, 23].

Die vorliegende Arbeit bezieht sich ausschließlich auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Erwerbstätigen, die hierzulande der gesetzlichen RV obliegen. Träger der RV ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die sich wiederum aus der DRV Bund und 15 Regionalträgern zusammensetzt. Oberstes Ziel der Leistungen der gesetzlichen RV nach §9 SGB VI ist es, „den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern“ [24]. Dabei gilt stets das Prinzip *Reha vor Rente* – Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor Rentenleistungen [22-25].

Medizinische Reha-Maßnahmen können sich entweder direkt an eine (akute) Krankenhausbehandlung als sogenannte *Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB)* anschließen oder im Rahmen von *stationären Heilverfahren* bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen durchgeführt werden. Alternativ werden seit einigen Jahren auch teilstationäre und ambulante Reha-Maßnahmen angeboten [6]. Da eine AHB definitionsgemäß den Versicherten wenig Zeit zur Vorbereitung lässt, fokussiert sich diese Arbeit auf das stationäre Heilverfahren, bei dem die aktive Mitarbeit des Versicherten im gesamten Prozess der Entscheidung und Antragstellung sehr viel stärker erforderlich ist.

1.3 Recht auf Information und Aufklärung – Das Patientenrechtegesetz von 2013

Wie bei anderen medizinischen Behandlungen auch, haben Betroffene natürlich auch in der Reha ein Recht auf Information, Aufklärung und Beratung. Als sogenanntes *Patientenrechtegesetz* haben die entsprechenden Klauseln im Februar 2013 Eingang in das

Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) gefunden. Im Absatz 2 des §630c heißt es: „Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“ [26]. Auf diese Information darf nur im Falle eines äußerst akuten Behandlungsbedarfes oder auf expliziten Wunsch des Patienten verzichtet werden. Neben dieser Informationspflicht führt das BGB im Absatz 1 des §630e die Aufklärungspflicht des Behandelnden auf, die sich auf konkrete diagnostische oder therapeutische Eingriffe und Maßnahmen bezieht [26]. Im Falle von rehabilitativen Maßnahmen, die im Gesetz nicht explizit erwähnt werden, könnte man die Informationspflicht (§630c) laut Höder & Deck (2014) bei dem niedergelassenen Arzt sehen, der sich mit dem Patienten um eine Reha bemüht. Die Aufklärungspflicht (§630e) bezöge sich dann auf die Ärzte und Therapeuten der Reha-Einrichtung [27].

1.4 Kriterien guter Patienteninformation

Ein Gespräch mit dem zuständigen Behandler allein reicht selten aus, um Patienten und Bürger zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen und aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken. Vielmehr sind auch schriftliche, qualitativ hochwertige Patienteninformationen erforderlich, damit Bürger Entscheidungen zu Gesundheitsfragen treffen können, die ihren persönlichen Vorlieben und Wertvorstellungen entsprechen und zu ihrem individuellen Lebensstil passen [28]. Aber was ist eine qualitativ hochwertige Information? Wie sehen Kriterien guter Patienteninformation aus? Die genauen Anforderungen an eine patientenorientierte Gesundheitsinformation sind derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen.

Immer wieder betont wird die Bedeutung des aktuellen Wissenstandes (Evidenz) als Voraussetzung für eine inhaltlich korrekte Gesundheitsinformation [28-31]. Evidenzbasierung heißt, aus den zum Zeitpunkt der Informationserstellung verfügbaren wissenschaftlichen Daten stets die besten und aussagekräftigsten Erkenntnisse zu berücksichtigen [31]. Des Weiteren benutzt eine evidenzbasierte Information für den Patienten relevante Endpunkte, wie die Sterblichkeit (Mortalität), die Beschwerde- und Krankheitswahrscheinlichkeit (Morbidität) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität, um wissenschaftliche Ergebnisse für ihn greifbar zu machen. Sie liefert damit Informationen, die für den Patienten auch nützlich und hilfreich sind. Dabei zeigt sie auch mögliche Nebenwirkungen, z. B. die Folgen von Nichtbehandlung und die fehlende Evidenz von bestimmten Interventionen, auf, so dass der Patient eine informierte Nutzen-Schaden-Abwägung vornehmen kann. Zudem

müssen kommerzielle Absichten der Anbieter von Informationen ausgeschlossen und mögliche Interessenskonflikte offengelegt werden [28-31].

Neben der inhaltlichen Korrektheit durch Nutzung der besten verfügbaren Evidenz kommt der Aufbereitung der Information eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Hier ist es wichtig, die Leser nicht mit möglichst vielen Informationen zu überladen, sondern die relevanten Aspekte in einfacher Sprache und übersichtlicher Gestaltung zu präsentieren. Schon bei *Langer (1983)* stellen kurze, prägnante Sätze, eine einfache Wortwahl und eine auf Anhieb erkennbare Struktur wesentliche Voraussetzungen für die Verständlichkeit von Texten dar. Ergänzend können anregende Zusätze wie eine persönliche Ansprache, Beispiele und Abbildungen den Spaß am Lesen fördern [32, 33]. Diese vier Grundprinzipien der Verständlichkeit haben bis heute nicht an Aktualität verloren [31].

Sowohl die inhaltliche als auch die sprachliche Gestaltung sollte sich an den Bedürfnissen und Lesefähigkeiten der Zielgruppe orientieren. Der Einbezug von Betroffenen kann hierbei wertvolle Hinweise und Rückmeldungen geben [16, 28, 29, 31, 34, 35]. Die Tatsache, dass gerade Menschen mit niedrigem Bildungsniveau besonders von Gesundheitsproblemen betroffen sind und häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen aufweisen [36], unterstreicht die Relevanz von Gesundheitsinformationen in einfacher Sprache. Hier gibt es inzwischen einige Initiativen, die Regeln für eine leichte Sprache aufgestellt haben und damit Informationen für alle, auch Menschen mit niedrigem Schulabschluss oder Leseschwierigkeiten, zugänglich machen [37, 38].

Doch bislang steht nur eine sehr begrenzte Anzahl an Informationsmaterialien zur Verfügung, die so aufbereitet ist, dass sie Patienten eine informierte Entscheidungsfindung ermöglichen. Die oben beschriebenen Kriterien für eine wissenschaftlich korrekte und für die Zielgruppe verständliche Informationsdarstellung finden nur wenig Berücksichtigung [16, 30]. Es existieren zwar Instrumente zur Beurteilung der Qualität von Patienteninformationen, wie beispielsweise der *DISCERN-Fragebogen* und der *Check-In* als seine Weiterentwicklung, allerdings erfassen diese Checklisten laut *Köpke, Berger, Steckelberg & Meyer (2005)* längst nicht alle relevanten Qualitätsaspekte [39]. Ferner werden nicht nur mehr qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen benötigt, sondern es muss auch eine leichte Erreichbarkeit dieser Informationen sichergestellt werden [17, 27]. Insgesamt betrachtet, lässt sich noch in so gut wie allen Bereichen der Patienteninformation ein deutlicher Forschungs- und Verbesserungsbedarf feststellen [40-42].

1.5 Bedeutung guter Patienteninformation in der Rehabilitation

Aufgrund der weiter oben beschriebenen hohen Bedeutung der aktiven Mitarbeit von Rehabilitanden im gesamten Rehabilitationsprozess ist eine gute Patienteninformation rund um das Thema Reha besonders wichtig. Zudem konnten immer mehr Studien, insbeson-

dere aus dem Bereich der *Health Literacy*-Forschung³, zeigen, dass das Ergebnis medizinischer Maßnahmen entscheidend von der Informiertheit und *Gesundheitskompetenz* (s. unten) der Patienten abhängt [43-47]. Das heißt, je mehr Informationen die Patienten besitzen und je besser sie diese für ihre Gesundheit nutzen können, desto mehr profitieren sie von der Maßnahme. Wie bei *Levasseur & Carrier (2010)* eindrücklich nachzulesen, liegen bislang kaum Studien zur Gesundheitskompetenz im Bereich der medizinischen Rehabilitation vor [48]. Trotz der mangelhaften Datenlage kann vermutet werden, dass dieser Zusammenhang auch auf die Reha-Maßnahme zutrifft und ein gut informierter und an den Entscheidungsprozessen aktiv beteiligter Rehabilitand stärker von der Reha profitiert als ein Rehabilitand, der wenig informiert und eingebunden [49].

Unter *Gesundheitskompetenz (Health Literacy)* versteht die *WHO (1998: 10)* „*cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*“ [50]. Der Begriff der Gesundheitskompetenz geht demnach über die reine Informiertheit hinaus und umfasst vielmehr einen konstruktiven Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen sowie die Fähigkeit, Entscheidungen zum Wohle der (eigenen) Gesundheit zu treffen [17, 44]. Das im nordamerikanischen Raum bereits etablierte Konzept der Health Literacy wird zunehmend auch in Europa diskutiert und in ersten Studien erforscht. Da zahlreiche unterschiedliche Definitionen und bis dato kein einheitliches Konzept der Gesundheitskompetenz vorlag, entwickelten *Sørensen et al. (2012)* anhand einer systematischen Übersichtsarbeit ein neues umfassendes Modell zur Health Literacy [51]. Auf diesem Modell basieren die verwendeten Fragebögen der ersten europäischen und nachfolgend auch der ersten deutschen Studie zur Gesundheitskompetenz [52]. Die Ergebnisse aus Deutschland finden sich bei *Jordan & Hoebel (2015)* und zeigen, wie außerordentlich relevant das Thema auch für die deutsche Bevölkerung ist, denn jeder dritte Erwachsenen besitzt eine *problematische* und fast jeder achte sogar eine *inadäquate* Gesundheitskompetenz [53]. Das Modell von *Sørensen et al. (2012)* umfasst vier Kompetenzen beim Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen: Das Suchen und Identifizieren (1), das Verstehen und Begreifen (2) und das Beurteilen und Bewerten (3) von Informationen sowie das Anwenden der Informationen bei Entscheidungen (4) [51, 52]. Eine leicht verständliche und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Informationsvermittlung kann als Basis für diesen Informations- und Entscheidungsprozess angesehen werden. Darüber hinaus kann eine qualitativ hochwertige Patienteninformation eine realistische und langfristige Zielsetzung in der Rehabilitation fördern. Reha-Ziele und Zielvereinbarungen stellen ein international anerkanntes Kernelement des modernen Rehabilitationsansatzes dar, das den Erfolg der Reha-Maßnahme und die Zufriedenheit von Patient und Behandler-Team ganz wesentlich beeinflusst [54-57]. So zeigt sich beispielsweise bei

³ Anmerkung: *Health Literacy* wird hierzulande meist mit Gesundheitskompetenz übersetzt.

Buchholz & Kohlmann (2013), dass die Erreichung definierter Ziele mit einem besseren Outcome rehabilitativer Verfahren einhergeht und die Erreichbarkeit eines Ziels die Motivation der Patienten erhöht [54]. *Barnes & Ward (2005: 14)* gehen noch weiter und bezeichnen die individuelle Zielorientierung als die „*essence of rehabilitation*“ [58]. Die konkrete Definition der Behandlungsziele stellt für die Betroffenen jedoch häufig eine enorme Herausforderung dar, an der nicht wenige scheitern. Viele Rehabilitanden haben selbst mit der Formulierung allgemeiner Ziele große Schwierigkeiten und wissen nicht, was sie in der Reha erreichen können oder haben (unrealistisch) hohe Erwartungen [59, 60]. Hier kann die Information und Aufklärung über sinnvolle Reha-Ziele im Vorfeld der rehabilitativen Maßnahme möglicherweise einen wertvollen Beitrag leisten [61].

1.6 Forschungsstand zum Reha-bezogenen Informationsbedarf

Es deutet also einiges darauf hin, dass gute Patienteninformation entscheidend zum Erfolg der Reha-Maßnahme und zu einer das Outcome positiv beeinflussenden, realistischen Zielsetzung beiträgt. Doch welche Informationen werden benötigt, damit die medizinische Rehabilitation gelingt und einen nachhaltigen Effekt hat? Und welche Informationen stehen allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten zur Verfügung? Sind diese verständlich und fördern sie eine ausreichende Wissensbildung? Wissenschaftliche Arbeiten und Studien, die sich diesen und weiteren Fragen des Reha-bezogenen Informationsbedarfs widmen, lassen sich jedoch kaum finden. Aufgrund der historisch gewachsenen Besonderheiten des deutschen Rehabilitationswesens (s. Kapitel 1.2) können internationale Forschungsergebnisse oftmals nicht auf die hiesigen Bedingungen übertragen werden. Lediglich anhand der Nebenergebnisse mancher hierzulande durchgeführter Studien lassen sich einzelne Vermutungen und Hypothesen ableiten [27, 62].

Im Jahr 2001 entstand in Schleswig-Holstein die *Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation (QGmR)*, ein freiwilliger Zusammenschluss mehrerer regionaler Reha-Kliniken, mit dem Ziel der Qualitätssicherung und Transparenzerhöhung rehabilitativer Verfahren. Ein Schwerpunkt der QGmR stellt die Ergebnisqualität von Reha-Maßnahmen dar. Anhand von Längsschnitterhebungen bei Patienten werden regelmäßig Qualitätsberichte erstellt, die über verschiedene Aspekte der Rehabilitation Auskunft geben [63, 64]. In diesen Berichten konnte die Problematik mangelhafter Informiertheit über die Reha wiederholt gezeigt werden. So zeigen Ergebnisse aus orthopädischen Reha-Kliniken der QGmR, dass im Vorfeld nur maximal die Hälfte der Rehabilitanden Informationen über die Reha-Maßnahme erhalten hatten. Auch am Ende der Maßnahme wurde nur ein Teil der Rehabilitanden auf die Zeit danach vorbereitet und über Nachsorgemöglichkeiten informiert [64].

1.6.1 Wissensstand der DRV-Versicherten und niedergelassenen Ärzte

Bisherige Forschungsergebnisse legen nahe, dass sowohl die Rehabilitanden selbst als auch die Hausärzte – idealerweise die ersten Ansprechpartner in Bezug auf eine Reha-Maßnahme – nur sehr unzureichend über die medizinische Rehabilitation informiert sind [27, 65-67]. Vielfach findet deshalb keine inhaltliche Vorbereitung der Betroffenen auf den anstehenden Aufenthalt in der Reha-Klinik statt, so dass Inhalte, potenzieller Nutzen und Ziel der Rehabilitationsmaßnahme unklar bleiben und mitunter (unrealistisch) hohe Erwartung entstehen [27, 60, 61, 66]. So ergab eine Befragung von Höder & Deck (2014) an 163 orthopädischen Rehabilitanden, dass 65 Prozent der Studienteilnehmer nicht in der Lage waren, sich an eine einzige (sehr oder ziemlich) nützliche Information über die Reha zu erinnern. Auch konnten die Rehabilitanden hier nur etwa die Hälfte der Fragen eines einfachen Wissenstests zu den Kernthemen der Reha richtig beantworten [27].

Neben inhaltlichen Wissensdefiziten, sind auch die formalen Abläufe bei der Antragstellung einer Reha nicht immer klar. So berichten Pohontsch et al. (2013), dass z. B. nur etwa die Hälfte der Rehabilitanden über das Wunsch- und Wahlrecht des §9 SGB IX informiert ist [68]. Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass das Antragsverfahren von Patienten und Ärzten als äußerst kompliziert empfunden wird, so dass sich auf beiden Seiten mitunter ein Gefühl der Überforderung einstellt [67, 69]. Insgesamt deutet einiges darauf hin, dass zu vielen Themen rund um die Reha (noch) ein sehr hoher Informationsbedarf besteht.

1.6.2 Rolle des Hausarztes und Barrieren der hausärztlichen Informationsvermittlung

Der Hausarzt stellt als oftmals langjähriger Begleiter und Vertrauensperson bei allen gesundheitlichen Fragen und Belangen eine erste Anlaufstelle für den Patienten dar. Dies gilt selbstverständlich auch für die Bereiche Prävention und Rehabilitation. Aufgrund seiner politisch gewollten Lotsenfunktion als sogenannter *Gatekeeper* werden in der Hausarztpraxis alle Befundberichte und medizinischen Daten seiner Patienten zusammengeführt. Häufig ist er der erste, der einen Rehabilitationsbedarf feststellen und die nötigen weiteren Schritte einleiten kann [67, 69, 70].

Tatsächlich wird ein großer Teil der Anträge auf eine medizinische Rehabilitation bei chronischer Erkrankung (sog. Heilverfahren, s. Kapitel 1.2) von niedergelassenen Ärzten, in der Mehrzahl Hausärzten, gestellt [66]. Laut Deck, Träder & Raspe (2009: 73) kommt dem Hausarzt deshalb eine „Schlüsselrolle bei der Entscheidung für eine Reha-Maßnahme“ zu [65]. Doch er ist nicht nur wesentlich am Entscheidungsprozess (mit-) beteiligt, von ihm hängt auch häufig ab, welche Vorinformationen der Patient bei Antritt der

rehabilitativen Maßnahme besitzt und wie die Nachsorgeempfehlungen im Anschluss an die Rehabilitation umgesetzt werden. Zusätzlich ist er für die Erstellung des Befundberichtes zuständig, der die Bewilligung der Reha-Maßnahme und die Therapieplanung in der Reha-Klinik entscheidend beeinflusst [66, 71].

Obwohl die überwiegende Mehrheit der Hausärzte vom Nutzen der Reha-Maßnahme überzeugt und der medizinischen Rehabilitation gegenüber generell positiv eingestellt ist, konnten zahlreiche Probleme und Barrieren identifiziert werden, die einer Antragstellung durch niedergelassene (Haus-) Ärzte immer wieder im Wege stehen. Hierzu zählen strukturelle Hindernisse, wie beispielsweise ein hoher bürokratischer und zeitlicher Aufwand sowie Schnittstellenprobleme der rehabilitativen Versorgung [65, 71-76]. Auch ein mangelhafter Wissensstand über das Konzept der Rehabilitation, sozialrechtliche Voraussetzungen sowie Nutzen und Ziel medizinischer Rehabilitationsverfahren führen immer wieder zu Unsicherheiten bei den Medizinerinnen [65, 66, 72]. So ist den befragten Ärzten beispielweise nicht klar, welchen Patienten sie eine Reha empfehlen sollten und wie das Prozedere der Antragsstellung generell abläuft [66]. Die Erkennung eines Rehabilitationsbedarfes stellt somit laut *Schubert et al. (2012: 267)* häufig eher ein „*intuitives, erfahrungsgelenktes Vorgehen*“ dar [67]. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als dass der Querschnittsbereich Rehabilitation im Medizinstudium vieler deutscher Universitäten bislang nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt [65, 66].

Aufgrund dieser Wissensmängel können Hausärzte und andere niedergelassene Ärzte die Informationen suchenden Patienten oftmals nicht adäquat zur Reha beraten. Nichtsdestotrotz stellt der Hausarzt bei Rehabilitandenbefragungen stets eine wichtige Informationsquelle dar. Weitere wichtige Quellen sind die Materialien der DRV, Freunde und Bekannte mit Reha-Erfahrung, die Reha-Kliniken und deren Webseiten sowie das Internet allgemein. In knapp 12 Prozent der Fälle spielen auch die Krankenkassen eine Rolle bei der Informationsvermittlung, obwohl sie für die rehabilitativen Maßnahmen von Erwerbstätigen nicht (direkt) zuständig sind (s. Kapitel 1.2). Betriebsärzte, Bücher und die gemeinsamen Reha-Servicestellen werden dagegen kaum als Informationsquelle genutzt [27, 77].

1.6.3 Schriftliche Informationen über die Reha

Eine von *Höder & Deck (2014)* durchgeführte Analyse gängiger Informationstexte von Leistungserbringern, Patientenorganisationen, Gesundheitsportalen sowie 50 per Zufall ausgewählten Kliniken der muskuloskelettalen Rehabilitation ergab, dass es so gut wie keine nichtkommerziellen, ausführlichen Informationsmaterialien zu wichtigen Aspekten der medizinischen Rehabilitation gibt. Lediglich die DRV Bund verschickt die 90-seitige DIN A5-Broschüre *Rehabilitation – Was erwartet mich dort?* bei Bewilligung einer Reha-

Maßnahme an ihre Versicherte. Diese Broschüre enthält allgemeine Kapitel mit grundsätzlichen Informationen über die Reha, wie z. B. Ziele der Rehabilitation und rechtliche Fragen sowie indikationsspezifische Kapitel für die Rehabilitation bei bestimmten chronischen Erkrankungen (Diabetes mellitus, chronische Polyarthrit, degenerative Gelenkerkrankungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen und einige mehr) [27, 78]. Die kritische Auseinandersetzung mit dem Inhalt der Broschüre zeigt, dass sich etwa die Hälfte des gesamten Textes mit Kernthemen der Rehabilitation befasst und somit (überwiegend) nützlich ist. Leider dürfte für Leser mit niedriger Schulbildung nach der Lektüre noch einiges unklar bleiben, da die niedrigen Lesbarkeitsindizes der Analyse auf deutliche Mängel in der Verständlichkeit der Broschüre hindeuten. Zudem erhalten nur Versicherte der DRV Bund nach Antragsbewilligung die Broschüre, alle übrigen DRV-Versicherten bekommen lediglich schwer verständliche Merkblätter zu formalen Aspekten und rechtlichen Bestimmungen der medizinischen Rehabilitation zugesandt. Daneben gibt es noch die Broschüren *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft* und *Mit der Rehabilitation wieder fit für den Job* sowie spezielle Broschüren für die Reha bei Kindern, Tumorpatienten und Patienten mit Suchterkrankungen sowie bei Menschen mit schwerer Behinderung. Diese können, im Gegensatz zur erstgenannten Broschüre, von jedem kostenlos auf der Homepage der DRV⁴ heruntergeladen werden [27, 62, 79].

Abgesehen von den Broschüren der DRV gibt es nur sehr wenige und in der Mehrzahl äußerst knappe, schwer verständliche Informationsmaterialien zur (medizinischen) Rehabilitation: Von den drei größten Krankenkassen – Allgemeine Ortskrankenkasse, Barmer Ersatzkasse und Techniker Krankenkasse (TK) – versendet lediglich die TK zweiseitige sogenannte Beratungsblätter auf Anfrage [27]. Von allen in der Datenbank der *nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen* geführten Selbsthilfegruppen stellt nur die *Deutsche Rheuma-Liga* ein vierseitiges Merkblatt zur *Rehabilitation bei rheumatologischen Erkrankungen* zur Verfügung und der *Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands* erläutert in seiner *Information für Patienten* ausschließlich die Arbeit der Fachärzte. Auch das in Deutschland sehr verbreitete und äußerst beliebte Magazin *Apotheken Umschau* hat sich in den 24 Ausgaben des Jahres 2011 in keinem einzigen Artikel mit dem Thema Rehabilitation auseinandergesetzt [27, 62, 79]. Im Jahr 2014 erschien ein erster Übersichtsartikel zur medizinischen Rehabilitation, 2016 folgten drei spezielle Beiträge zur Reha nach Herzinfarkt, nach Kreuzband-OP sowie bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1. Schließlich kam Anfang des Jahres 2017 ein Artikel zu Klinik-Alternativen heraus, in dem u. a. die ambulante und mobile Reha vorgestellt wurden⁵. Insgesamt ist hier also eine Zunahme an Reha-relevanten Beiträgen zu verzeichnen.

⁴ Siehe: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff am 31.07.2017).

⁵ Siehe: <http://www.apotheken-umschau.de/archiv> (letzter Zugriff am 31.07.2017).

Bei der Analyse der Internetauftritte der Reha-Einrichtungen wird deutlich, dass es hier oftmals vorrangig um Werbung für die jeweilige Klinik und weniger um inhaltliche Informationen für Rehabilitanden geht. Auch wenn das Bewerben der Einrichtung durchaus legitim ist, fördern laut Höder & Deck (2014: 52) einige Aussagen „*unrealistisch hohe Erwartungen und zeichnen ein Bild, das mehr der traditionellen Kur als der modernen Reha entspricht*“ [27]. Insgesamt erwies sich etwa ein Drittel der 103 untersuchten Homepage-Texte als eher nutzlos. Die beiden wesentlichen Voraussetzungen für Verständlichkeit – Einfachheit und eine gute Gliederung⁶ – erfüllten 15 von 98 untersuchten Texten. Bei über der Hälfte der Texte waren mehr als zwei Klicks notwendig, um die gesuchten Themen zu finden, so dass die Erreichbarkeit insgesamt als mittelschwer eingeschätzt wurde [27]. Bei einer weiteren Studie von Widera, Bonn & Klosterhuis (2011) zur Nutzung des Internets auf die Reha-Vorbereitung wird deutlich, dass sich zwar 87 Prozent der 981 befragten Rehabilitanden im Vorfeld online über die Reha-Einrichtung informiert hatten, aber die gesuchten Inhalte recht häufig nicht finden konnten. Nur knapp die Hälfte fühlte sich nach der Internetrecherche gut auf die Reha vorbereitet [80].

1.6.4 Zielgruppenspezifische Unterschiede

Diese ersten Ergebnisse zeigen deutlich auf, dass ein enormer Bedarf an verständlich aufbereiteten und für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation wichtigen Informationen besteht. Die bislang vorhandenen Materialien sind mehrheitlich schwer erreichbar, schlecht verständlich oder inhaltlich wenig relevant [27, 62]. Insbesondere die mangelnde Verständlichkeit ist hier von zentraler Bedeutung: Viele Informationsmaterialien zur medizinischen Rehabilitation sind nur für Personen mit höherer Schulbildung verständlich, Rehabilitanden besitzen aber überwiegend Haupt- und Realschulabschlüsse⁷. Um beispielsweise die von Höder & Deck (2014, 2015) analysierten Informationsmaterialien über die Reha ohne Schwierigkeiten zu verstehen, muss der Leser über eine mindestens 11-jährige Schulbildung verfügen [27, 62]. So ist es grundsätzlich wenig verwunderlich, dass Patienten häufig mit relativ wenig Vorwissen ihre Reha-Maßnahme beginnen und nachhaltige Effekte ausbleiben.

Trotz bislang mangelhafter Forschungslage kann zudem davon ausgegangen werden, dass die Informiertheit der Rehabilitanden vom allgemeinen Bildungsstand, der sozialen Schicht, Alter und Geschlecht abhängt. So gibt es Hinweise darauf, dass das Wissen über die Reha mit der Schulbildung ansteigt [27, 62], jüngere Rehabilitanden häufiger das Internet als Informationsquelle nutzen [80] und Frauen aufgrund ihrer oftmals komplexeren

⁶ Vgl. Langer (1983) in Kapitel 1.4.

⁷ Von 1.504 Rehabilitanden in Schleswig-Holstein waren zwischen 77 (Onkologie) und 89 Prozent (Neurologie, Orthopädie AHB) ohne höhere Schulbildung. Unveröffentlichte Daten der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein.

Lebenskontexte differenziertere Bedürfnisse in Bezug auf (rehabilitative) Interventionen als Männer haben [81]. Weitere Studien und genauere Analysen sind für zielgruppenspezifische Informationsangebote somit dringend erforderlich.

1.7 Entwicklung der Fragestellung

Alles in allem zeigt sich eine mangelhafte systematische Vorbereitung der Versicherten auf die medizinische Rehabilitation und ein hoher Reha-bezogener Informationsbedarf der Betroffenen und niedergelassenen Ärzte. Auch aus der Sicht der Rehabilitanden wird häufig ein Mangel an Informationen über die Reha beklagt: *„Also, ich bin ja hergekommen wie ein Kind in die Schule [...]. Also, ich habe schlicht nichts, gar nichts darüber gewusst“*⁸. Die Qualität der vorhandenen Patienteninformationen ist in vielen Bereichen verbesserungsbedürftig, eine genauere Beschreibung zielgruppenspezifischer Informationsbedürfnisse fehlt bislang. Dabei konnte ein enger Zusammenhang zwischen der Informiertheit und Gesundheitskompetenz der Patienten und verschiedenen gesundheitsbezogenen Outcomes nachgewiesen werden [43-47] (s. auch Kapitel 1.5). Somit kann durch gut informierte, gesundheitskompetente und aktiv am Rehabilitationsprozess beteiligte Patienten der Erfolg von rehabilitativen Maßnahmen aller Voraussicht nach (deutlich) verbessert werden. Doch welche Informationen sind aus Sicht der Betroffenen hilfreich und notwendig? Was wünschen sich die Versicherten selbst?

An diese Fragen anknüpfend setzt sich diese Arbeit mit dem spezifischen Informationsbedarf von Versicherten der Rentenversicherung auseinander und analysiert die genutzten Informationen. Inwieweit sind DRV-Versicherte über die Reha informiert? Welche Informationen wären den Rehabilitanden rückblickend vor der Reha besonders wichtig gewesen? Woher bekommen die Versicherten ihre Informationen und sind diese verständlich? Wie möchten die Versicherten in Zukunft informiert werden? Ziel der Arbeit ist eine genaue Bedarfsanalyse, aus der sich Anforderungen für die zukünftige Erstellung von Informationsmaterialien ableiten lassen und die so langfristig zu einer Verbesserung des Informationsniveaus von Versicherten beiträgt und damit auch das Outcome von Reha-Maßnahmen positiv beeinflusst.

⁸ Zitat aus der zweiten Fokusgruppe der Indikation Orthopädie, Abschnitt 81-82. Im Rahmen der qualitativen Vorstudie wurden sechs Fokusgruppen mit Rehabilitanden durchgeführt.

2 Material und Methoden

Diese Dissertation war eingebunden in das von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund geförderte Forschungsprojekt *Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten* im *Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (ISE)* an der Universität zu Lübeck im Zeitraum von April 2014 bis Dezember 2015 (Studienregistrierung unter: VfD_Reha-Info_14_003499). Ziel dieses Projektes war u. a. die Erfassung des Reha-bezogenen Informationsstandes von DRV-Versicherten sowie eine genaue Bedarfsanalyse der gewünschten Informationen hinsichtlich der Art der Information, der Informationsvermittlung sowie der konkreten Anforderungen an das Informationsmaterial.

Im Fokus der Dissertation stehen Versicherte mit bewilligtem Reha-Antrag vor Reha-Beginn (Gruppe Anfang). Zusätzlich erfolgt ein Vergleich mit den Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende), so dass der Reha-bezogene Informationsbedarf an zwei verschiedenen Zeitpunkten ermittelt werden kann.

Die Versicherten der beiden Gruppen stammen zu jeweils einem Drittel aus den Reha-Indikationen Orthopädie, Psychosomatik und Innere Medizin, damit ggf. vorhandene indikationsspezifische Unterschiede ebenfalls aufgezeigt und analysiert werden können. Der Bereich der Inneren Medizin umfasst dabei vor allem die Kardiologie, aber auch weitere internistische Krankheitsbilder (z. B. Diabetes mellitus, chronisch entzündliche Darmerkrankungen etc.) sowie bei der Gruppe am Reha-Ende auch die Pneumologie.

Das Forschungsprojekt nutzte sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zur Erfassung des Reha-bezogenen Informationsbedarfes. Das Kernstück dieser Arbeit stellt die deskriptive Auswertung einer quantitativen schriftlichen Befragung von DRV-Versicherten der beiden oben genannten Gruppen dar. In Vorbereitung auf die schriftliche Befragung wurden sowohl Literaturrecherchen als auch qualitative Interviews mit Versicherten durchgeführt, die zu Beginn dieses Kapitels kurz beschrieben werden sollen, da ihre Ergebnisse die Basis für die Fragebogenentwicklung darstellten.

Abbildung 2 illustriert die einzelnen Schritte der Datengewinnung und -auswertung:

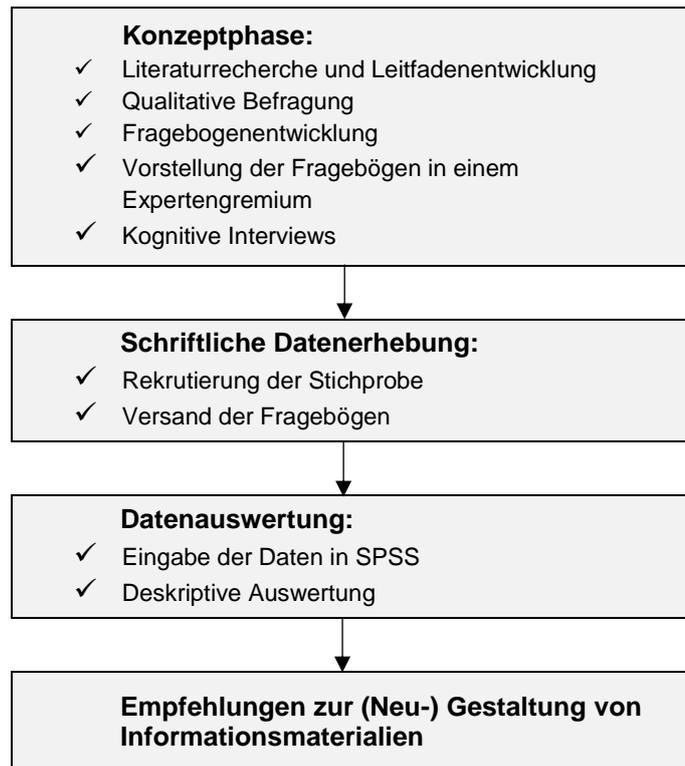


Abbildung 2: Ablauf der Datengewinnung und -auswertung

2.1 Konzeptphase

2.1.1 Literaturrecherche und qualitative Befragung

In Vorbereitung auf die qualitative Befragung erfolgte eine Literaturrecherche zur Entwicklung der Interviewleitfäden. Hierbei wurde eine Handsuche in den drei Zeitschriften *Das Gesundheitswesen*, *Die Rehabilitation* und *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* sowie den DRV-Schriften der Tagungsbände der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien von Januar 2000 bis zum April 2014 vorgenommen. Darüber hinaus wurde eine Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken durchgeführt. Relevante Artikel wurden im Volltext analysiert und bei der Entwicklung der Leitfäden berücksichtigt. Die vollständigen Leitfäden für die qualitative Befragung der Versicherten mit bewilligtem Reha-Antrag (Gruppe Anfang) und der Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) können im Anhang 1 und 2 eingesehen werden.

Für die qualitative Befragung wurden die Versicherten der Gruppe Anfang postalisch angeschrieben und zu einem Telefoninterview eingeladen, während die Rehabilitanden der Gruppe Ende direkt von den kooperierenden Reha-Kliniken für die Fokusgruppen rekrutiert wurden. Es konnten insgesamt 24 Telefoninterviews und sechs Fokusgruppen realisiert werden. Bei den telefonischen Interviews wurden in der Indikation Orthopädie zwölf Befragungen an fünf Frauen und sieben Männern im Alter von 28 bis 62 Jahren durchgeführt. In der Indikation Psychosomatik konnten sieben Personen, drei Frauen und vier

Männer, im Alter von 42 bis 55 Jahren telefonisch befragt werden und in der Indikation Innere Medizin erfolgten fünf Interviews an zwei Frauen und drei Männern, das Alter lag hier zwischen 31 und 62 Jahren. In allen drei Indikationen nahmen in jeder der zwei Geschlechtskategorien sowohl Versicherte der DRV Bund als auch der DRV Nord teil. Bei den Fokusgruppen konnten je zwei pro Indikation mit jeweils drei bis sieben Teilnehmern im Alter von 28 bis 64 Jahren realisiert werden. Sowohl die Durchführung der Gruppen- als auch der Telefoninterviews erfolgte leitfadengestützt, die Fokusgruppen fanden in den kooperierenden Reha-Einrichtungen statt und wurden im Zweierteam moderiert. Die zwei Fokusgruppen der Indikation Psychosomatik wurden in der Fachklinik Aukrug und die anderen vier Gruppen in der Mühlenbergklinik in Bad Malente realisiert. Alle Interviews, die sechs Fokusgruppen und die 24 telefonischen Befragungen, wurden digital aufgezeichnet, vollständig transkribiert und von zwei Projektmitarbeiterinnen unabhängig voneinander mit dem Programm *MAXQDA 10* kodiert. Die Kodierung und Auswertung orientierte sich am Konzept der Inhaltsanalyse von *Mayring (2008)*, wobei das Kategoriensystem sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet wurde [82]. Nach der separaten Kodierung erfolgte die Konsensfindung durch gemeinsame Diskussion, ggf. wurde die Projektleiterin mit einbezogen.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit beiden Gruppen zeigten, dass zwar viele Versicherte von nahe stehenden Personen (Angehörigen, Bekannten, Kollegen, Hausärzten etc.) Informationen über die Reha bekommen hatten, aber ein Großteil der erhaltenen Angaben auf einer sehr oberflächlichen und unkonkreten Ebene blieb. Auch im ebenfalls häufig als Informationsquelle genutzten Internet fanden Versicherte vielfach nicht das, was sie suchten. Zu Reha-Beginn waren häufig noch viele Fragen, beispielsweise zum Therapieangebot und zur Tagesstruktur, ungeklärt und der selbsteingeschätzte Grad der Informiertheit variierte in beiden Gruppen stark. Insbesondere in den Fokusgruppen der Indikation Psychosomatik wurde deutlich, dass einige Rehabilitanden sich auch aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sahen, im Vorfeld der Reha-Maßnahme selbstständig Informationen einzuholen. In einer anderen Gruppe entstand der Wunsch, im Bewilligungsschreiben eine genaue Begründung für die Bewilligung der Reha zu erhalten, um diese Entscheidung transparent und nachvollziehbar zu machen.

Aus den Ergebnissen der qualitativen Interviews und Fokusgruppen wurden in einem weiteren Schritt die Fragebögen entwickelt.

2.1.2 Fragebogenentwicklung

Für beide in dieser Dissertation untersuchten Personengruppen, den Versicherten vor Reha-Beginn (Gruppe Anfang) und den Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende), wurde jeweils ein Fragebogen entwickelt. Beide Fragebögen sind grundsätzlich sehr

ähnlich aufgebaut, sie unterscheiden sich jedoch etwas in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung, um auch die Besonderheiten der jeweiligen Gruppen zu erfassen. Die Fragebögen wurden thematisch anhand der Kategorien der oben beschriebenen qualitativen Befragung konstruiert. Die Themen und Inhalte der Fragebögen beider Gruppen werden im Kapitel 2.1.2.1 näher beschrieben.

Nach Fertigstellung der ersten Fragebogenentwürfe wurden diese in einem interdisziplinären Expertentreffen am 11. Februar 2015 im ISE der Universität zu Lübeck, bei dem jeweils ein Vertreter der DRV Bund und der DRV Nord, drei Kliniker aus verschiedenen Reha-Einrichtungen (somatisch und psychosomatisch), ein Hausarzt sowie das gesamte Projektteam anwesend waren, vorgestellt und diskutiert. Die im Konsens getroffenen Änderungsvorschläge und Ergänzungen wurden im Anschluss an das Expertentreffen in die Fragebögen eingearbeitet.

Damit die erarbeiteten Fragen und Antwortmöglichkeiten auch für die zukünftigen Befragten selbst gut verständlich und eindeutig zu beantworten sind, wurden die Fragebögen im Rahmen von *kognitiven Interviews* mit Rehabilitanden getestet. Die Methode des kognitiven Interviews hat sich in den letzten Jahren bei der Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten zunehmend als hilfreich erwiesen und dient laut *Pohontsch & Meyer (2015: 55)* der „*Identifikation von potenziell problematischen Fragen, von Unklarheiten oder Schwierigkeiten, die zu nicht intendierten Antworten führen können. Gleichzeitig kann damit überprüft werden, ob die von den Befragten gegebenen Antworten das repräsentieren, was in der Frage abzufragen intendiert war*“ [83]. Die konzeptuelle Basis des kognitiven Interviews stellt das *4-Stufen-Modell von Tourangeau* dar, welches den Antwortprozess der Befragten in vier Schritte unterteilt: Verständnis der Frage (1), Abruf von relevanten Informationen (2), Entscheidung darüber, wie geantwortet wird (3) und Zuordnung der ermittelten Antwort zu den formalen Antwortkategorien (4). Auf jeder Stufe können Probleme entstehen und zu einer nicht intendierten Beantwortung der Frage führen [83, 84]. Insbesondere zwei kognitive Interviewmethoden, das *laute Denken (think aloud)* und das *Nachfragen (probing)*, werden häufig angewandt und wurden auch im Rahmen dieser kognitiven Interviews eingesetzt. Beim lauten Denken wird der Befragte gebeten, möglichst alle Denkprozesse bei der Beantwortung einer Frage verbal zu äußern, während der Interviewer beim Nachfragen das Fragenverständnis aus Sicht des Befragten sowie einzelne Elemente der Frage explizit abfragt [83, 84]. Insgesamt wurden acht kognitive Interviews realisiert, vier pro Versichertengruppe. Die Interviews zum Fragebogen der Gruppe Anfang wurden mit Rehabilitanden durchgeführt, die sich direkt am Beginn ihrer Reha-Maßnahme befanden. Für die kognitiven Interviews zum Fragebogen der Gruppe Ende wurden ausschließlich Rehabilitanden am Ende ihrer Reha ausgewählt. So konnten beide Fragebögen von vier Personen aus der jeweiligen Zielgruppe vorab bewertet werden. Zudem wurde auf eine gleichmäßige Verteilung der Indikationen (ortho-

pädisch/somatisch und psychosomatisch) und nach Möglichkeit auch des Geschlechts geachtet, so dass sich letztlich folgende Stichprobe für die kognitiven Interviews ergab:

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der Stichprobe der kognitiven Interviews

Gruppe Anfang	Orthopädie	1 weiblich, 1 männlich (52 und 54 Jahre)
	Psychosomatik	2 männlich (40 und 58 Jahre)
Gruppe Ende	Orthopädie	1 weiblich, 1 männlich (37 und 61 Jahre)
	Psychosomatik	1 weiblich, 1 männlich (50 und 52 Jahre)

Insgesamt zeigten sich bei den Interviews kaum grundlegende Verständnisprobleme, es konnten jedoch einige wichtige Anmerkungen und Impulse der Rehabilitanden, wie beispielsweise eine deutlichere Formulierung einiger Anweisungen sowie leichte sprachliche Verbesserungsvorschläge, in den Fragebögen berücksichtigt und verändert werden.

2.1.2.1 Themen und Inhalte der Fragebögen

Der Fragebogen der Gruppe Anfang setzt sich aus sechs Themengebieten zusammen, der Fragebogen der Gruppe Ende beinhaltet zusätzlich den Themenkomplex *Bewertung* der Reha, bei dem die Rehabilitanden am Ende der Reha diese rückblickend evaluieren sollen. Die folgenden sechs Themengebiete finden sich in den Fragebögen beider Gruppen:

1. Vorbereitung auf die Reha
2. Informationsstand zu Reha-Beginn
3. Informationsthemen
4. Informationswünsche für die Zukunft
5. Anforderungen an das Informationsmaterial
6. Angaben zur Person

Jedes dieser Themengebiete besteht aus einer bis sechs Fragen, die in beiden Fragebögen größtenteils identisch sind. Beim Fragebogen der Gruppe Anfang, also den Versicherten mit bewilligtem Antrag zu Reha-Beginn, liegt der Fokus verstärkt auf den ersten beiden Themenkomplexen *Vorbereitung auf die Reha* und *Informationsstand zu Reha-Beginn*, deshalb umfassen diese zusammen drei Fragen mehr. Insgesamt besteht der Fragebogen der Gruppe Anfang aus 24 und der Fragebogen der Gruppe Ende aus 28 Einzelfragen.

Im Folgenden wird der Fragebogen der Gruppe Anfang ausführlich mit seinen sechs Themengebieten vorgestellt. Anschließend wird kurz auf Unterschiede sowie den zusätzlichen Themenkomplex *Bewertung der Reha* im Fragebogen der Gruppe Ende eingegangen. Die Fragebögen sind vollständig in Anhang 3 und 4 einzusehen.

2.1.2.2 Fragebogen der Gruppe Anfang

In der Einleitung des Fragebogens werden die Teilnehmer persönlich angesprochen und über das Ziel der Befragung, die Verbesserung Reha-bezogener Informationen für zukünftige Rehabilitanden, in einfachen Worten informiert. Es folgen vier Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens, die den Teilnehmern die Beantwortung der Fragen erleichtern sollen. Vorab soll das Ausfülldatum eingetragen werden.

Der Themenkomplex *Vorbereitung auf die Reha* ist mit seinen sechs Fragen der umfangreichste des Fragebogens. Als Erstes wird nach der Häufigkeit der Reha gefragt und somit überprüft, ob das Einschlusskriterium der ersten Rehabilitation (s. Kapitel 2.2) eingehalten werden konnte (Frage 1). Die Frage 2 bezieht sich auf diejenigen Personen oder Institutionen, die die Idee zum Reha-Antrag hatten. Danach werden die im Vorfeld der Rehabilitation erfolgten Therapien und Behandlungen ermittelt (Abbildung 3).

3. Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrem Reha-Antrag in Anspruch genommen? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.
<input type="checkbox"/> Ambulante Krankengymnastik
<input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie (z. B. 1 x pro Woche für 50 Minuten)
<input type="checkbox"/> Ganztägige ambulante Therapie in einer Tagesklinik
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung in einer Klinik z. B. Schmerzklinik
<input type="checkbox"/> Andere Behandlung, nämlich
 _____

Abbildung 3: Therapien vor dem Reha-Antrag

Darüber hinaus umfasst der Themenbereich eine Frage zu den Gefühlen und Einstellungen, mit denen die angehenden Rehabilitanden die Reha antreten (Frage 5). Die letzten beiden Fragen des Themenkomplexes erheben, woher und wann die Rehabilitanden Informationen über die Reha erhalten haben. Frage 7 ermittelt sowohl die Informationsquellen der Befragten als auch die Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit der erhaltenen Informationen. Die Abbildung 4 illustriert die erste Einzelfrage:

Woher haben Sie Ihre Informationen über die Reha?					
7. Bitte kreuzen Sie bei jeder aufgeführten Möglichkeit die zutreffende Antwort an. Wenn Sie bei einer Informationsquelle Ja ankreuzen, bitten wir Sie, diese auch zu bewerten.					
A. Vom Hausarzt/Facharzt o.a.		<input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen		<input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu B.	
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie					
... nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
... verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
... ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht

Abbildung 4: Informationsquellen

Anschließend wird der Zeitpunkt, an dem sich die Versicherten über die medizinische Rehabilitation informiert haben, erfasst (Frage 8).

Der nächste Themenbereich widmet sich dem *Informationsstand zu Reha-Beginn* und besteht aus fünf Fragen. Bei der Frage 4 sollen die Versicherten auf einer 5-stufigen Likert-Skala einschätzen, wie gut sie zu einzelnen Aspekten der Reha Bescheid zu wissen glauben:

4. Wie gut glauben Sie über die unten genannten Aspekte Bescheid zu wissen?					
Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.					
	Sehr gut	Ziemlich gut	Teilweise	Kaum	Gar nicht
Über die Therapien, die ich in der Reha machen werde	<input type="checkbox"/>				
Über den Tagesablauf in der Reha	<input type="checkbox"/>				
Wie ich mich in der Reha verhalten sollte, damit sie helfen kann	<input type="checkbox"/>				
Was ich in der Reha-Klinik in meiner Freizeit und am Abend machen kann	<input type="checkbox"/>				
Welche Ziele ich in der Reha erreichen kann	<input type="checkbox"/>				

Abbildung 5: Wissensstand zu verschiedenen Aspekten der Reha

Die Frage 6 stellt die zentrale Frage des Themenbereichs dar und erfasst den Reha-bezogenen Informationsstand der DRV-Versicherten mit Hilfe einer 6-stufigen Likert-Skala:

6. Zusammenfassend: Wie gut fühlen Sie sich zurzeit über die Reha informiert?					
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> mangelhaft	<input type="checkbox"/> ungenügend

Abbildung 6: Informationsstand zur Reha insgesamt

Des Weiteren werden die angehenden Rehabilitanden gefragt, ob sie noch offene Fragen zur Reha haben (Frage 9). Wird diese Frage bejaht, schließt sich eine Frage zum Umgang des Befragten mit den offenen Fragen an (Frage 10). Im Falle einer Verneinung der Frage soll der Versicherte Gründe dafür angeben, weshalb keine weiteren Informationen mehr benötigt werden (Frage 11).

Der Themenkomplex *Informationsthemen* umfasst nur die Frage 12, die die angehenden Rehabilitanden auffordert anzugeben, ob und inwieweit die Informationen ausreichend sind, die sie bislang zu bestimmten Reha-bezogenen Themen erhalten haben:

12. Haben Sie bisher ausreichend Informationen zu folgenden Aspekten erhalten? Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.				
	vollkommen ausreichend	ausreichend	Weniger ausreichend	gar nicht ausreichend
Informationen zu meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer meine Reha bezahlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrages bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 7: Erhalt ausreichender Informationen

Insgesamt werden auf diese Weise 23 Informationsthemen abgefragt.

Die drei Fragen des Themenbereichs *Informationswünsche für die Zukunft* erfassen das bevorzugte Medium (Frage 13) sowie von wem und wann die Versicherten zukünftig gerne über die Reha informiert werden möchten (Frage 16 und 17). Abbildung 8 zeigt exemplarisch die Frage nach dem gewünschten Informationsmedium:

13. Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren? Sie können mehrere Antworten ankreuzen	
<input type="checkbox"/>	In einem Gespräch z. B. mit meinem behandelnden Arzt
<input type="checkbox"/>	Über eine Broschüre oder Flyer
<input type="checkbox"/>	Über eine DVD, die ich zugeschickt bekomme
<input type="checkbox"/>	In einer Informationsveranstaltung
<input type="checkbox"/>	Im Internet auf einer Homepage
<input type="checkbox"/>	Video auf YouTube
<input type="checkbox"/>	Über eine App für mein Smartphone
<input type="checkbox"/>	Egal, Hauptsache mehr Informationen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, nämlich  _____

Abbildung 8: Zukünftiges Informationsmedium

Auf dem Medium aufbauend widmet sich der vorletzte Themenkomplex des Fragebogens den konkreten *Anforderungen an das Informationsmaterial*. In zwei Fragen sollen die Befragten angeben, welche Aspekte ihnen bei der Gestaltung einer Broschüre (Frage 14) und einer Homepage (Frage 15) am allerwichtigsten sind. Bei der Broschüre-Gestaltung können die Versicherten zudem eine maximale Seitenzahl eintragen:

14. Wie viele Seiten sollte eine Broschüre höchstens haben, damit Sie diese gern lesen?	
Anzahl Seiten  _____	
Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Broschüre am allerwichtigsten? Bitte kreuzen Sie nur die drei wichtigsten Antworten an!	
<input type="checkbox"/>	Übersichtliches Inhaltsverzeichnis
<input type="checkbox"/>	Ein leicht verständlich geschriebener Text
<input type="checkbox"/>	Lesbarer Text in Bezug auf große Schrift, Absätze
<input type="checkbox"/>	Viele anschauliche Bilder
<input type="checkbox"/> Die wichtigsten Punkte auf einen Blick erkennbar z. B. in einem extra Kasten oder ähnlichem	
<input type="checkbox"/> Andere Sprache außer Deutsch → Welche Sprache wünschen Sie sich  _____	
<input type="checkbox"/> Anderer Aspekt, nämlich  _____	

Abbildung 9: Wichtige Aspekte am Beispiel der Broschüre-Gestaltung

Zum Schluss des Fragebogens werden, wie allgemein üblich, die *Angaben zur Person* erfasst. Abschließend findet sich eine Freitextvariable, in die Vorschläge, Anmerkungen oder weitere Informationswünsche der angehenden Rehabilitanden eingetragen werden können.

2.1.2.3 Unterschiede des Fragebogens der Gruppe Ende

Am Anfang des Fragebogens finden sich ebenfalls einige einleitende Worte und Hinweise. Der erste Themenkomplex zur *Vorbereitung auf die Reha* umfasst hier fünf Fragen. Neu ist lediglich eine Frage zum Gesundheitszustand, bei welcher die jetzt am Ende ihrer Reha stehenden Rehabilitanden angeben sollen, wie sie rückblickend ihren gesundheitlichen Zustand zu Beginn der Maßnahme anhand einer 5-stufigen Likert-Skala bewerten würden:

2. Rückblickend: Wie war Ihr Gesundheitszustand zu Beginn der Reha?				
Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.				
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> schlecht

Abbildung 10: Gesundheitszustand zu Reha-Beginn

Der Themenbereich *Informationsstand zu Reha-Beginn* besteht aus drei Fragen, auch hier nimmt die Frage nach dem Informationsstand zu Reha-Beginn eine zentrale Stellung ein und wird anhand einer 6-stufigen Likert-Skala abgefragt. Doch während bei Gruppe Anfang die Frage auf den aktuellen Wissensstand der Befragten abzielt, müssen die Rehabilitanden der Gruppe Ende ihren Informationsstand vor der Reha-Maßnahme retrospektiv einschätzen:

6. Wie gut waren Sie zu Reha-Beginn über die Reha informiert?					
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> mangelhaft	<input type="checkbox"/> ungenügend

Abbildung 11: Informationsstand zu Reha-Beginn

Darüber hinaus umfasst der Themenkomplex die Frage, ob sich die Versicherten rückblickend zu Reha-Beginn noch weitere Informationen über die Reha gewünscht haben (Frage 7). Im Falle einer Verneinung dieser Fragen sollen die Rehabilitanden angeben, weshalb sie zu dem Zeitpunkt keine weiteren Informationswünsche hatten (Frage 8).

Auch im Fragebogen der Gruppe Ende besteht der Themenbereich *Informationsthemen* aus einer einzigen Frage, die jedoch etwas anders als bei Gruppe Anfang formuliert ist. Hier wird nicht danach gefragt, ob und wie ausreichend die Versicherten zu bestimmten Themen informiert sind, sondern wie wichtig ihnen bestimmte Informationen im Vorfeld der Reha gewesen wären. Vom Aufbau her ist die Frage sehr ähnlich gestaltet und die 23 abgefragten Informationsthemen sind bei beiden Gruppen identisch:

9. Wenn Sie noch einmal an die Zeit vor der Reha zurückdenken: Welche Informationen wären Ihnen vor der Reha wichtig gewesen? Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.				
	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Informationen zu meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer meine Reha bezahlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrages bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 12: Wichtigkeit verschiedener Informationen

Sowohl die *Informationswünsche für die Zukunft* als auch die *Anforderungen an das Informationsmaterial* setzen sich bei beiden Fragebögen aus den gleichen Fragen zusammen. Sie werden deshalb an dieser Stelle nicht erneut erläutert.

Die *Bewertung der Reha* wird nur bei den Rehabilitanden am Ende der Reha abgefragt, der Themenkomplex besteht aus sieben Fragen. Die ersten vier Fragen zielen darauf ab, inwieweit sich die Erwartungen der Rehabilitanden an die Reha-Klinik (Frage 15), die Therapien und Behandlungen (Frage 16), die Verbesserung der Gesundheit (Frage 17) und an die Reha insgesamt (Frage 18) erfüllt haben. Abbildung 13 illustriert exemplarisch die Frage nach der Erfüllung der Erwartungen an die Reha insgesamt:

18. Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an die Reha insgesamt erfüllt?
<input type="checkbox"/> Vollkommen erfüllt
<input type="checkbox"/> Ziemlich erfüllt
<input type="checkbox"/> Teilweise erfüllt
<input type="checkbox"/> Kaum erfüllt
<input type="checkbox"/> Gar nicht erfüllt
<input type="checkbox"/> Ich hatte vor Beginn der Reha keine Erwartungen

Abbildung 13: Erfüllung der Erwartungen insgesamt

Darüber hinaus sollen die Rehabilitanden den Erfolg ihrer Reha insgesamt einschätzen. Bei der letzten Frage des Themenkomplexes sollen die Befragten angeben, ob sie sich mit ihrem jetzigen Informationsstand noch einmal für eine Reha entscheiden würden. Wie beim Fragebogen der Gruppe Anfang werden zum Schluss die *Angaben zur Person* erfasst.

2.2 Schriftliche Datenerhebung

Für beide Stichproben wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DRV-Versicherte im Alter von mindestens 18 Jahren ▪ Erste Rehabilitation ▪ Heilverfahren ▪ Indikation: Orthopädie, Psychosomatik oder Innere Medizin/Kardiologie/Pneumologie⁹ ▪ Nur Gruppe Anfang: Bewilligter Reha-Antrag (ambulant oder stationär) innerhalb der letzten fünf Tage ▪ Nur Gruppe Ende: Ausreichende Deutschkenntnisse zum Ausfüllen des Fragebogens
Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anschlussrehabilitation (AHB-Verfahren) ▪ Reha-Verfahren nach §51 SGB V ▪ Bewilligung nach Widerspruchsverfahren

Die befragten Versicherten sollten sich direkt vor (Gruppe Anfang) oder am Ende (Gruppe Ende) ihrer ersten medizinischen Rehabilitation befinden und keine weitere Reha-Erfahrung besitzen. Es wurden nur Patienten im Heilverfahren eingeschlossen. Reha-Verfahren nach Aufforderung durch die GKV (Verfahren nach §51 SGB V) oder nach Widerspruch wurden aufgrund einer möglicherweise intensiveren Auseinandersetzung mit Reha-bezogenen Themen von der Befragung ausgeschlossen.

Die Rekrutierung der Versicherten mit bewilligtem Reha-Antrag (Gruppe Anfang) erfolgte durch eine Stichprobenziehung über die DRV. Von den insgesamt 600 Versicherten wurden 402 von der DRV Bund und 198 von der DRV Nord gezogen. Bei der Ziehung wurden jeweils pro Geschlecht und Indikation gleich viele Probanden ermittelt, so dass sich bei der DRV Bund jeweils 67 Versicherte und bei der DRV Nord jeweils 33 Versicherte pro Indikation und Geschlecht ergaben. Nach der Stichprobenziehung wurde der Fragebogen im April 2015 versandt. Zusammen mit dem Fragebogen erhielten die Versicherten ein Informationsblatt mit weiteren Informationen zur Studie sowie einer Aufklärung über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und den Schutz ihrer persönlichen Daten. Im Mai 2015 erhielten alle Versicherten, die bis dahin keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt hatten, postalisch eine Erinnerung, der nochmals ein Fragebogen beigelegt wurde.

Die Rekrutierung der Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) erfolgte direkt in den Reha-Einrichtungen im Zeitraum von April bis September 2015. Die dortigen Mitarbeiter wurden mit ausreichend vielen Fragebögen ausgestattet und über die Ein- und Aus-

⁹ Die Indikation Pneumologie gab es nur bei der Gruppe Ende.

schlusskriterien informiert, so dass sie geeignete Rehabilitanden direkt ansprechen und zur Teilnahme motivieren konnten.

2.3 Auswertung der Daten

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm *SPSS für Windows, Version 22*. Hierfür wurden zunächst alle bis Ende Juli 2015 eingegangenen Fragebögen der Gruppe Anfang und alle bis Ende September 2015 von den Reha-Einrichtungen zurückgesandten Fragebögen der Gruppe Ende in jeweils eine SPSS-Datei eingegeben. Alle Fragebögen, die die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten, weil die Befragten beispielsweise angaben, schon (mehrfach) an einer Reha-Maßnahme teilgenommen zu haben, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Außerdem musste ein einziger Fragebogen, bei dem mehr als die Hälfte der Fragen nicht bearbeitet wurde, aus dem entsprechenden Datensatz entfernt werden. An beiden vorliegenden Datensätzen erfolgte eine Kontrolle von 20 Prozent der eingegebenen Fragebögen, hierbei wurden kaum Fehler entdeckt. Im Anschluss wurde zusätzlich eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt.

Die beiden endgültigen Datensätze – ein Datensatz pro Gruppe – wurden deskriptiv mit SPSS ausgewertet. Bei metrischen Variablen wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, bei kategorialen Merkmalen wurden absolute und prozentuale Häufigkeiten angegeben. Zum Zwecke einer übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse wurden kategoriale Variablen zum Teil dichotomisiert dargestellt oder zu drei Hauptkategorien zusammengefasst. Zusammenhangsanalysen wurden mittels des Chi-Quadrat-Tests berechnet.

2.4 Ethikvotum

Die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck äußerte keine berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Bedenken gegen das Studienvorhaben und genehmigte die Studie in ihrer Sitzung am 3. April 2014 (Aktenzeichen: 14-048). Das positive Ethikvotum ist als Anhang 5 beigelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf der Fragebögen

In der Gruppe der Rehabilitanden am Anfang der Reha (Gruppe Anfang) wurden pro Indikation 200 DRV-Versicherte angeschrieben, denen in den letzten fünf Tagen ein Reha-Antrag bewilligt wurde. Lediglich in der Indikation Kardiologie/Innere Medizin konnte diese Fallzahl mit 163 Rehabilitanden nicht ganz erreicht werden, da bei kardiologischen Reha-Maßnahmen AHB-Verfahren überwiegen. Zwei Versicherte waren unbekannt verzogen, so dass sich insgesamt 561 eligible Probanden ergaben. 56,5 Prozent der angeschriebenen Versicherten sandten einen ausgefüllten Fragebogen zurück, 39,7 Prozent davon erst nach der Erinnerung. Der Großteil der Studienverweigerer lehnte die Teilnahme passiv ab (N = 240), lediglich ein Studienablehner teilte seinen Entschluss telefonisch mit. Außerdem mussten 23 Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen werden, da die Versicherten bereits über Reha-Erfahrung verfügten (N = 20), die Reha erst nach Widerspruch bewilligt bekommen (N = 2) oder mehr als die Hälfte der Fragen nicht beantwortet hatten (N = 1). Insgesamt ergaben sich somit für Gruppe Anfang 294 auswertbare Fragebögen. Abbildung 14 illustriert den Fragebogenrücklauf der Gruppe Anfang.

In der Gruppe der Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) konnten im gesamten Rekrutierungszeitraum 504 Rehabilitanden von den sechs kooperierenden Reha-Einrichtungen zur Studienteilnahme motiviert werden. 23 Prozent der Studienteilnehmer gaben jedoch in ihrem Fragebogen an, dass die aktuelle Reha-Maßnahme nicht ihre erste war, so dass die Einschlusskriterien (s. Kapitel 2.2) nicht erfüllt wurden. Insgesamt konnten also 388 Fragebögen der Gruppe Ende ausgewertet werden. Abbildung 15 zeigt den Rücklauf der Fragebögen von Gruppe Ende.

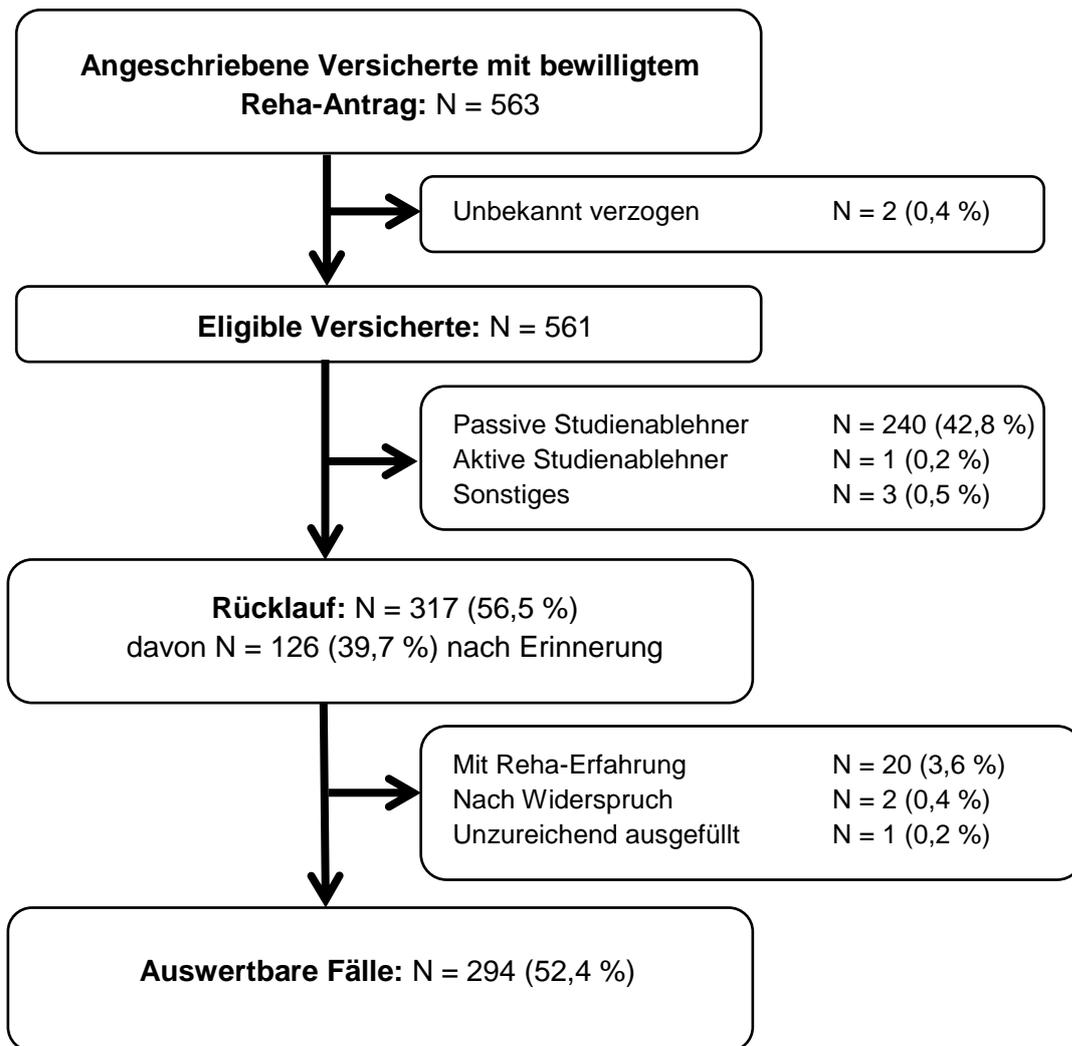


Abbildung 14: Selektion und Rücklauf der Fragebögen der Gruppe Anfang

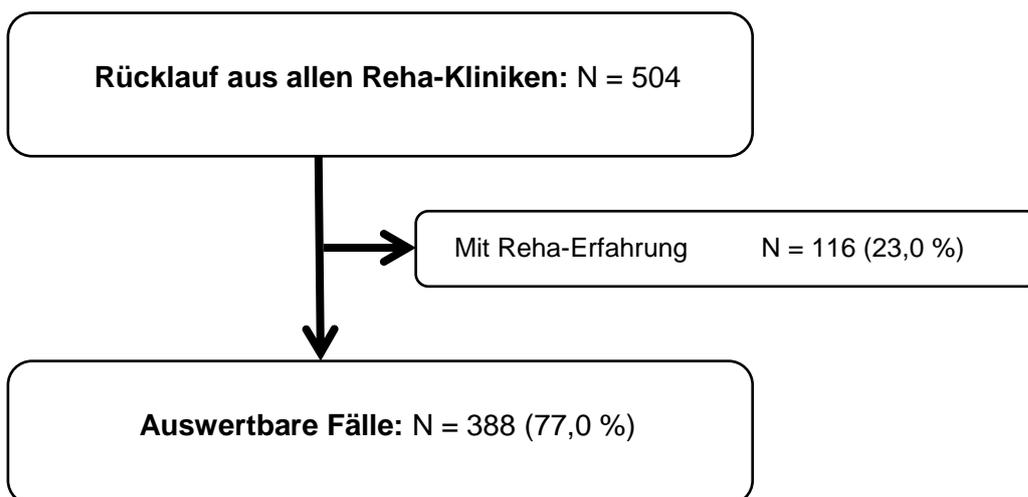


Abbildung 15: Selektion und Rücklauf der Fragebögen der Gruppe Ende

3.2 Ergebnisse der Gruppe Anfang

3.2.1 Stichprobenbeschreibung

In der Gruppe Anfang waren 68,7 Prozent der Studienteilnehmer bei der DRV Bund versichert, alle drei Indikationen waren etwa gleich häufig vertreten. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 49,4 Jahre (SD = 9,8) bei einem Frauenanteil von 51,4 Prozent. Die Mehrheit der Teilnehmer hatte einen mittleren Schulabschluss (50,2 Prozent), eine beruflich-betrieblich oder beruflich-schulische Ausbildung (63,1 Prozent) und war verheiratet (65,6 Prozent). Alle demografischen Merkmale der Stichprobe können Tabelle 3 entnommen werden:

Tabelle 3: Stichprobencharakteristik der Gruppe Anfang

Variablen	N ausgewertet	N (%)
Träger	294	
DRV Bund		202 (68,7)
DRV Nord		92 (31,3)
Indikation	293	
Orthopädie		108 (36,9)
Psychosomatik		91 (31,1)
Kardiologie/Innere Medizin		94 (32,1)
Geschlecht	294	
Männlich		143 (48,6)
Weiblich		151 (51,4)
Alter	294	
21-45 Jahre		83 (28,2)
46-55 Jahre		121 (41,2)
56-65 Jahre		90 (30,6)
Familienstand	291	
Ledig		52 (17,9)
Verheiratet		191 (65,6)
Verwitwet		5 (1,7)
Geschieden		37 (12,7)
Getrennt		6 (2,1)
Zusammenleben mit Partner	167	
Ja		125 (74,9)
Nein		42 (25,1)
Höchster Schulabschluss	285	
Ohne/mit Hauptschulabschluss		44 (15,4)
Mittlere Reife oder Polytechnische Oberschule		143 (50,2)
Fachhochschulreife oder Abitur		98 (34,4)
Berufliche Ausbildung	282	
Keine berufliche Ausbildung		14 (5,0)
Beruflich-betrieblich oder beruflich-schulische Ausbildung		178 (63,1)
Abschluss an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie		41 (14,5)
Fachhochschul- oder Universitätsabschluss		49 (17,4)
Staatsbürgerschaft	293	
Deutsch		285 (97,3)
Andere		7 (2,4)
Doppelte		1 (0,3)

3.2.2 Vorbereitung auf die Reha

In der Gruppe der Versicherten zu Reha-Beginn gaben 42,6 Prozenten an, dass sie selbst die Idee zu diesem Reha-Antrag gehabt hätten. Am zweithäufigsten wurden mit 41,2 Prozent die Hausärzte und mit 37,0 Prozent die Fachärzte als Impulsgeber genannt. Auch den Angehörigen und Bekannten wurde von 18,0 Prozent der Versicherten eine wichtige Rolle bei der Antragstellung zugeschrieben. Stationäre Einrichtungen und Tageskliniken spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Tabelle 4 fasst die Angaben zum Reha-Antrag zusammen:

Tabelle 4: Wer hatte die Idee zu diesem Reha-Antrag? Mehrfachantworten möglich

	Ich selbst	Hausarzt	Facharzt	Angehörige/ Bekannte	Stationäre Einrichtung	Tages- klinik	Jemand anderes
N (%)	123 (42,6)	119 (41,2)	107 (37,0)	52 (18,0)	26 (9,0)	2 (0,7)	30 (10,4)
N gesamt	289	289	289	289	289	289	289

21,1 Prozent aller angehenden Rehabilitanden hatten laut eigenen Angaben im Vorfeld der Reha keine Therapie oder Behandlung erhalten. Von den restlichen Rehabilitanden hatten mehr als die Hälfte Krankengymnastik bekommen und 28,4 Prozent waren in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung. Ein Fünftel der Versicherten gab an, vor der Reha in stationärer Behandlung, beispielsweise in einer Schmerzklinik, gewesen zu sein, lediglich 3,4 Prozent waren in einer Tagesklinik. Tabelle 5 zeigt die vor der Reha erfolgten Therapien:

Tabelle 5: Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrem Reha-Antrag in Anspruch genommen? Mehrfachantworten möglich

	Krankengymnastik	Psychotherapie	Stationäre Behandlung	Tagesklinik	Andere Behandlungen
N (%)	127 (54,7)	66 (28,4)	48 (20,7)	8 (3,4)	52 (22,4)
N gesamt	232	232	232	232	232

Die unter *Andere Behandlungen* gemachten Angaben umfassten sowohl aktive Therapien, wie Reha-Sport oder Rückenschule, als auch passive Anwendungen, wie Massagen und Lymphdrainagen. Medikamentöse Therapien und gelegentliche psychotherapeutische Interventionen fielen ebenfalls in diese Kategorie. Außerdem wurden zahlreiche komplementäre Heilverfahren, insbesondere schmerztherapeutische Infiltrationen, Osteopathie, Manuelle Therapie und Akupunktur, genannt.

Die vorherrschenden Gefühle und Einstellungen, mit denen die angehenden Rehabilitanden zur Reha fahren, umfassten im Wesentlichen die Bereitschaft, alles auszuprobieren, was in der Rehabilitation angeboten wird (76,0 Prozent), die Offenheit, sich überraschen zu lassen (62,2 Prozent) und ein fester Glaube daran, dass die Reha helfen wird (57,2 Prozent). 35,7 Prozent fahren mit gemischten Gefühlen zur Reha, einerseits freuen sie sich auf die Zeit in der Reha, andererseits fühlen sie sich unsicher. Nur 3,9 Prozent der angehenden Rehabilitanden gaben an, genau darüber Bescheid zu wissen, was in der Reha von ihnen erwartet wird oder wie sie sich dort verhalten sollen.

Jeweils mehr als die Hälfte der Rehabilitanden haben im Vorfeld der Reha Informationen von der Reha-Klinik, der Rentenversicherung und/oder aus dem Internet erhalten. Vom behandelnden Haus- oder Facharzt bekam nach eigenen Angaben nur gut ein Drittel Reha-bezogene Informationen. Bei 13,0 Prozent war die GKV an der Informationsvermittlung beteiligt. Die Gemeinsamen Reha-Servicestellen waren bei den Versicherten relativ unbekannt. Die Tabelle 6 zeigt alle Antworten der angehenden Rehabilitanden auf einen Blick:

Tabelle 6: Woher hatten die angehenden Rehabilitanden ihre Informationen?
Mehrfachantworten möglich

	Reha-Klinik	RV	Internet	Arzt	GKV	Gemeinsame Servicestellen
N (%)	161 (67,1)	158 (63,2)	120 (52,4)	95 (37,4)	29 (13,0)	11 (5,0)
N gesamt	240	250	229	254	223	219

16,0 Prozent der Befragten haben sich bei der ergänzenden Freitextvariablen zur besuchten Internetseite geäußert: 72,3 Prozent dieser Versicherten gaben an, die Homepage der Reha-Klinik aufgerufen zu haben, 10,6 Prozent waren auf der Webseite der DRV und 17,0 Prozent haben sich auf anderen Internetseiten (Foren, Bewertungsportale etc.) informiert. Von den 19,7 Prozent der Rehabilitanden, die die freie Variable *Andere genutzte Informationsquellen* beantwortet hatten, gaben 58,6 Prozent an, von Freunden und Bekannten über die Reha informiert worden zu sein. Daneben spielten vor allem Familie und Verwandte (20,7 Prozent) sowie Arbeitskollegen (10,3 Prozent) eine Rolle bei der Informationsvermittlung.

Die Bewertung der erhaltenen Informationen zeigt, dass je nach Informationsquelle 47,3 bis 57,2 Prozent der Befragten die erhaltenen Informationen als sehr oder ziemlich nützlich und 37,7 bis 45,7 Prozent als teilweise nützlich einstufen. Nur vier bis 15 Versicherte bewerteten die Informationen als kaum oder gar nicht nützlich. Auch bei der Beurteilung der Verständlichkeit zeichnet sich ein überwiegend positives Feedback der Befragten ab: Je nach Informationsquelle stuften gut die Hälfte bis knapp 80 Prozent der Versicherten

die Reha-bezogenen Informationen als sehr oder ziemlich verständlich und etwa ein Drittel als teilweise verständlich ein. Nur drei bis acht Befragte gaben an, dass sie die erhaltenen Informationen kaum oder gar nicht verständlich fanden. Die genauen Prozentangaben zur Verständlichkeit der vier wichtigsten Informationsquellen finden sich in Abbildung 16:

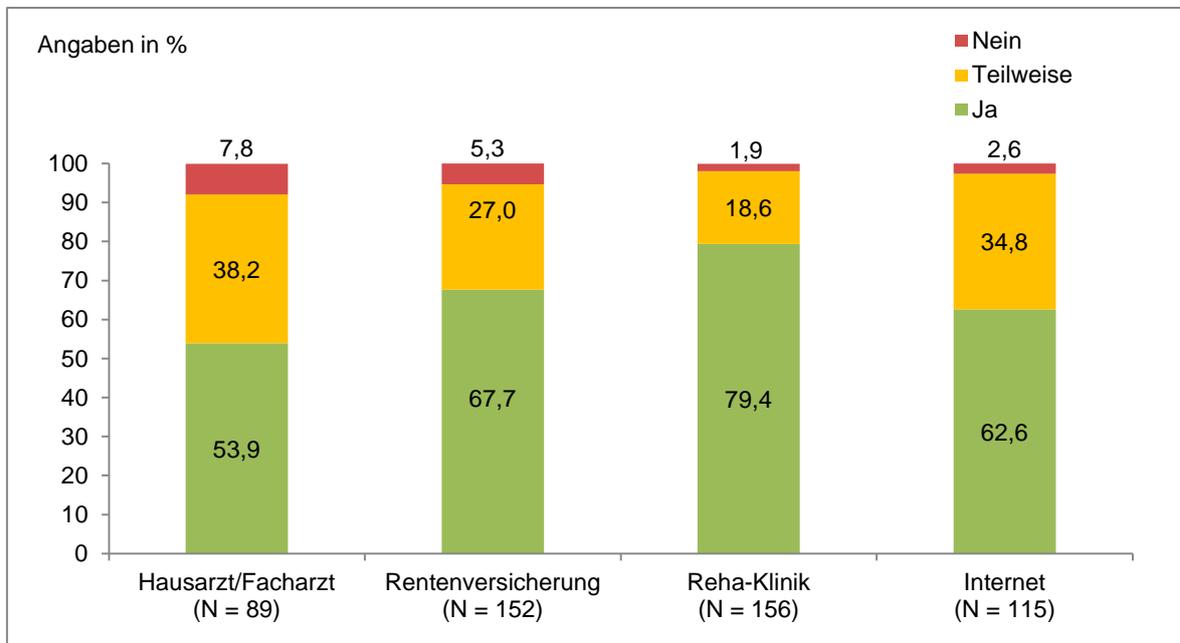


Abbildung 16: Waren die erhaltenen Informationen für Sie verständlich?

34,8 bis 46,3 Prozent der Versicherten gaben an, die Informationen seien sehr oder ziemlich ausreichend gewesen und 38,8 bis 45,1 Prozent bewerteten sie als teilweise ausreichend. Immerhin 16 bis 29 angehende Rehabilitanden stufen die erhaltenen Informationen als kaum bis gar nicht ausreichend ein. Insgesamt wurden die Informationen der Reha-Kliniken in allen drei Kategorien - Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit - am besten und die der Haus- und Fachärzte am schlechtesten bewertet. Im Anhang 6 und 7 finden sich die Grafiken zur Nützlichkeit und Vollständigkeit der Informationen.

Bei der Frage nach dem Zeitpunkt ihrer Informierung wird deutlich, dass sich gut die Hälfte der Befragten erst nach der Antragsbewilligung mit dem Thema Reha auseinandergesetzt hat. Während der Überlegung, einen Reha-Antrag zu stellen, hatten sich 24,3 Prozent und bei der Entscheidung für einen Antrag 21,4 Prozent der Versicherten informiert. Nur 11,4 Prozent hatten bislang gar keine Informationen eingeholt. Tabelle 7 gibt eine Übersicht über die genannten Antworten:

Tabelle 7: Wann haben sich die angehenden Rehabilitanden über die Reha informiert?
Mehrfachantworten möglich

	Bei der Überlegung zur Antragstellung	Bei der Entscheidung zur Antragstellung	Während des Ausfüllens des Antrags	Nach der Bewilligung des Antrags	Bisher gar nicht
N (%)	68 (24,3)	60 (21,4)	37 (13,2)	144 (51,4)	32 (11,4)
N gesamt	280	280	280	280	280

3.2.3 Informationsstand zu Reha-Beginn

Nur sehr wenige angehende Rehabilitanden gaben an, sehr gut oder ziemlich gut über einzelne Aspekte der Rehabilitation – Therapien, Tagesablauf, eigenes Verhalten, Freizeitgestaltung und Reha-Ziele – Bescheid zu wissen. Am besten schätzten die Versicherten ihr Wissen zum eigenverantwortlichen Verhalten in der Reha ein. Hier glaubte immerhin ein knappes Drittel der Rehabilitanden sehr gut bis ziemlich gut darüber informiert zu sein, wie das eigene Verhalten zum Erfolg der Reha-Maßnahme beitragen kann. Insgesamt gaben je nach Aspekt zwischen 26,4 und 45,0 Prozent der Versicherten an, zumindest teilweise Bescheid zu wissen. Je nach Thema kannten sich 28,0 bis 60,3 Prozent der Befragten kaum oder gar nicht aus. Besonders schlecht scheinen die Rehabilitanden über den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung informiert zu sein. Die genauen Prozentangaben zu allen fünf Reha-bezogenen Aspekten finden sich in Abbildung 17:

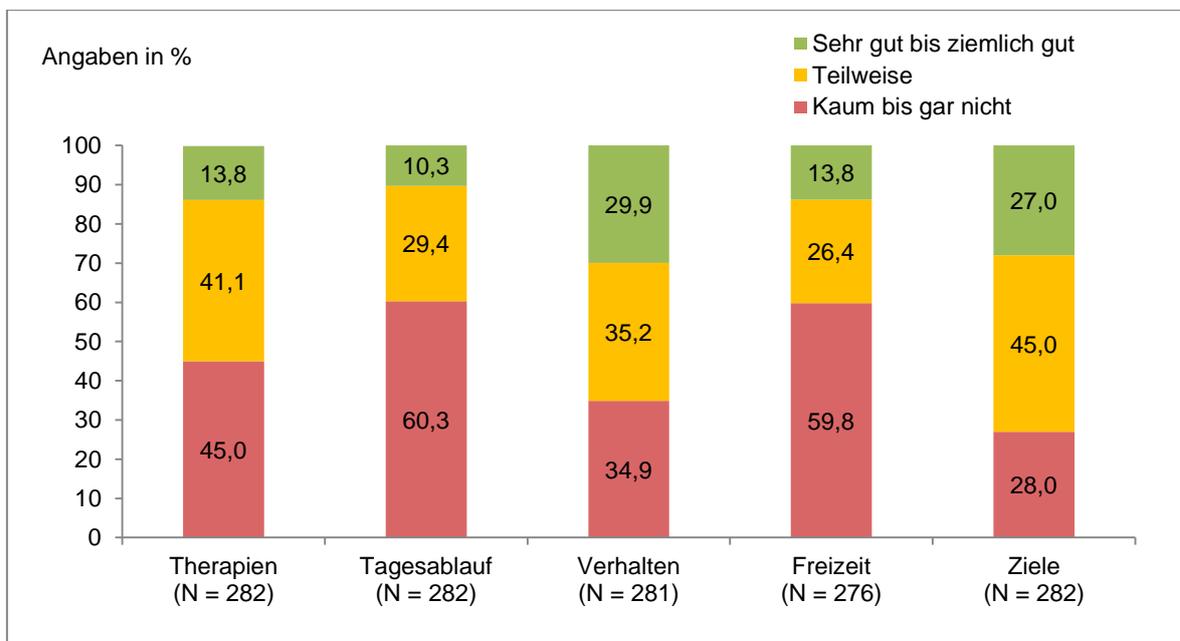


Abbildung 17: Wie gut glauben Sie über die unten genannten Aspekte Bescheid zu wissen?

Bei der Frage nach dem Informationsstand insgesamt fühlten sich lediglich 14,3 Prozent der angehenden Rehabilitanden sehr gut oder gut über die Reha informiert. Fast doppelt so viele Rehabilitanden schätzten ihren Informationsstand als mangelhaft oder ungenügend ein. Knapp 60 Prozent der Rehabilitanden gaben an, befriedigend oder ausreichend informiert zu sein. Die Abbildung 18 illustriert den Reha-bezogenen Informationsstand der Gruppe Anfang:

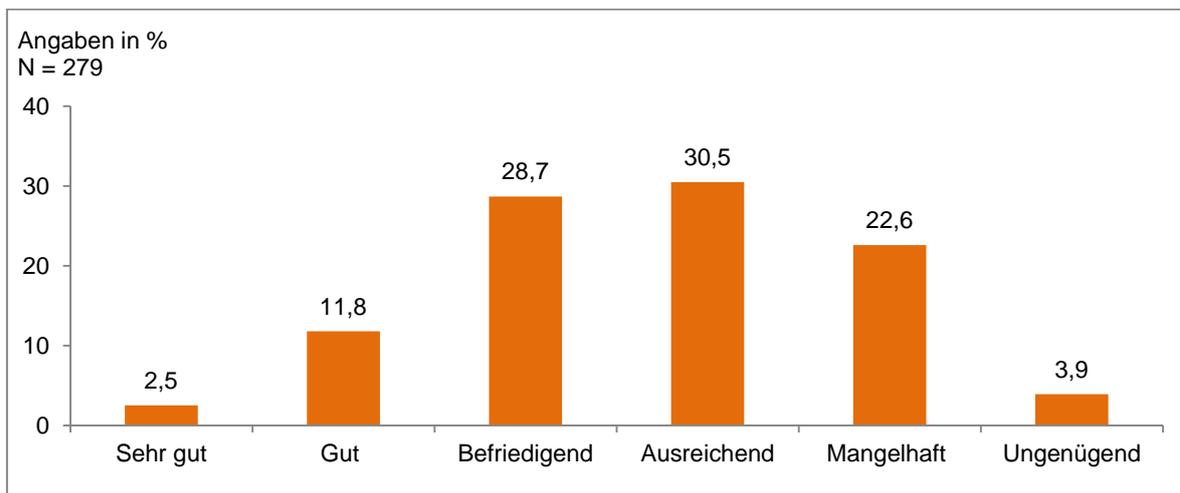


Abbildung 18: Wie gut fühlen Sie sich zurzeit über die Reha informiert?

Bei den subgruppenspezifischen Analysen zeigt sich, dass sich die Versicherten der DRV Bund signifikant besser als die Versicherten der DRV Nord zum Thema Reha informiert fühlten. Tabelle 8 gibt die genauen Angaben der Rehabilitanden insgesamt und nach Versicherungsträger wieder:

Tabelle 8: Informationsstand insgesamt und der Rehabilitanden der beiden Rentenversicherungsträger im Vergleich

Informationsstand	Gesamt N (%)	DRV Bund N (%)	DRV Nord N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	40 (14,3)	28 (14,7)	12 (13,5)	0.004
Befriedigend bis ausreichend	165 (59,1)	123 (64,7)	42 (47,2)	
Mangelhaft bis ungenügend	74 (26,5)	39 (20,5)	35 (39,3)	

Die indikationsspezifische Auswertung legt offen, dass in unserer Stichprobe die orthopädischen Rehabilitanden ihren Informationsstand im Durchschnitt am höchsten einschätzten. Die psychosomatischen Rehabilitanden gaben zwar am seltensten an, sehr gut bis gut informiert zu sein, fühlten sich aber häufiger befriedigend bis ausreichend und seltener

mangelhaft bis ungenügend informiert als die Rehabilitanden mit internistischer Indikation. Tabelle 9 veranschaulicht alle Angaben der Rehabilitanden nach Indikation:

Tabelle 9: Informationsstand der Rehabilitanden nach Indikation im Vergleich

Informationsstand	Orthopädie N (%)	Psychosomatik N (%)	Innere Medizin N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	20 (19,4)	7 (8,0)	13 (14,8)	0.123
Befriedigend bis ausreichend	60 (58,3)	58 (66,7)	47 (53,4)	
Mangelhaft bis ungenügend	23 (22,3)	22 (25,3)	28 (31,8)	

Die geschlechtsspezifische Analyse in Tabelle 10 zeigt, dass sich die Frauen in unserer Stichprobe durchschnittlich etwas besser über die Reha informiert fühlten als die Männer:

Tabelle 10: Informationsstand der Rehabilitanden nach Geschlecht im Vergleich

Informationsstand	Frauen N (%)	Männer N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	26 (17,8)	14 (10,5)	0.113
Befriedigend bis ausreichend	87 (59,6)	78 (58,6)	
Mangelhaft bis ungenügend	33 (22,6)	41 (30,8)	

Die Auswertung nach Altersgruppen ergibt ein gemischtes Bild: Während in jeder der drei Gruppen prozentual etwa gleich viele Rehabilitanden angaben, sehr gut bis gut über die Reha Bescheid zu wissen, fühlten sich die jüngeren Versicherten häufiger befriedigend bis ausreichend und seltener mangelhaft bis ungenügend informiert. Die genauen Angaben sind Tabelle 11 zu entnehmen:

Tabelle 11: Informationsstand der Rehabilitanden nach Altersgruppe im Vergleich

Informationsstand	21 bis 45 Jahre N (%)	46 bis 55 Jahre N (%)	56 bis 65 Jahre N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	11 (13,8)	17 (14,8)	12 (14,3)	0.403
Befriedigend bis ausreichend	54 (67,5)	63 (54,8)	48 (57,1)	
Mangelhaft bis ungenügend	15 (18,8)	35 (30,4)	24 (28,6)	

Rehabilitanden mit höherem Schulabschluss gaben nicht unbedingt an, auch besser über die Reha informiert zu sein. In unserer Stichprobe fühlten sich die Rehabilitanden ohne

Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss am besten über die Reha informiert. Alle Angaben der Rehabilitanden finden sich in Tabelle 12:

Tabelle 12: Informationsstand der Rehabilitanden nach Schulabschluss im Vergleich

Informationsstand	Ohne/mit Hauptschul- abschluss N (%)	Mittlere Reife oder Polytechni- sche Oberschule N (%)	Fachhochschul- reife oder Abitur N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	7 (16,3)	19 (14,0)	13 (14,3)	0.778
Befriedigend bis ausreichend	28 (65,1)	78 (57,4)	55 (60,4)	
Mangelhaft bis ungenügend	8 (18,6)	39 (28,7)	23 (25,3)	

Knapp zwei Drittel der angehenden Rehabilitanden gaben an, noch offene Frage zur Reha zu haben. Viele von ihnen wollten diese Fragen am ersten Tag in der Reha-Klinik klären und/oder im Internet nach weiteren Informationen suchen. Von den Versicherten ohne offene Fragen fühlte sich mehr als die Hälfte ausreichend informiert. Außerdem wollten viele angehende Rehabilitanden eigene Erfahrungen sammeln und die Reha ohne Vorinformationen auf sich zukommen lassen. Weitere Arten des Umgangs mit offenen Fragen und Gründe gegen weitere Informationen sowie die genauen Häufigkeiten zeigt Tabelle 13:

Tabelle 13: Offene Fragen zu Beginn der Reha und Umgang mit offenen Fragen bzw. Gründe für keinen weiteren Informationsbedarf. Mehrfachantworten möglich

Haben Sie jetzt noch offene Fragen zur Reha? (N = 260) Alle Angaben in N (%)			
Ja oder Eher Ja	169 (65,0)	Eher Nein oder Nein	91 (35,0)
Wenn Ja oder Eher Ja: Wie gehen Sie mit den offenen Fragen um? (N = 179)		Wenn Eher Nein oder Nein: Warum benötigen Sie keine weiteren Informationen vor Reha-Beginn? (N = 101)	
Ich bespreche meine Fragen am ersten Tag in der Reha-Klinik.	102 (60,4)	Ich fühle mich ausreichend informiert.	52 (57,1)
Ich suche im Internet.	81 (47,9)	Ich möchte eigene Erfahrungen sammeln ohne Vorinformationen.	29 (31,9)
Die Reha-Klinik schickt mir noch Informationen zu.	58 (34,3)	Ich möchte die Reha ohne Infos auf mich zukommen lassen.	21 (23,1)
Ich rufe in der Reha-Klinik an.	54 (32,0)	Ich fühle mich zu erschöpft oder aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage.	11 (12,1)
Ich frage meinen Hausarzt oder Facharzt.	27 (16,0)	Informationen sind unwichtig, Hilfe zu bekommen ist wichtig.	7 (7,7)
Ich werde alles auf mich zukommen lassen.	22 (13,0)	Ich weiß nicht, was ich wissen sollte.	6 (6,6)
Anderes	3 (1,8)	Ich habe keine Lust oder keine Zeit, mich zu informieren.	3 (3,3)
		Ich weiß nicht, wo ich mich informieren kann.	1 (1,1)
		Ich möchte keine Infos über die Reha oder es gibt nichts, was mich interessiert.	1 (1,1)
		Anderes	6 (6,6)

Eine indikationsspezifische Auswertung lässt erkennen, dass bei diesem Fragenkomplex einige Unterschiede zwischen den Angaben der psychosomatischen und den Rehabilitanden der anderen beiden Indikationen bestehen: 73,5 Prozent der Versicherten mit psychosomatischer Reha-Indikation hatten zu Beginn der Reha noch offene Fragen, bei den anderen Indikationen waren es mindestens 10 Prozent weniger (orthopädisch: 63,4 Prozent, internistisch: 57,8 Prozent). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (p-Wert: 0.100). Zudem fühlten sich innerhalb der Gruppe der angehenden Rehabilitanden, die (eher) keine offenen Fragen mehr hatten, diejenigen mit psychosomatischen Indikation signifikant seltener als diejenigen mit orthopädischer oder internistischer Indikation ausreichend über die Reha informiert (p-Wert: 0.015). Darüber hinaus gaben die psychosomatischen Rehabilitanden signifikant häufiger an, zu erschöpft oder zu kaputt für die Suche nach weiteren Informationen zu sein (p-Wert: 0.043). Bei den übrigen Fragen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Indikationen.

3.2.4 Informationsthemen

Nur zu über sieben der 23 Informationsthemen fühlten sich mehr als die Hälfte der Befragten ausreichend informiert. 83,8 Prozent der Rehabilitanden gaben an, ausreichend darüber informiert zu sein, wer ihre Reha bezahlt. Mehr als 70 Prozent der Rehabilitanden fühlten sich ausreichend über die Ausstattung der Klinik informiert und wussten, was sie zur Reha mitbringen sollten. Den Informationsstand zur eigenen Erkrankung empfanden 67,9 Prozent der Befragten als ausreichend oder besser. Jeweils etwa 55 Prozent gaben an zu wissen, wo sie Hilfe beim Ausfüllen eines Reha-Antrags erhalten können und wie sich eine ambulante von einer stationären Rehabilitation unterscheidet. Darüber hinaus schätzten 52,2 Prozent der angehenden Rehabilitanden ihre Informationen zu den selbst zu tragenden Kosten einer Reha als mindestens ausreichend ein.

Über tiefergehende inhaltliche Themen, wie die Wirkungsweise der Therapien, eine realistische Zielsetzung und das Thema Nachsorge sowie über die genaue Ausgestaltung der Reha (Tagesablauf, Anzahl der Therapien pro Tag etc.), fühlten sich allerdings nur etwa zehn bis 20 Prozent der angehenden Rehabilitanden ausreichend informiert. In der Tabelle 14 ist der Informationsstand zu allen 23 Reha-bezogenen Themen nach Häufigkeit absteigend angeordnet einzusehen.

Tabelle 14: Informationsstand der angehenden Rehabilitanden zu bestimmten Reha-Themen

Informationsthema	Informationsstand ausreichend N (%)	N gesamt
Wer meine Reha bezahlt	228 (83,8)	272
Was ich mitbringen soll (z. B. an Sportkleidung)	206 (74,6)	276
Ausstattung der Klinik (z. B. Zimmer, Telefon)	191 (71,3)	268
Informationen zu meiner Krankheit	188 (67,9)	277
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrags bekommen kann	153 (55,8)	274
Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Reha	153 (55,6)	275
Was ich selber bezahlen muss	144 (52,2)	276
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	135 (49,6)	272
Gesamtüberblick über das Behandlungsangebot der Reha-Kliniken	129 (46,9)	275
Eine genaue Begründung im Bewilligungsschreiben, warum meine Reha bewilligt wurde	120 (44,1)	272
Zu unterschiedlichen Formen der Reha	105 (38,3)	274
Wie das Freizeitangebot in der Klinik aussieht	80 (29,2)	274
Wie es mit meiner Arbeit nach der Reha weitergeht	74 (27,6)	268
Eine nützliche, hilfreiche Beschreibung der einzelnen Behandlungsangebote (z. B. Krankengymnastik)	72 (26,0)	277
Überblick über Reha-Kliniken für meine Erkrankung	64 (23,3)	275
Welche Behandlungen die Klinik genau für mein gesundheitliches Problem vorsieht	61 (21,9)	279
Realistische Ziele, die ich in der Reha erreichen kann	55 (20,1)	273
Welche freiwilligen, zusätzlichen Therapieangebote die Klinik anbietet	53 (19,3)	275
Wie die einzelnen Therapien mir helfen sollen	50 (18,1)	277
Welche Möglichkeiten der Reha-Nachsorge es gibt	39 (14,2)	275
Wie ein typischer Tagesablauf in der Reha aussieht	34 (12,3)	276
Ziele, die ich in der Reha nicht erreichen kann	32 (11,9)	268
Wie viele Behandlungen pro Tag in etwa stattfinden	25 (9,1)	275

3.2.5 Informationswünsche für die Zukunft

Bei der Frage danach, wie die Versicherten gerne in Zukunft über die medizinische Rehabilitation informiert werden möchten, wurde das Gespräch mit dem behandelnden Arzt mit 49,0 Prozent am häufigsten genannt, dicht gefolgt von der Broschüre (47,6 Prozent) und der Homepage (46,2 Prozent). Gut einem Drittel war das Informationsmedium egal. Neuere Medien, wie eine zugeschickte DVD, ein Video auf YouTube und eine App für das eigene Smartphone, waren in dieser Stichprobe deutlich weniger beliebt. Abbildung 19 illustriert alle Angaben der Versicherten:

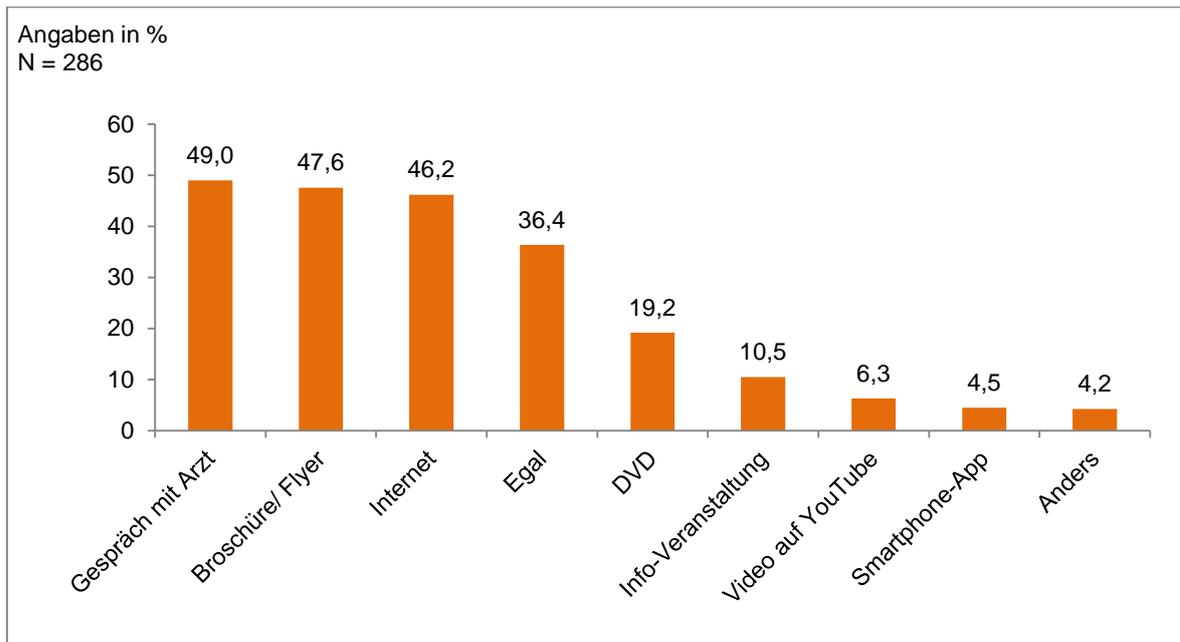


Abbildung 19: Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren?
Mehrfachantworten möglich

Die zielgruppenspezifische Auswertung ergibt, dass die Männer dieser Stichprobe signifikant häufiger als die Frauen im Arzt-Patienten-Gespräch informiert werden wollten (p-Wert: 0.002), auch die Homepage (p-Wert: 0.020) und das YouTube-Video (p-Wert: 0.000) waren bei den männlichen Versicherten signifikant beliebter. Bei den neuen Medien zeigt sich, dass mehr junge Leute an einer App mit Reha-Informationen interessiert waren als ältere Versicherte (p-Wert: 0.022). Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung bestehen bei dieser Fragestellung nicht.

Die Auswertung der beiden Fragen zur Person oder Einrichtung und zum Zeitpunkt zur zukünftigen Informierung macht deutlich, dass die Mehrheit der Rehabilitanden erst nach der Bewilligung des Reha-Antrags von der Reha-Klinik informiert werden möchte. Alle Angaben hierzu lassen sich der Tabelle 15 entnehmen:

Tabelle 15: Wunsch der Rehabilitanden nach Übermittler und Zeitpunkt zukünftiger Informationen.
Mehrfachantworten möglich

Von wem möchten Sie in Zukunft gerne über die Reha informiert werden? (N = 284)		Wann möchten Sie in Zukunft gerne über die Reha informiert werden? (N = 285)	
Person oder Einrichtung	N (%)	Zeitpunkt	N (%)
Von der Reha-Klinik, in die ich komme	203 (71,5)	Bevor ich überhaupt über eine Reha nachdenke	44 (15,4)
Von meiner Rentenversicherung	141 (49,6)	Wenn ich überlege, einen Reha-Antrag zu stellen	92 (32,3)
Von meinem behandelnden Arzt	121 (42,6)	Wenn ich entscheide, einen Antrag zu stellen	86 (30,2)
Egal, Hauptsache mehr Informationen	77 (27,1)	Während ich den Reha-Antrag ausfülle	30 (10,5)
Sonstiges	5 (1,8)	Nach der Bewilligung	147 (51,6)
		Ich möchte zu keinem Zeitpunkt über die Reha informiert werden	1 (0,4)

3.2.6 Anforderungen an Info-Material

Die Hervorhebung relevanter Inhalte, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit waren den angehenden Rehabilitanden bei der Gestaltung einer Informationsbroschüre am allerwichtigsten. Die genauen Angaben der Versicherten zeigt Abbildung 20:

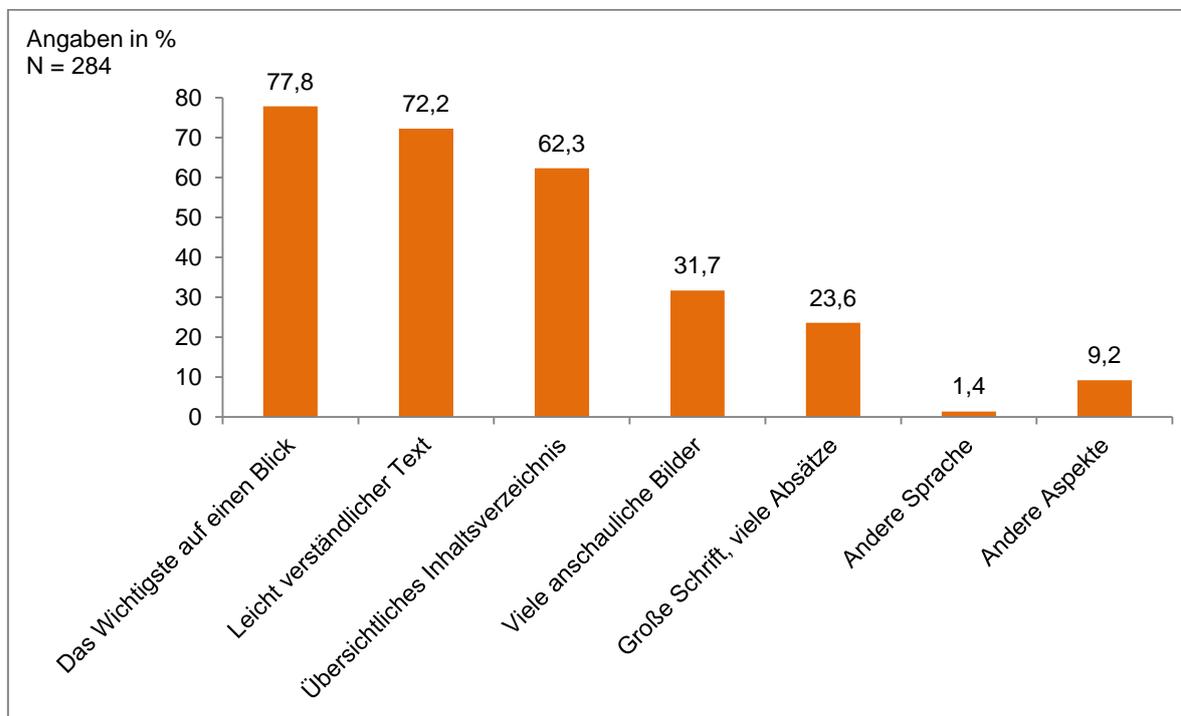


Abbildung 20: Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Broschüre am allerwichtigsten?
Mehrfachantworten möglich

2,5 Prozent der Rehabilitanden wünschten sich unter *Andere Aspekte* eine auf die eigene Erkrankung zugeschnittene Broschüre.

Bei der offenen Frage nach der gewünschten Seitenzahl der Broschüre gab die überwiegende Mehrheit der Versicherten an, die Broschüre sollte höchstens zehn Seiten umfassen. 5,4 Prozent war die Anzahl der Seiten egal. Die gruppierten Häufigkeiten sind in Tabelle 16 aufgeführt:

Tabelle 16: Wie viele Seiten sollte eine Broschüre höchstens haben, damit Sie sie gerne lesen?

	Bis zu 10 Seiten	11 bis 20 Seiten	Mehr als 20 Seiten	Egal, wie viele Seiten
N (%)	131 (59,0)	54 (24,3)	25 (11,3)	12 (5,4)
N gesamt	222	222	222	222

Nach Ausschluss derjenigen Versicherten, denen die Seitenzahl egal ist, ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von 13,8 Seiten (SD = 10,8) bei einem Median und einem Modalwert von je zehn Seiten. Die Spannweite der genannten Seitenzahlen umfasst eine bis 60 Seiten.

Bei der Auswertung der Homepagegestaltung zeigt sich, dass den Versicherten ein schnelles Finden der Webseite im Internet (58,4 Prozent) und der gesuchten Informationen auf der Homepage selbst (66,8 Prozent) am allerwichtigsten waren. Auch ein leicht verständlicher Text sowie Erfahrungsberichte waren für mehr als 40 Prozent der Befragten von großer Wichtigkeit. Die weiteren Aspekte sind für die angehenden Rehabilitanden von untergeordneter Bedeutung. Alle Aspekte sind in Abbildung 21 in absteigender Relevanz aufgeführt:

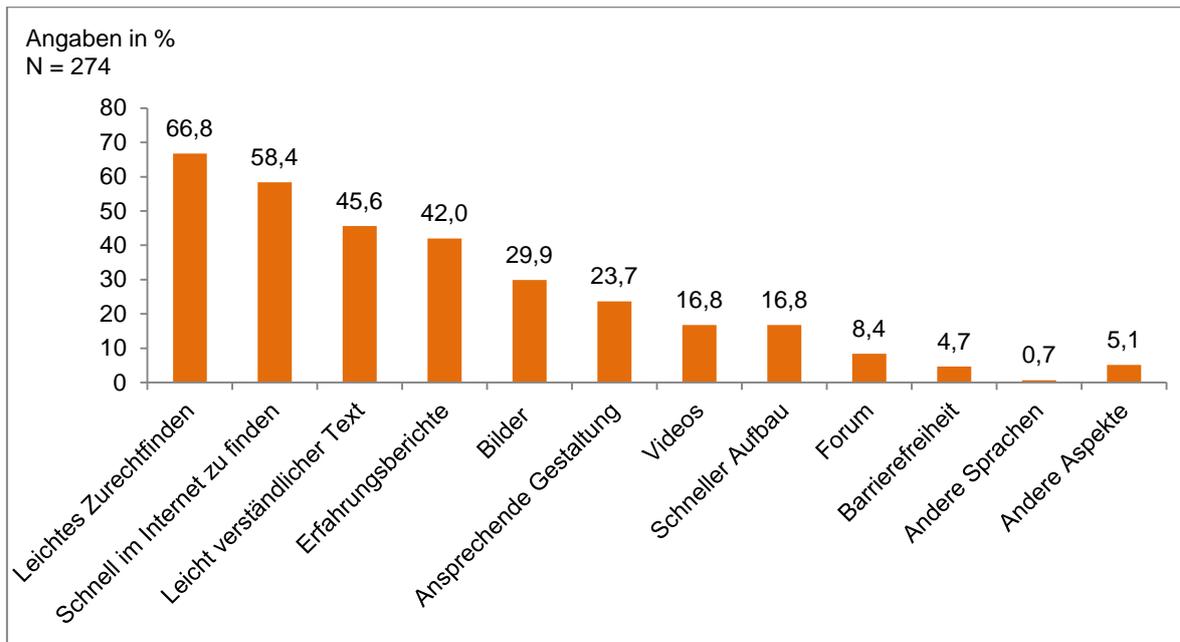


Abbildung 21: Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Homepage am allerwichtigsten? Mehrfachantworten möglich

3.3 Ergebnisse Gruppe Ende

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

In der Gruppe Ende war die Indikation Psychosomatik mit 40,2 Prozent am stärksten vertreten. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug hier 49,1 Jahre (SD = 9,7) bei einem Frauenanteil von 50,5 Prozent. Eine ausführliche Charakteristik der Stichprobe findet sich in Tabelle 17:

Tabelle 17: Stichprobencharakteristik der Gruppe Ende

Variablen	N ausgewertet	N (%)
Indikation	388	
Orthopädie		128 (33,0)
Psychosomatik		156 (40,2)
Innere Medizin/Kardiologie/Pneumologie		104 (26,8)
Geschlecht	386	
Männlich		191 (49,5)
Weiblich		195 (50,5)
Alter	378	
21-45 Jahre		124 (32,8)
46-55 Jahre		138 (36,5)
56-65 Jahre		116 (30,7)
Familienstand	380	
Ledig		83 (21,8)
Verheiratet		211 (55,5)
Verwitwet		11 (2,9)
Geschieden		60 (15,8)
Getrennt		15 (3,9)
Zusammenleben mit Partner	211	
Ja		132 (62,6)
Nein		79 (37,4)
Höchster Schulabschluss	371	
Ohne/mit Hauptschulabschluss		134 (36,1)
Mittlere Reife oder Polytechnische Oberschule		153 (41,2)
Fachhochschulreife oder Abitur		81 (21,8)
Anderer Schulabschluss		3 (0,8)
Berufliche Ausbildung	364	
Keine berufliche Ausbildung		32 (8,8)
Beruflich-betrieblich oder beruflich-schulische Ausbildung		221 (60,7)
Abschluss an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie		66 (18,1)
Fachhochschul- oder Universitätsabschluss		42 (11,5)
Anderer berufliche Ausbildung		3 (0,8)
Staatsbürgerschaft	383	
Deutsch		360 (94,0)
Anderer		23 (6,0)

3.3.2 Vorbereitung auf die Reha

Die Rehabilitanden am Ende der Reha-Maßnahme schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand zu Reha-Beginn überwiegend als weniger gut (48,3 Prozent) oder sogar als schlecht (27,6 Prozent) ein. 20,7 Prozent der Versicherten gaben an, ihr gesundheitlicher Zustand sei zufriedenstellend gewesen, nur 3,4 Prozent bezeichneten ihn als gut. Kein einziger Rehabilitand schätzte seinen Gesundheitszustand zu Beginn der Maßnahme als sehr gut ein. Abbildung 22 illustriert die Angaben zum gesundheitlichen Zustand:

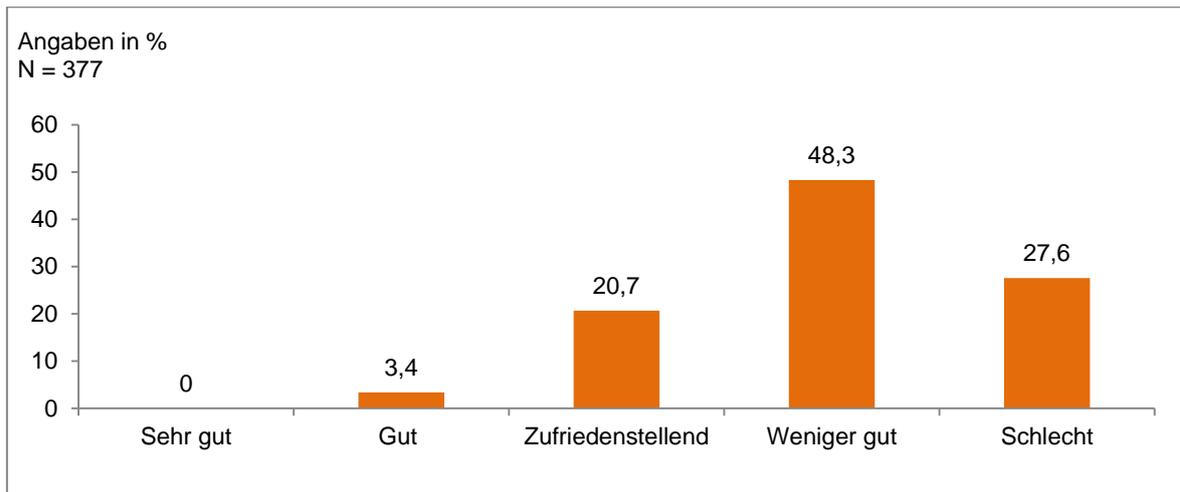


Abbildung 22: Gesundheitszustand bei Reha-Beginn

Die indikationsspezifische Auswertung des Gesundheitszustands ergibt, dass die psychosomatischen Rehabilitanden ihren Zustand zu Reha-Beginn zu 82,8 Prozent als weniger gut oder schlecht bezeichneten und damit signifikant schlechter als Rehabilitanden mit orthopädischer (70,4 Prozent) oder internistischer Indikation (72,3 Prozent) beurteilten (p -Wert: 0.035). Entsprechend seltener schätzten psychosomatische Rehabilitanden ihren Gesundheitszustand als gut oder zufriedenstellend ein.

Bei der Frage nach den erfolgten Therapien und Behandlungen wird deutlich, dass in der Gruppe der Rehabilitanden am Ende der Reha etwas mehr Befragte als in der Gruppe der angehenden Rehabilitanden angaben, keine Therapien im Vorfeld der Maßnahme erhalten zu haben (28,4 Prozent bei Gruppe Ende vs. 21,1 Prozent bei Gruppe Anfang). Die Rangfolge der vor Reha-Beginn wahrgenommenen Therapien war in beiden Gruppen identisch, die Versicherten der Gruppe Ende gaben lediglich häufiger an, im Vorfeld der Reha in psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein (34,6 Prozent bei Gruppe Ende vs. 28,4 Prozent bei Gruppe Anfang). Diese Angabe ist im Zusammenhang mit dem höheren Anteil psychosomatischer Rehabilitanden (s. Kapitel 3.3.1) in Gruppe Ende zu sehen. Anhang 8 stellt die erfolgten Therapien und Behandlungen der Gruppe Ende tabellarisch dar.

Die Auswertung der Informationsquellen von Gruppe Ende zeigt, dass diese deutlich häufiger als die Befragten der Gruppe Anfang angaben, von ihrem Haus- oder Facharzt Reha-bezogene Informationen erhalten zu haben (58,6 Prozent in Gruppe Ende vs. 37,4 Prozent in Gruppe Anfang). Damit war der Arzt bei den Rehabilitanden am Ende der Reha der zweithäufigste Informationsgeber nach der Reha-Klinik, von der 69,1 Prozent der Befragten Informationen zur Reha bekamen. Abgesehen von der Position des Arztes war die auf den Häufigkeiten basierende Rangfolge der Informationsquellen in beiden Gruppen gleich. Weitere Angaben können dem Anhang 9 entnommen werden.

3.3.3 Informationsstand zu Reha-Beginn

Bei der Frage zum Reha-bezogenen Informationsstand gaben 31,9 Prozent der Rehabilitanden am Ende der Reha zurückblickend an, zu Beginn der Reha sehr gut oder gut informiert gewesen zu sein. Damit schätzten diese ihren Informationsstand deutlich höher als die direkt am Reha-Beginn befragten Versicherten ein, von denen sich nur 14,3 Prozent sehr gut oder gut informiert fühlten (s. Unterkapitel 3.2.3). Abbildung 23 veranschaulicht den Informationsstand der Gruppe Ende.

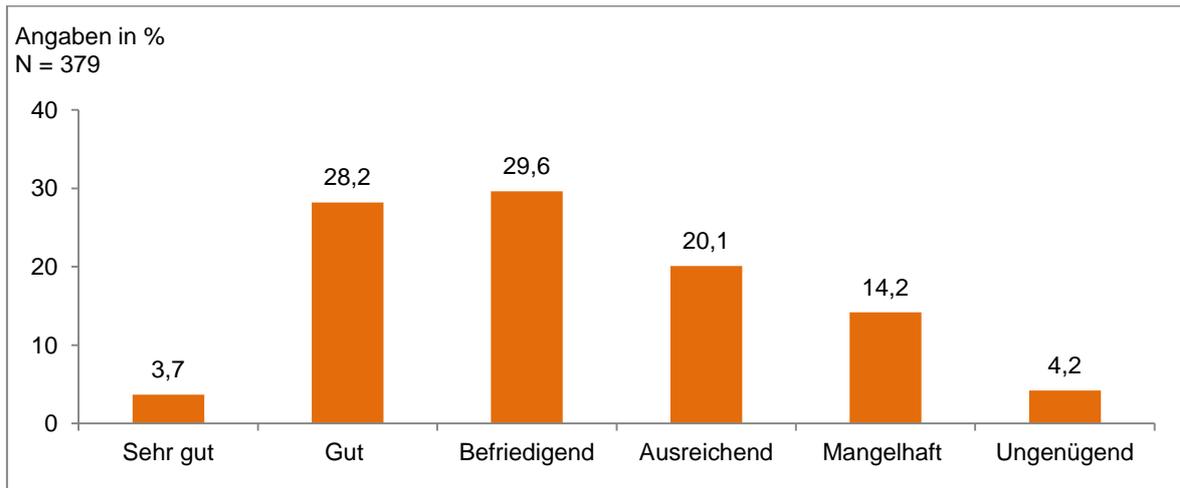


Abbildung 23: Wie gut waren Sie zu Reha-Beginn über die Reha informiert?

Eine indikationsspezifische Auswertung lässt erkennen, dass sich der Informationsstand signifikant zwischen den drei Indikationen unterscheidet (p-Wert: 0.003): Die orthopädischen Rehabilitanden schätzten ihren Informationsstand zu 41,3 Prozent als sehr gut oder gut ein und fühlten sich damit deutlich häufiger als die psychosomatischen (27,5 Prozent) und internistischen Rehabilitanden (27,0 Prozent) (sehr) gut informiert. Bei der Antwortkategorie mangelhaft oder ungenügend verhält es sich genau umgekehrt: Hier führten die internistischen Rehabilitanden mit 29,0 Prozent vor den psychosomatischen (17,0 Prozent) und orthopädischen Rehabilitanden (11,9 Prozent).

Die geschlechtsspezifische Analyse ergibt, dass auch in dieser Gruppe Frauen durchschnittlich einen etwas höheren Informationsstand als Männer angaben, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (p-Wert: 0.145). Auch bei weiteren zielgruppenspezifischen Auswertungen nach Altersgruppe sowie nach Schulabschluss ergeben sich keine signifikanten Abweichungen. Die dazugehörigen Tabellen sind im Anhang 10-13 einzusehen.

3.3.4 Informationsthemen

Die Auswertung der Frage zur Wichtigkeit verschiedener Informationsthemen zeigt, dass alle 23 Themen von der Mehrheit der Rehabilitanden der Gruppe Ende als sehr wichtig oder wichtig empfunden wurden. Ganz oben auf der im Anhang 14 einsehbaren Themen-Rangliste mit absteigender Relevanz stehen Informationen darüber, welche Behandlungen die Klinik für das entsprechende Gesundheitsproblem des Befragten vorsieht. Dieser Themenkomplex wurde von fast 96 Prozent der Rehabilitanden als (sehr) wichtig beurteilt. Es folgten Informationen zu realistischen Reha-Zielen, zur Wirkungsweise der einzelnen Therapien, zum Behandlungsangebot der Reha-Kliniken als Überblick sowie zu Möglichkeiten der Reha-Nachsorge, die alle von über 90 Prozent der Rehabilitanden als relevant eingestuft wurden. Über 83 bis fast 87 Prozent der Befragten gaben an, dass sie Informationen zu Reha-Kliniken für die eigene Erkrankung, zur Krankheit selbst und zu zusätzlichen Therapieangeboten der Klinik als wichtig empfinden. Eine nützliche und hilfreiche Beschreibung einzelner Behandlungsangebote sowie Informationen zum Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag nach der Reha-Maßnahme wurden von etwa 86 Prozent der Rehabilitanden als wichtig angegeben. Insgesamt zeigt sich, dass vor allem die Themenkomplexe im Fokus der Versicherten standen, die sich mit dem eigenen Gesundheitsproblem sowie den damit verbundenen Therapiemöglichkeiten beschäftigen. Auch langfristige Themen, wie Nachsorge und Arbeitseinstieg, wurden als besonders relevant eingestuft.

Informationen zu finanziellen Themen und organisatorischen Abläufen fanden sich erst ab der Mitte der Rangliste und weiter unten. So empfanden es knapp 60 Prozent der Rehabilitanden relevant zu wissen, wer ihre Reha bezahlt, gut 78 Prozent war es wichtig, die selbst zu bezahlenden Kosten zu kennen und die Ausstattung der Klinik sowie Informationen zur Packliste gaben jeweils um die 77 Prozent als wichtig an. Knapp 61 Prozent der Befragten war es wichtig zu erfahren, wo sie Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrags bekommen können. Informationen zum Tagesablauf in der Reha, zur Anzahl der Behandlungen pro Tag und zu verschiedenen Reha-Formen wurden von etwa 69 bis 74 Prozent als relevant empfunden. Die Durchführungsart der Reha (ambulant vs. stationär) wurde nur von 51,3 Prozent der Versicherten als wichtig angegeben und stellt somit das Informationsthema mit der geringsten Wichtigkeit dar.

3.3.5 Informationswünsche für die Zukunft

Informationen durch ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt wünschten sich 58,7 Prozent der Rehabilitanden, damit steht auch bei Gruppe Ende das Arzt-Patienten-Gespräch an erster Stelle. Es folgten wieder Homepage (42,6 Prozent) und Broschüre (40,3 Prozent), wobei in dieser Gruppe der Abstand zum Gespräch größer war als in Gruppe Anfang. Die übrige Reihenfolge der Wünsche entsprach derjenigen der Gruppe Anfang (s.

Anhang 15). Zielgruppenspezifische Auswertungen zeigen, dass die Frauen der Gruppe Ende häufiger über eine Broschüre informiert werden wollten (p-Wert: 0.013), während die Männer die zugeschickte DVD (p-Wert: 0.004) und ein YouTube-Video (p-Wert: 0.000) bevorzugten. Rehabilitanden mit höherem Bildungsabschluss waren zudem häufiger an einer Homepage interessiert als solche mit niedrigem Abschluss (p-Wert: 0.010).

Auch bei der Frage nach der Person oder Einrichtung, von der die Versicherten in Zukunft gerne informiert werden möchten, wurde der behandelnde Arzt in Gruppe Ende deutlich häufiger als in Gruppe Anfang genannt (56,5 Prozent in Gruppe Ende vs. 42,6 Prozent in Gruppe Anfang).

3.3.6 Bewertung der Reha

94,4 Prozent der Rehabilitanden am Ende der Reha würden sich mit ihrem jetzigen Informationsstand wieder für eine Reha entscheiden, 21 Versicherte würden nicht noch einmal in die Reha-Einrichtung fahren. Für 60,4 Prozent der Befragten war die Reha-Maßnahme alles in allem ein sehr guter bis guter Erfolg, 29,0 Prozent bezeichneten das Ergebnis als zufriedenstellend und nur 10,6 Prozent als weniger gut bis schlecht.

Die Erwartungen der Rehabilitanden an die Reha insgesamt hatten sich für 61,9 Prozent vollkommen oder ziemlich, für 29,0 Prozent teilweise und nur für 28 Versicherte kaum oder gar nicht erfüllt. Auch die Erwartungen an die Reha-Klinik selbst, an Therapien und Behandlungen in der Einrichtung und die Verbesserung der Gesundheit hatten sich für die Mehrheit der Rehabilitanden bewahrheitet, wobei sich die Vorstellungen von der Reha-Klinik bezüglich Standort, Ausstattung, Freizeitangebot etc. mit 73,9 Prozent deutlich häufiger vollkommen oder ziemlich erfüllt hatten als die Erwartungen an eine Verbesserung der Gesundheit. Bei Letzterer gaben nur 45,6 Prozent der Rehabilitanden an, dass ihre Vorstellungen vollkommen oder ziemlich so eingetroffen waren, wie sie es im Vorfeld erwartet hatten. Alle Angaben zu den Erwartungen der Rehabilitanden finden sich in Tabelle 18:

Tabelle 18: Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an verschiedene Aspekte der Reha erfüllt?

Erwartungen N (%)	Vollkommen oder ziemlich erfüllt	Teilweise erfüllt	Kaum oder gar nicht erfüllt	Keine Erwartungen gehabt
an Reha-Klinik (N = 380)	281 (73,9)	61 (16,1)	7 (1,8)	31 (8,2)
an Therapien und Behandlungen (N = 384)	228 (59,4)	113 (29,4)	24 (6,3)	19 (4,9)
an Verbesserung der Gesundheit (N = 384)	175 (45,6)	158 (41,1)	46 (12,0)	5 (1,3)
an Reha insgesamt (N = 383)	237 (61,9)	111 (29,0)	28 (7,3)	7 (1,8)

3.4 Die Rolle der ärztliche Informationsvermittlung

Sowohl in Gruppe Anfang als auch in Gruppe Ende zeigt sich, dass die Rehabilitanden, die im Vorfeld der Reha Informationen von ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt erhalten hatten, signifikant häufiger auch in Zukunft von ihrem behandelnden Arzt bzw. im Gespräch mit einem Arzt zur Reha informiert werden möchten als diejenigen, die keine Reha-relevanten Informationen von ärztlicher Seite bekommen hatten, (p-Wert jeweils <0.01).

Ebenfalls in beiden Rehabilitandengruppen gaben Männer häufiger als Frauen an, Informationen über die Reha vom Haus- oder Facharzt erhalten zu haben. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant. Zudem möchten Männer in beiden Gruppen signifikant häufiger als Frauen in Zukunft von ihrem behandelnden Arzt über die Reha informiert werden. Die Tabelle 19 zeigt den Wunsch nach Informierung im Arzt-Patienten-Gespräch nach Geschlecht in Gruppe Anfang und Ende:

Tabelle 19: Wunsch nach Informierung in Zukunft durch Arzt nach Gruppe und Geschlecht

Zukünftig Informationen vom Arzt	Frauen N (%)	Männer N (%)	N gesamt	p-Wert
Gewünscht bei Gruppe Anfang	53 (36,1)	68 (49,6)	284	0.021
Gewünscht bei Gruppe Ende	95 (49,5)	120 (63,5)	381	0.006

Darüber hinaus gaben Männer der Gruppe Anfang bei der Frage nach dem Medium zukünftiger Informationen auch signifikant häufiger als Frauen an, dass sie gerne in einem Gespräch, z. B. mit dem behandelnden Arzt, informiert werden möchten (p-Wert: 0.002). In der Gruppe Ende stellte sich das Geschlechterverhältnis bei dieser Fragestellung jedoch nahezu ausgeglichen dar.

Bei den weiteren subgruppenspezifischen Auswertungen der Arzt-bezogenen Variablen nach Reha-Indikationen, Altersgruppen sowie Bildungsstand zeigen sich keine eindeutig interpretierbaren Ergebnisse.

3.5 Synopsis der Ergebnisse

In beiden Gruppen zeigt sich ein überwiegend mittelmäßiger Informationsstand zur medizinischen Rehabilitation, wobei sich die Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) insgesamt besser informiert fühlten. In der Gruppe Anfang gaben deutlich mehr Versicherte mit bewilligtem Reha-Antrag einen mangelhaften oder ungenügenden als einen sehr guten oder guten Informationsstand zu Reha-Beginn an, auch in der Gruppe Ende waren rückblickend immerhin fast ein Fünftel zu diesem Zeitpunkt unzureichend informiert. Die

Subgruppenanalysen zeigen, dass eine Versicherung durch die DRV Bund, eine orthopädische Reha-Indikation, das weibliche Geschlecht und ein niedriger Bildungsstatus mit einem höheren Informationsstand einhergehen. Darüber hinaus fühlten sich die Versicherten zu Reha-Beginn nur zu sieben von 23 im Fragebogen aufgeführten Informationsthemen über die Reha ausreichend informiert, während alle Themen am Ende der Reha als (sehr) wichtig empfunden wurden. Auch die Tatsache, dass zwei Drittel der Versicherten der Gruppe Anfang noch offene Fragen zur Reha angaben, spricht für einen hohen Informationsbedarf.

Die Versicherten bekamen ihre Reha-bezogenen Informationen in erster Linie von der Reha-Klinik, der Rentenversicherung oder aus dem Internet. Außerdem scheint vor allem in der Gruppe Ende das Arzt-Patienten-Gespräch eine wichtige Rolle zu spielen. Die Bewertung der erhaltenen Informationen durch die Versicherten beider Gruppen fiel in allen drei Kategorien - Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit - sehr positiv aus, wobei die Informationen der Reha-Klinik insgesamt am besten und die ärztlichen Informationen am schlechtesten beurteilt wurden. In Zukunft möchten die Versicherten gerne im Arzt-Patienten-Gespräch, in einer Broschüre (etwa zehn Seiten) und/oder auf einer Homepage informiert werden. Bei der Gestaltung von Broschüre und Homepage waren die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der dargestellten Informationen für die Versicherten von zentraler Bedeutung.

4 Diskussion

4.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

Im Rahmen des Forschungsprojektes *Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten* wurde erstmals eine größere quantitative Studie (Gruppe Anfang mit N = 294, Gruppe Ende mit N = 388) zum Informationsstand und den Informationswünschen der Versicherten über die medizinische Rehabilitation durchgeführt. In dieser Dissertation wurden die Fragebögen zweier Gruppen analysiert, so dass der Reha-bezogene Informationsbedarf zu zwei verschiedenen Zeitpunkten - vor und nach der Reha - erfasst werden konnte.

Die Rekrutierung der Versicherten mit bewilligtem Reha-Antrag vor Reha-Beginn (Gruppe Anfang), die im Fokus dieser Arbeit standen, erfolgte durch eine Stichprobenziehung nach Geschlecht und Indikation stratifiziert. Die Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) wurden aus Gründen der Praktikabilität in den kooperierenden Reha-Kliniken von den dortigen Mitarbeitern rekrutiert. Der Rücklauf der Fragebögen war mit N = 317 (Gruppe Anfang) und N = 504 (Gruppe Ende) in beiden Gruppen hoch, wobei die höhere Prozentzahl in Gruppe Ende auf die persönliche Ansprache in der Klinik zurückgeführt werden kann. Bei beiden Gruppen ergaben sich in der analysierten Stichprobe ein Frauenteil von etwa 50 Prozent, ein durchschnittliches Alter von knapp 50 Jahren und ein Überwiegen der mittleren Schulbildung. Lediglich die Indikation Innere Medizin zeigte sich in der Gruppe Ende zugunsten der Psychosomatik etwas seltener vertreten, während in der Gruppe Anfang alle drei Indikationen etwa gleich häufig vertreten waren. Insgesamt kann somit bei beiden Gruppen, insbesondere bei Gruppe Anfang, von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden.

Darüber hinaus wurde die quantitative Befragung intensiv vorbereitet. Es wurden mehrere Literaturrecherchen durchgeführt sowie zahlreiche Telefoninterviews und Fokusgruppen mit Versicherten realisiert und ausgewertet, um möglichst viele Aspekte rund um das Thema Information über die Reha zu erfassen [85]. Die vorläufigen Fragebögen wurden nicht nur in einem Expertengremium diskutiert und ergänzt, sondern auch in Form von kognitiven Interviews an Rehabilitanden getestet und angepasst. Die endgültige Version der Fragebögen berücksichtigt demnach sowohl die fachlichen Anforderungen der Reha-Experten als auch die Bedürfnisse und (sprachlichen) Fähigkeiten der Befragten.

Nicht zuletzt konnten aus den Ergebnissen dieser Arbeit Empfehlungen für die Erstellung von Informationsmaterialien über die medizinische Rehabilitation abgeleitet und veröffentlicht werden [86]. Eine Berücksichtigung dieser Empfehlungen könnte den in dieser Befragung angegebenen Informationsbedarf (angehender) Rehabilitanden möglicherweise verringern und damit zu einer besseren Informiertheit über die Reha beitragen. Zusätzlich wurde ein Flyer für Patienten zur Auslage in den Praxen niedergelassener Ärzte erstellt,

der die wichtigsten Informationen rund um die medizinische Rehabilitation kurz und übersichtlich zusammenfasst.

Bei dem vorliegenden Forschungsprojekt handelt es sich jedoch um eine einmalige Befragung im Sinne einer Querschnittsstudie, so dass die Ergebnisse nur eine „Momentaufnahme“ zum Erhebungszeitpunkt darstellen. An einem anderen Zeitpunkt hätten sich ggf. andere Ergebnisse ergeben. Die Befragung an zwei verschiedenen Zeitpunkten in Bezug auf die Reha - vor und danach - ermöglicht zwar zwei verschiedene Perspektiven auf das Thema Informationen über Reha, diese können jedoch nicht direkt miteinander verglichen werden, da es sich um zwei unterschiedliche Probandengruppen handelt. Um Veränderungen während des Reha-Prozesses aufzuzeigen, wäre eine Längsschnittstudie notwendig, die dieselbe Stichprobe mehrfach befragt.

Weiterhin könnte es sein, dass sich die Rehabilitanden am Reha-Ende nicht mehr genau oder anders an die Situation zu Reha-Beginn erinnern haben, so dass bei den retrospektiven Fragen ein Erinnerungsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Darüber hinaus wäre es vorstellbar, dass der in dieser Studie erhobene Informationsstand der Rehabilitanden durch einen Selektionsbias noch überschätzt wird, da möglicherweise besser informierte Versicherte eher an einer Befragung teilnehmen als weniger gut informierte. Denn, wie auch *Abel & Sommerhalder (2015)* im Zusammenhang mit der Erhebung der Gesundheitskompetenz betonen, werden bei jeder schriftlichen Befragung bestimmte Bevölkerungsgruppen – z. B. Menschen mit Lese-/Schreibproblemen – ausgeschlossen [87].

4.2 Informationsstand zu Reha-Beginn und Informationsbedarf der Versicherten

In beiden Gruppen schätzten die Versicherten ihren Informationsstand zu Beginn der medizinischen Rehabilitation als überwiegend mittelmäßig ein, wobei die Befragten der Gruppe Ende ihr Reha-bezogenes Wissen insgesamt etwas besser bewerteten. Ob die Rehabilitanden am Ende der Reha nur retrospektiv einen besseren Informationsstand angaben oder tatsächlich zu Beginn der Reha besser als die Gruppe der angehenden Rehabilitanden informiert waren, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Möglich ist auch, dass in der Reha-Maßnahme erworbenes Wissen die Antwort der Gruppe Ende beeinflusst hat. In beiden Gruppen gab ein beachtlicher Prozentsatz (26,5 Prozent in Gruppe Anfang, 18,4 Prozent in Gruppe Ende) an, mangelhaft oder ungenügend über die Reha informiert zu sein und jeweils weniger als fünf Prozent fühlten sich sehr gut informiert, so dass sich ein deutlicher Informationsbedarf für beide Gruppen ergibt. Auch die Tatsache, dass zwei Drittel der Versicherten der Gruppe Anfang noch offene Fragen zur Reha angaben, spricht für einen hohen Bedarf an Reha-bezogenen Informationen. Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse erste Hinweise aus vorherigen

Forschungen, insbesondere von Höder & Deck (2014), dass Versicherte der DRV zu wenig über die medizinische Rehabilitation informiert sind [27].

Die Auswertungen der Subgruppenanalysen zeigen, dass sich innerhalb der Gruppe Anfang die Versicherten der DRV Bund signifikant besser über die Reha informiert fühlten als die Versicherten der DRV Nord. Da nur die Versicherten der DRV Bund nach Antragstellung eine 90-seitige Din A5-Informationsbroschüre über die medizinische Rehabilitation zugeschickt bekommen (s. Kapitel 1.6.3), kann vermutet werden, dass diese Broschüre den Informationsstand der Versicherten (subjektiv) anhebt. Darüber hinaus könnte das höhere Informationsniveau der DRV Bund-Versicherten auch geschichtlich beeinflusst sein, denn während die Bundesversicherungsanstalt bis zum 1. Oktober 2005 ausschließlich für Angestellte zuständig war, entstanden die regionalen DRV-Träger aus den Landesversicherungsanstalten der einfachen Arbeiter¹⁰ [21]. Trotz der Organisationsreform im Jahr 2005 muss davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Versicherten noch nach den ursprünglichen Prinzipien den jeweiligen Kostenträgern zugeordnet wird.

Die Analysen der Subgruppen machen außerdem deutlich, dass sich in beiden Gruppen die orthopädischen Rehabilitanden besser als die psychosomatischen oder internistischen Rehabilitanden informiert fühlten. Interessanterweise besaßen die Rehabilitanden mit orthopädischer Reha-Indikation in beiden Gruppen durchschnittlich das niedrigste Bildungsniveau, so dass diejenigen mit der geringsten Schulbildung den besten Reha-bezogenen Informationsstand angaben. Dies deckt sich mit den Auswertungen der Versicherten nach Schulabschluss und wird weiter unten diskutiert.

Bei der Auswertung weiterer Fragen zum Informationsverhalten nehmen die Rehabilitanden mit psychosomatischer Indikation in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung ein: In der Gruppe Anfang hatten sie (nicht signifikant) mehr offene Fragen zur Reha als die beiden anderen somatischen¹¹ Indikationen und fühlten sich unter denjenigen Rehabilitanden, die (eher) keine Fragen mehr hatten, signifikant weniger ausreichend über die Reha informiert. Der Reha-bezogene Informationsbedarf stellt sich somit in dieser Subgruppe besonders ausgeprägt dar. In der Gruppe Ende gaben die psychosomatischen Rehabilitanden signifikant seltener an, dass sie die Reha ohne Informationen auf sich zukommen lassen wollen. Demnach zeigen sie hier signifikant mehr Interesse an Reha-bezogenen Informationen als Rehabilitanden mit somatischer Reha-Indikation.

Allerdings waren die psychosomatischen Rehabilitanden beider Gruppen nach eigenen Angaben im Vorfeld der Reha-Maßnahme signifikant häufiger zu erschöpft und zu kaputt, um nach (weiteren) Informationen zu suchen. Manchmal befanden sie sich in einer akuten Krisensituation, in der eine Auseinandersetzung mit Informationen nicht möglich erschien,

¹⁰ Siehe auch: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/OldenburgBremen/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/Fakten%20und%20Wissen/Bibliothek/historie_node.html (letzter Zugriff am 31.07.2017).

¹¹ Als somatisch wird hier die internistische und orthopädische Indikation zusammengefasst bezeichnet.

wie das folgende Zitat aus einer der qualitativen Fokusgruppen mit psychosomatischen Rehabilitanden zeigt: „*Ich glaube, wenn man richtig am Ende ist, dann stellt sich die Frage auch nicht mehr. Dann sind Sie froh, dass Sie irgendwo hin können und einen Platz gekriegt haben [...]. Also, ich war froh, dass ich meinen Koffer gepackt gekriegt habe und dass ich mit drei Mal Pause die 50 Kilometer hier angekommen bin. Da habe ich keine Zeit gehabt, mich noch vorher über... Also, zumindest geht's mir so. Wenn man hier landet, braucht man Hilfe. Da habe ich keine Zeit mehr gehabt, irgendetwas auszuwählen oder... Das ist so, als wenn Sie 112 wählen und fragen: Welche Farbe hat der Rettungswagen? Also, da... Zumindest ging's mir so, ne? Da ging eigentlich nichts mehr*“¹². In der Kategorie *Informationen waren für mich unwichtig, für mich war wichtig, dass ich Hilfe bekomme* ergaben sich in beiden Gruppen jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen psychosomatischen Rehabilitanden und denen mit somatischer Indikation.

Insgesamt zeigt sich, dass Rehabilitanden mit psychosomatischer Reha-Indikation möglicherweise spezifische Informationsbedürfnisse besitzen, die zukünftig noch näher untersucht werden sollten. Es gilt, den Balanceakt zwischen erhöhtem Informationsbedarf und -interesse auf der einen Seite sowie einem Gefühl der Überforderung bei der Auseinandersetzung und Suche von Informationen in einer belastenden Lebenssituation auf der anderen Seite zu meistern. In diesem Kontext ist auch eine Studie von *Richter, Schmidt-Ott & Muthny (2011: 240)* an 276 psychosomatischen Rehabilitanden interessant, die ein ausgeprägtes Partizipationsbedürfnis der Rehabilitanden erkennen lässt. Bei der Vorhersage der Patientenzufriedenheit erwiesen sich hier die „*Patientenaktivierung durch den Arzt*“, „*Medizinische Information*“ sowie „*Aktives Informationsverhalten des Patienten*“ als signifikante Prädiktoren [88]. Es zeigt sich somit, dass (medizinische) Informationen – zumindest wenn sie den Patienten nicht überfordern – sowie ein aktiver Umgang mit Informationen auch die Zufriedenheit der psychosomatischen Rehabilitanden steigern kann. Da bei den Literaturrecherchen im Rahmen dieser Arbeit kaum indikationsspezifische Studien zu Reha-bezogenen Informationsbedürfnissen gefunden werden konnten, ergibt sich hier ein großer Forschungsbedarf.

In der geschlechtsspezifischen Auswertung fühlten sich die Frauen in beiden Gruppen besser über die Reha informiert als die Männer, der Unterschied ist jedoch in keiner der Gruppen signifikant. Auch bei *Höder & Deck (2014)* schnitten Frauen im Wissenstest besser ab, schätzten ihr Reha-bezogenes Wissen etwas höher ein, konnten ihre Reha-Ziele genauer definieren und kümmerten sich intensiver um ihre Nachsorge. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Erreichung ihrer Reha-Ziele [27]. Beim telefonischen Gesundheits-survey des *Robert Koch-Instituts*, einer bundesweiten Erhebung zur Erfassung chronischer Erkrankungen, ausgewählter Risikofaktoren und gesundheitsbezogener Verhal-

¹² Zitat aus der ersten Fokusgruppe der Indikation Psychosomatik, Abschnitt 179-183. Im Rahmen der qualitativen Vorstudie wurden sechs Fokusgruppen durchgeführt.

tensweisen in der bundesdeutschen Bevölkerung, zeigte sich laut *Horch & Wirz (2005: 1253)*, dass „*Frauen mehr an Gesundheitsinformationen interessiert sind als Männer*“. Den telefonischen Angaben zufolge nutzten Frauen durchschnittlich mehr Informationsquellen und informierten sich dort auch häufiger als Männer. Lediglich das Internet wurde von Männern häufiger zu Informationszwecken verwendet [89]. Geschlechtsspezifische Fragestellungen in der Rehabilitationsforschung existieren hierzulande kaum, eine systematische Betrachtung der Genderperspektive und PatientInnenorientierung bisheriger Studien aus dem Reha-Bereich liefern *Mittag & Grande (2008: 105f.)*. Hier zeigte sich u. a., dass der „*aktionsorientierte Ansatz der medizinischen Rehabilitation vielleicht eher den Erwartungen von chronisch kranken Männern und ihrer Art der Krankheitsbewältigung entspricht*“ und Frauen von langfristig angelegten verhaltensbezogenen Maßnahmen und Beratung weniger profitieren als Männer. Da sich die Lebenskontexte von Frauen häufig komplexer darstellen, werden von den Autoren sehr viel differenziertere (Rehabilitations-) Programme für Frauen empfohlen [81]. Eine explizite Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Reha-bezogenen Informationsbedarf findet in den 100 von *Mittag & Grande (2008)* analysierten Artikeln nicht statt, so dass auch hier weitere Forschungsarbeiten notwendig sind, um den möglicherweise besseren Informationsstand und das größere Interesse an Gesundheitsinformationen von Frauen in Bezug auf die medizinische Rehabilitation zu untersuchen und (rehabilitative) Maßnahmen so zu gestalten, dass beide Geschlechter gleichermaßen gut von ihnen profitieren.

Die Subgruppenanalyse nach Alter ergibt in dieser Studie keine wesentlichen Unterschiede. Beim bundesweiten Gesundheitssurvey hingegen stieg die Nutzung für die meisten Informationsmedien mit dem Alter, nur das Internet bildet hier wieder eine Ausnahme, da es vorrangig von den jüngeren Befragten genutzt wurde. Darüber hinaus zeigte der Survey, dass insbesondere die jüngeren Männer wenig an gesundheitsbezogenen Informationen interessiert sind. Dies könnte an der Tatsache liegen, dass junge Männer sich überwiegend sehr gesund fühlen, denn der Survey belegte auch, dass mit der Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands die Nachfrage nach Gesundheitsinformationen ansteigt und somit bei chronisch Erkrankten besonders ausgeprägt ist [89]. So kann die häufigere Nutzung von Info-Medien möglicherweise auch auf den höheren Anteil an Personen mit chronischen Erkrankungen im Alter und weniger auf das Lebensalter selbst zurückgeführt werden. Da sich die medizinische Rehabilitation nach dem Heilverfahren speziell an chronisch (schwer) erkrankte Personen richtet (s. Kapitel 1.2), kann hier unabhängig vom Alter ein entsprechend hoher Informationsbedarf vermutet werden. Auch neueste Erkenntnisse der Health Literacy-Forschung zeigen, dass chronisch Erkrankte eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, die große Schwierigkeiten bei der Suche und Bewertung von gesundheitsbezogenen Informationen hat. Viele Jahre wurde laut *Schaeffer et al. (2016: 11)* davon ausgegangen, dass Menschen mit chronischen Erkan-

kungen „*Experten in eigener Sache und in Krankheitsbelangen*“ werden. Die neuesten Daten lassen jedoch „*Zweifel an dieser Annahme aufkommen und legen die Vermutung nahe, dass eher Hilf- und Ratlosigkeit zunehmen*“ [90]. Dies unterstreicht noch einmal die Bedeutung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Personen mit chronischen Erkrankungen und dem damit einhergehenden ausgeprägten Informationsbedarf von Betroffenen.

Erstaunlich ist außerdem, dass sich bei der bildungsspezifischen Auswertung die DRV-Versicherten ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss am besten über die Reha informiert fühlten. Auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant ist, macht er doch deutlich, wie subjektiv sich der selbst angegebene Informationsstand darstellt. Möglicherweise wissen Rehabilitanden mit niedriger Schulbildung nicht, welche Informationen ihnen nicht zur Verfügung stehen, während Versicherte mit höherer Bildung sich ggf. bereits intensiver mit der Reha auseinandergesetzt haben, wobei ihnen die Komplexität der Thematik und Abläufe vor Augen geführt wurde. Dass schriftliche Informationen über die medizinische Reha häufig schwer verständlich sind, zeigen Höder & Deck (2015) eindrucksvoll [62], folglich soll dieser Aspekt im Kapitel 4.5 ausführlicher diskutiert werden. Die Lesekompetenz und der Umgang mit schriftlichen Unterlagen sind stark bildungsabhängig, wie die großangelegte *Level-One Studie* (N = 8.436) zum funktionellen Analphabetismus in Deutschland von 2012 belegen konnte: 59,0 Prozent der Personen ohne Schulabschluss, 23,1 Prozent der Personen mit niedriger, 8,5 Prozent der Personen mit mittlerer und 5,7 Prozent der Personen mit hoher Schulbildung sind hierzulande funktionelle Analphabeten [91]. Es wird insgesamt also deutlich, dass – im Gegensatz zur Literalität – der angegebene Informationsstand weitgehend unabhängig vom Bildungsstand betrachtet werden muss.

4.3 Wichtige Informationsthemen

Die in beiden Gruppen erhobene Liste mit 23 Informationsthemen zeigt den selbst eingeschätzten Informationsstand (Gruppe Anfang) und die empfundene Relevanz (Gruppe Ende) einzelner Reha-bezogener Fragestellungen. Die Betrachtung von einzelnen Themen und Teilaspekten liefert nicht nur Erkenntnisse über inhaltliche Schwerpunkte zukünftiger Patienteninformationen aus Betroffenen­sicht, sie kann laut Birgit Aust (1994: 33) auch erhebliche Kritik offenbaren, die häufig „*hinter global geäußerte Zufriedenheit*“ verborgen bleibt. „*Besonders der Wunsch nach mehr Informationen wird oft erst durch detailliertes Nachfragen vorgebracht*“ [92]. Bei der Erhebung des subjektiven Informationsstandes zu den einzelnen Reha-Themen wird deutlich, dass sich nur bei sieben der 23 Themen die Mehrheit der Gruppe Anfang ausreichend informiert fühlte. Bei mehr als der Hälfte der Informationsthemen gaben weniger als ein Drittel der angehenden Rehabilitanden

einen ausreichenden Informationsstand an, so dass durch die Betrachtung einzelner Fragestellungen der im vorigen Kapitel diskutierte hohe Informationsbedarf noch einmal besonders deutlich wird.

Alle 23 Themen wurden von mindestens 51,3 bis maximal 95,8 Prozent der Rehabilitanden der Gruppe Ende als (sehr) wichtig eingeschätzt, wobei die am häufigsten als relevant eingestuften Informationen sich vor allem auf die eigene (chronische) Erkrankung und deren Behandlung sowie realistische Ziele, den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben und Nachsorgemöglichkeiten beziehen. Hier zeigt sich eine starke Übereinstimmung mit den von Experten¹³ bei Höder & Deck (2014: 17ff.) bestimmten sieben Kernthemen zur Reha [27]: Die vier Themen *persönliche Reha-Ziele, Therapien, berufliche Perspektive und Nachsorge* wurden hier auch von den Versicherten als (sehr) wichtig empfunden. Die *klinikspezifischen Informationen*, beispielsweise zur Ausstattung der Klinik und zur Packliste, wurden insgesamt von etwas weniger Befragten als relevant eingestuft. Die Wichtigkeit der Kernthemen *Wesen der Reha* sowie *Eigeninitiative und aktive Mitarbeit* wurden an dieser Stelle nicht abgefragt. Finanzielle Angelegenheiten (Kostenträger, Selbstbeteiligung), organisatorische Abläufe (Voraussetzungen für die Bewilligung, Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrags, ambulante vs. stationäre Reha) sowie eine genaue Ausgestaltung der Reha-Maßnahme (Anzahl der Behandlungen pro Tag, typischer Tagesablauf) stellten sich für die Rehabilitanden am Ende der Reha weniger wichtig dar.

Auch wenn ein direkter Vergleich mit den angehenden Rehabilitanden aufgrund der unterschiedlichen Stichproben nicht möglich ist, erscheint es doch auffällig, dass über die (Kern-) Themen, die für die Gruppe Ende am häufigsten Relevanz besaßen, die Rehabilitanden am Anfang der Reha am seltensten einen ausreichenden Informationsstand angaben. So fühlten sich nur 14,2 bis 27,6 Prozent der angehenden Rehabilitanden über die verschiedenen Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten, über eine realistische Zielsetzung sowie den Arbeitseinstieg nach der Reha ausreichend informiert. Ausnahmen bildeten die Informationen zur eigenen Erkrankung und zum Gesamtüberblick über das Behandlungsangebot der Reha-Kliniken, hier gaben immerhin fast 68 bzw. fast 50 Prozent der Rehabilitanden einen ausreichenden Informationsstand an. Über klinikspezifische Informationen sowie finanzielle und organisatorische Themen fühlten sich die Rehabilitanden am Reha-Anfang vergleichsweise öfter ausreichend informiert. Hier kann die Vermutung aufgestellt werden, dass diese Informationen in den vorab verschickten Materialien der Reha-Einrichtungen und Rentenversicherung sowie auf den Homepages der Kliniken häufiger als Informationen zu den anderen (Kern-) Themen zu finden sind. Zum typischen Tagesablauf in der Reha, zur Anzahl der täglichen Therapieeinheiten und zu

¹³ Als *Experten* wurden hier eine Arbeitsgruppe aus je einem Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Vertreter der Rentenversicherung sowie je zwei Pflegekräften und Wissenschaftlern verstanden.

nicht erreichbaren Reha-Zielen gaben die angehenden Rehabilitanden am seltensten einen ausreichenden Informationsstand an. Diese Informationen schätzten Rehabilitanden am Ende der Reha jedoch auch weniger häufig als wichtig ein.

Insgesamt betrachtet lässt sich sagen, dass im Bereich der Kernthemen Therapien, persönliche Reha-Ziele, berufliche Zukunftsaussichten und Nachsorge sowie bei Fragen zur eigenen Erkrankung und deren Behandlung einerseits subjektiv wenig Wissen (bei Gruppe Anfang) vorhanden ist und andererseits diese Informationen aus Betroffenen­sicht (der Gruppe Ende) besonders wichtig empfunden werden. Bei diesen Informationsthemen besteht demnach ein besonders ausgeprägter Informationsbedarf, während die Rehabilitanden (der Gruppe Anfang) zu klinikspezifischen, organisatorischen und finanziellen Themen in der Tendenz etwas besser informiert zu sein scheinen und diesen Informationen (in der Gruppe Ende) weniger Bedeutung beimessen.

Bei einigen Informationsaspekten ist auch ein Vergleich mit Erkenntnissen aus der qualitativen Vorstudie interessant. So gaben bei der schriftlichen Erhebung der Gruppe Anfang 83,8 Prozent der Befragten an zu wissen, wer ihre Reha-Maßnahme bezahlt. Die Frage nach dem Kostenträger stellt damit das Thema mit dem am häufigsten ausreichenden Informationsstand dar. In den qualitativen Interviews und Fokusgruppen erzählten jedoch viele Versicherte, dass sie bei der Antragstellung zunächst zu ihrer Krankenkasse gegangen und erst im zweiten Schritt mit der zuständigen Rentenversicherung in Kontakt getreten seien. Möglicherweise erfahren viele Versicherte (erst) während des Antragprozesses, dass die Rentenversicherung die Kosten für die medizinische Rehabilitation übernimmt. Zum Zeitpunkt der Fragebogenbefragung scheint diese Information dann bei der Mehrheit der Rehabilitanden angekommen zu sein. Allerdings muss auch beachtet werden, dass im Fragebogen keine Wissensabfrage erfolgt, so dass die Rehabilitanden auch einen ausreichenden Informationsstand angeben können, wenn sie sich fälschlicherweise sicher sind, dass ihre Krankenkasse die Reha-Maßnahme bezahlt.

Ebenfalls interessant ist, dass mehr als die Hälfte der Gruppe Anfang nach eigenen Angaben wusste, wo sie Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrags bekommen kann. Damit stellt dieses Thema das mit dem siebtbesten subjektiven Informationsstand dar. In den qualitativen Befragungen waren (jedoch) viele Rehabilitanden mit den Formularen überfordert, fühlten sich mit dem Antrag allein gelassen und hätten gerne eine Anlaufstelle gehabt, die Hilfe bietet: *„So diese Stelle generell, äh, die sagt, ich helfe dir mal den Antrag jetzt auszufüllen, die hat mir gefehlt. Also, die hätte ich gerne gehabt“*¹⁴. Aufgrund der qualitativen Vorergebnisse hätte – zumindest in Relation zu den anderen Themen – ein niedrigerer Informationsstand zu Hilfsmöglichkeiten bei der Antragstellung vermutet werden können. Trotz eines ausreichenden Wissensstandes bei der Mehrheit der Befragten,

¹⁴ Zitat aus der zweiten Fokusgruppe der Indikation Orthopädie, Abschnitt 24. Im Rahmen der qualitativen Vorstudie wurden sechs Fokusgruppen durchgeführt.

scheint es somit einzelne Personen mit ausgeprägtem Hilfs- und Informationsbedarf beim Umgang mit den Antragspapieren zu geben. Es zeigt sich somit, dass sich für viele inhaltliche Fragestellungen die quantitativen Ergebnisse um Aspekte der qualitativen Forschung ergänzen lassen und damit ein umfassenderes Bild des Reha-bezogenen Informationsbedarfes erzeugt werden kann.

4.4 Zugang zu Informationen

4.4.1 Informationsquellen

Beide Versichertengruppen bekamen ihre Reha-bezogenen Informationen überwiegend von der Reha-Klinik, der Rentenversicherung und aus dem Internet. Da fast drei Viertel der angehenden Rehabilitanden im Internet vor allem die Homepages der Kliniken aufgerufen haben, stellen die Reha-Kliniken und die Deutsche Rentenversicherung die zwei wichtigsten Informationsquellen der Rehabilitanden dar. Die Webseite der DRV sowie Foren und Bewertungsportale wurden von den angehenden Rehabilitanden (bislang) wenig genutzt. Mehrere Studien belegen eine stärkere Internetnutzung in jüngeren Jahren [80, 89, 93, 94], so dass in Zukunft mit einer verstärkten Nachfrage nach Online-Informationen gerechnet werden kann. Auch wenn im Internet häufig eine unübersichtliche Vielfalt mit zum Teil fraglicher Qualität der Gesundheitsinformationen vorliegen mag, so existieren bereits einige neue Initiativen, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Patienten online zur Verfügung stellen: Vor allem auf die Webseiten *www.gesundheitsinformation.de* des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* sowie *www.patientenberatung.de* der *Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands* soll an dieser Stelle verwiesen werden. Speziell für die Reha gibt es seit wenigen Jahren die Seite *www.vor-der-reha.de* zur Vorbereitung auf die Reha sowie ganz neu auch die Homepage *www.nachderreha.de* als Hilfestellung bei der Reha-Nachsorge. Die Evidenzbasierung sichert dem Leser eine wissenschaftlich korrekte Darstellung des Inhalts sowie Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen zu. Letztere ist bei den Informationen der Reha-Kliniken generell eher nicht gegeben, da diese selbstverständlich auch Werbung für die entsprechende Einrichtung enthalten [27]. Gerade als Ergänzung zur stark von den Reha-Kliniken beeinflussten Informierung der (angehenden) Rehabilitanden wäre eine stärkere Bekanntmachung dieser Internetseiten mit evidenzbasierten Informationen wünschenswert.

Auch das Gespräch mit dem Haus- oder Facharzt spielte nach wie vor eine bedeutende Rolle, vor allem in der Gruppe Ende. Der Arzt als Informationsquelle wird im folgenden Kapitel näher beleuchtet. Informationen der gesetzlichen Krankenkassen wurden nur von 13 Prozent der angehenden Rehabilitanden eingeholt, bei den Rehabilitanden am Reha-Ende waren es mit 21,3 Prozent geringfügig mehr. In Anbetracht der Tatsache, dass die

GKV nicht für die medizinische Rehabilitation bei Erwerbstätigen zuständig ist, erscheint dies nicht weiter verwunderlich. In Bezug auf allgemeine Gesundheitsinformationen werden die Informationen der gesetzlichen Krankenkasse häufig genutzt. So zeigte sich im bundesweiten Gesundheitssurvey des RKI, dass Informationen der GKV an zweiter Stelle nach Radio und Fernsehen stehen [89]. Informationen in Radio und Fernsehen erreichen die meisten Menschen, in diesen Medien spielen Informationen über die Reha jedoch bislang keine Rolle und wurden deshalb in dieser Studie nicht abgefragt. Die Gemeinsamen Servicestellen der verschiedenen Rehabilitationsträger scheinen bei den Rehabilitanden beider Gruppen kaum bekannt zu sein. Diese mögliche erste Anlaufstelle bei Betroffenen und (Haus-) Ärzten bekannter zu machen, könnte einen wertvollen Beitrag zu einem einfacheren Weg in die Reha sowie höheren Reha-bezogenen Informationsstand leisten. In den vorab durchgeführten qualitativen Interviews und Fokusgruppen zeigte sich darüber hinaus, dass auch Familie, Freunde, Bekannte und Kollegen eine wichtige Rolle bei der Informationsvermittlung einnehmen. Da sich auf persönliche Gespräche nur schwer Einfluss nehmen lässt, stehen sie hier nicht im Fokus der Arbeit. Die Bedeutung der persönlichen Informationen wurde auch ohne eigene Variable bei der Freitextauswertung der *Anderen Informationsquellen* noch einmal deutlich.

4.4.2 Die Rolle des Arztes

Wie sich vor allem in den Ergebnissen der Gruppe Ende zeigt, stellt das ärztliche Gespräch nach wie vor eine bedeutende Informationsquelle dar, von der gut 57 Prozent der Befragten Reha-bezogene Informationen erhalten haben. Bei den angehenden Rehabilitanden wurde der Arzt immerhin an vierter Stelle genannt. Auch in anderen Studien wird der Arzt als häufige Informationsquelle genannt und die zentrale Bedeutung ärztlicher Informationsvermittlung hervorgehoben [88, 95, 96]. Darüber hinaus machen die Ergebnisse der Gruppe Anfang zur Idee des Reha-Antrags deutlich, dass die Haus- und niedergelassenen Fachärzte – zusammen mit dem Patienten selbst – die wichtigsten Impulsgeber für den Reha-Antrag sind. Auf die bedeutende Rolle, die niedergelassenen Ärzte bei der Initiierung einer Reha-Maßnahme spielen, wird auch in der Literatur vielfach hingewiesen, wobei vor allem dem Hausarzt als häufigstem Ansprechpartner für gesundheitliche und präventive Fragen eine zentrale Position zukommt [65-67, 69, 76, 97, 98].

In beiden Gruppen wollten diejenigen Rehabilitanden, die Informationen zur Reha von ihrem Haus- oder Facharzt bekommen hatten, signifikant häufiger auch in Zukunft vom Arzt informiert werden. Dies spricht für gute Erfahrungen der Versicherten im Arzt-Patienten-Gespräch. Trotzdem gaben nur 16 Prozent der angehenden Rehabilitanden mit noch offenen Fragen zur Reha an, diese mit ihren Haus- oder Facharzt besprechen zu wollen. Die Mehrheit der Rehabilitanden am Reha-Anfang wollte die ausstehenden Fra-

gen mit der Reha-Einrichtung oder im Internet klären, so dass sich hier noch einmal die den Kliniken und online verfügbaren Informationen nachgestellte Position des ärztlichen Gesprächs zeigt. Daneben könnten noch weitere Aspekte den Umgang der angehenden Rehabilitanden mit offenen Fragen beeinflusst haben, wie beispielsweise das Gefühl, den zeitlich stark eingespannten (Haus-) Arzt nicht mit „unnötigen Anliegen belästigen“ zu wollen. Außerdem kann es auch bequem sein, fehlende Informationen ohne zusätzlichen Aufwand direkt am ersten Reha-Tag zu erfragen oder davon auszugehen, dass die Klinik noch Informationsmaterial zuschicken wird. Interessanterweise wünschten sich Männer in beiden Gruppen signifikant häufiger als Frauen, zukünftig im Gespräch mit dem Arzt über die Reha informiert zu werden. Über mögliche Gründe für diesen geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Stellenwert des Arzt-Patienten-Gesprächs kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Vielleicht führte – als ein Aspekt unter vielen – die geringere Lesefreude des männlichen Geschlechts dazu, dass Männer sich eher über ein Gespräch informieren wollten [99, 100].

Allerdings zeigt die Bewertung der vom Arzt erhaltenen Informationen, dass aus Sicht der Versicherten bei der Qualität der Informationen ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht: Bei allen drei Bewertungsaspekten – Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit – schnitten die ärztlichen Informationen in der Gruppe Anfang am schlechtesten ab. Bei den Rehabilitanden am Ende der Reha nahmen die vom Arzt erhaltenen Informationen in Bezug auf die Nützlich- und Vollständigkeit den zweitniedrigsten Rang nach der Rentenversicherung ein, die Verständlichkeit der ärztlichen Informationen wurde ebenfalls am geringsten eingestuft. Diese Ergebnisse sind insofern nicht verwunderlich, als dass in der Literatur bereits mehrfach (ausgeprägte) Wissensdefizite der Ärzte zu Reha-bezogenen Themen dargelegt wurden [65, 66, 76, 101]. Zur Anhebung des Wissensstandes über die medizinische Reha sowie zur Verbesserung der Nützlichkeit und Vollständigkeit der an die Patienten übermittelten Informationen erscheint eine stärkere Verankerung rehabilitationswissenschaftlicher Themen im Curriculum der Humanmedizin sinnvoll. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits unternommen, denn seit 2003 enthält die 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte den neuen Querschnittsbereich 12 *Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren* [102]. Da der Spielraum bei der konkreten Umsetzung der Lehreinheiten für die Fakultäten recht groß ist, zeigt eine aktuelle Fakultätenbefragung bei Schmidt et al. (2017: 52), „dass es nach wie vor ein heterogenes Gesamtbild bezüglich Lehrkoordination, Durchführungsaspekte und curricularer rehabilitationsbezogener Inhalte gibt“ [103]. Neben der notwendigen weiteren Verbesserung der Ausbildung angehender Mediziner, müssen auch kurzfristigere Lösungen zur Anhebung des Reha-bezogenen Wissenstandes bei Ärzten entwickelt werden. Eine Befragung niedergelassener Ärzte durch Walther, Pohontsch & Deck (2015) ergab, dass fast 75 Prozent der Ärzte das Internet als Informationsmedium für Reha-bezogene Informationen bevor-

zugen [66]. So entstand die Homepage www.rehainfo-aerzte.de, auf der das Wichtigste zu Reha und Rente von den niedergelassenen Ärzten schnell gefunden und nachgelesen werden kann. Außerdem wurde im Rahmen dieser Studie ein Info-Flyer zur Reha entwickelt, den der (Haus-) Arzt bei Bedarf und Interesse seinen Patienten mitgeben kann, so dass er nicht alle Informationen selbst zu übermitteln braucht.

Über die Reha-bezogene Wissensvermittlung hinaus sind auch Maßnahmen zur Verbesserung der Verständlichkeit ärztlicher Informationen erforderlich. Ärzte erkennen oft die (eingeschränkte) Gesundheitskompetenz ihrer Patienten nicht und formulieren ihre Informationen dem Patienten gegenüber zu schwierig [104]. Zur besseren Verständlichkeit ärztlicher Informationen könnten beispielsweise Schulungen angeboten werden, in denen Ärzte lernen, die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten richtig einzuschätzen, im Gespräch mit dem Patienten einfache Worte zu verwenden, medizinische Fremdwörter zu erläutern und gezielt nachzufragen, was der Patient genau wissen will und welche Informationen er bereits verstanden hat. Auch ärztliche Fortbildungen zur partizipativen Entscheidungsfindung können die Behandlungszufriedenheit von Patienten erhöhen und Ärzte entlasten [17]. Weiterhin wären strukturelle Bedingungen hilfreich, die eine stärkere (finanzielle) Honorierung der ärztlichen Informationsvermittlung sowie mehr Zeit für Gespräche im Praxisalltag ermöglichen [105]. Zuletzt genannte Aspekte sind jedoch nur durch weitreichende Reformen im Gesundheitswesen umsetzbar.

4.5 Qualität und Verständlichkeit von Patienteninformationen

Die Versicherten beider Gruppe bewerteten die erhaltenen Informationen über die Reha insgesamt äußerst positiv. Nur sehr wenige Rehabilitanden übten Kritik an der Qualität der Informationen: Je nach Informationsquelle stufen nicht mehr als 12 Prozent der Rehabilitanden die erhaltenen Informationen als nicht nützlich, maximal 8 Prozent als nicht verständlich und höchstens 22 Prozent als nicht ausreichend ein. Diese gute Bewertung erscheint widersprüchlich zum im Kapitel 4.2 diskutierten insgesamt schlechten Informationsstand der Rehabilitanden sowie zu weiteren Studienergebnissen, die eine unzureichende Verständlichkeit von Patienteninformationen belegen [62, 106-108]. Möglicherweise hatten nicht alle Rehabilitanden die erhaltenen Informationen auch gelesen oder es fiel ihnen schwer sich einzugestehen, dass sie die Informationen nicht (vollständig) verstanden hatten. Darüber hinaus haben Versicherte mit (ausgeprägten) Lese- und Schreibproblemen vielleicht gar nicht erst an dieser Fragebogenbefragung teilgenommen. Auch ähnliche Effekte wie bei Zufriedenheitsbefragungen im Gesundheitswesen könnten eine Rolle spielen. So gibt es laut *Birgit Aust (1994: 36)* „bei allgemeinen Zufriedenheitsfragen eine starke Tendenz zu sehr positiven Antworten“, die jedoch eine deutliche Kritik einzelner Aspekte nicht ausschließt [92]. Bei zukünftigen Befragungen zur Qualität und

Verständlichkeit von Patienteninformationen könnte somit ein (noch) detaillierteres Abfragen sinnvoll sein.

Beim Vergleich der Informationsquellen wurden die Reha-Einrichtungen in allen drei Bewertungsaspekten – Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit der Informationen – von beiden Gruppen am besten eingestuft. Vor allem die Informationen der Ärzte, aber in der Gruppe Ende auch der Rentenversicherung, wurden am schlechtesten bewertet. Eine systematische inhaltliche Auswertung der Informationsbroschüren der Reha-Kliniken steht bislang aus. Bisherige Analysen der Internetauftritte legen die Vermutung nahe, dass hier neben Informationen für (potenzielle) Patienten häufig auch Werbeaspekte von Bedeutung sind. Darüber hinaus zeigte sich insgesamt eine eher geringe Nützlichkeit sowie schlechte Lesbarkeit der Homepage-Texte [27]. Vorausgesetzt die Texte der Informationsbroschüren der Reha-Einrichtungen unterscheiden sich nicht wesentlich von den Homepage-Texten, so zeigt sich auch hier eine große Diskrepanz zwischen den kritischen Ergebnissen wissenschaftlicher Analysen und den positiven Bewertungen der Versicherten, die letztlich unklar bleibt. Da sich die Mehrheit der Versicherten erst nach der Bewilligung der Reha-Maßnahme über die medizinische Rehabilitation informiert hatte, haben vermutlich viele Versicherte nur Informationen der Reha-Klinik durchgelesen, in der ihre Reha-Maßnahme stattfinden wird. Unter Umständen bestand beim Lesen des Informationsmaterials also bereits eine persönliche Bindung zur zukünftigen Einrichtung, die bei der Bewertung der Informationen einen Bonus für die Klinik darstellte.

Die im Vergleich zur Reha-Klinik nachteilige Bewertung ärztlicher Informationen wurde bereits im vorigen Kapitel diskutiert. In Anbetracht der Tatsache, dass die Versicherten der DRV Nord lediglich Merkblätter zu formalen Aspekten sowie rechtlichen Bestimmungen der Reha bekommen (s. Kapitel 1.6.3), ist die vergleichsweise schlechtere Bewertung der Informationen von der Rentenversicherung in Gruppe Ende wenig erstaunlich. Die Versicherten der DRV Bund erhalten zwar eine ausführliche Broschüre über die Reha, diese hat mit ihren 90 Din A5-Seiten allerdings den neunfachen Umfang von dem, was die Rehabilitanden in dieser Studie durchschnittlich zu lesen bereit waren. So zeigte auch eine Studie von *Widera, Bonn & Klosterhuis (2011)*, dass nur knapp 40 Prozent der befragten Rehabilitanden die DRV-Broschüre im Vorfeld der Reha gelesen hatten [80].

4.6 Empfehlungen für die zukünftige Informationen

4.6.1 Medium

Für die Zukunft wünschten sich beide Versichertengruppen, ihre Informationen über die Reha im Gespräch mit dem behandelnden (Haus-) Arzt, in einer Broschüre sowie auf einer Webseite zu erhalten. Das Arzt-Patienten-Gespräch wurde jeweils am häufigsten genannt, Broschüre und Homepage waren bei beiden Gruppen etwa gleich beliebt. Dieser

Trend zeigte sich bereits in den qualitativen Interviews. Vielen ist es auch egal, wie sie sich zukünftig über die Reha informieren. Neuere Medien, wie beispielsweise eine DVD, ein Video auf YouTube und eine App für das Smartphone, werden von den Versicherten momentan selten gewünscht. Dies könnte sich in den nächsten Jahren jedoch ändern, denn bei den jüngeren Rehabilitanden bis einschließlich 45 Jahre ist die App signifikant beliebter. Beim Wunsch nach einer Webseite zeigen sich jedoch keine (signifikanten) Altersunterschiede, obwohl in mehreren Studien die Internetnutzung mit dem Alter abnimmt [80, 89, 93, 94].

Immerhin sechs Versicherte haben bei dieser Befragung handschriftlich vermerkt, dass sie keinen Internetanschluss besitzen, so dass trotz der zunehmenden Bedeutung des Internets (noch) nicht alle Versicherten mit einer Homepage erreicht werden können. Bei *Pennekamp et al. (2006)* hatten sogar nur 54 Prozent der befragten orthopädischen Patienten Anschluss ans Internet, wobei Patienten mit hohem Bildungsstand häufiger ans Netz angeschlossen waren [93]. Ein Zusammenhang mit dem Bildungsniveau zeigt sich auch in der Gruppe Ende, hier wollten Rehabilitanden mit hoher Schulbildung signifikant häufiger über eine Homepage informiert werden. Somit wird vermutlich die besonders vulnerable Gruppe der Versicherten mit niedrigem Schulabschluss am wenigsten über das Internet erreicht.

Während die Frauen sich bei dieser Fragebogenbefragung öfter eine Broschüre wünschten, waren die Männer eher an einer Homepage und Videos auf DVD oder bei YouTube interessiert. Auch in den meisten anderen Studien waren Männer häufiger im Internet als Frauen [89, 93, 94], lediglich bei *Widera, Bonn & Klosterhuis (2011)* wurde das Internet von beiden Geschlechtern gleichermaßen als Informationsquelle zur Vorbereitung auf die Reha genutzt [80]. Ursachen für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede könnten u. a. mit einer stärker ausgeprägten Computer-Affinität des männlichen Geschlechts sowie der bereits im Kapitel 4.4.2 erwähnten größeren Lesefreude von Frauen zusammenhängen [99, 100].

Um allen Wünschen und Informationsbedürfnissen gerecht zu werden, erscheint insgesamt eine Kombination verschiedener Medien für die zukünftige Informationsvermittlung sinnvoll. Da der niedergelassene (Haus-) Arzt im Praxisalltag häufig keine Zeit für ausführliche Informationsgespräche hat und manchmal selbst nicht (ausreichend) über die Reha informiert ist, könnte eine Broschüre zur medizinischen Rehabilitation, die der Arzt bei Reha- und Informationsbedarf den Patienten mitgeben kann, hilfreich sein. Für diejenigen Versicherten, die nicht so gerne lesen, wäre dagegen eine Homepage mit einer Kombination aus informativen und interaktiven Elementen sowie Videos eine gute Informationsquelle. Der Internetlink zu dieser Homepage könnte auf der Informationsbroschüre aufgedruckt sein. Wichtig wäre zudem, dass die Broschüre mit dem Link auch im Warte-

zimmer und bestenfalls an weiteren öffentlichen Orten ausliegt, damit sich die Versicherten bei Interesse auch ohne ärztliche Aufforderung über die Reha informieren können.

4.6.2 Gestaltung

Die Rehabilitanden beider Gruppen wünschten sich eine Broschüre die übersichtlich gestaltet und in der das Wichtigste auf einen Blick erkennbar ist. Auch der Wunsch, durchschnittlich maximal zehn Seiten lesen zu wollen, macht deutlich, dass die Versicherten nicht mit Informationen überladen werden möchten. Die aktuelle Broschüre der Rentenversicherung *Rehabilitation – Was erwartet mich dort?* ist mit ihren 90 Din A5-Seiten also deutlich zu umfangreich [78]. Gemäß dem Motto *weniger ist mehr* erscheint es sinnvoller, eine kurze und übersichtliche Broschüre zu entwerfen, die von den angehenden Rehabilitanden auch (gerne) gelesen wird, als einen ausführlichen und umfangreichen Katalog an Informationsmaterial zu erstellen, der nicht genutzt wird und die Versicherten mitunter sogar abschreckt. Bei der Homepage-Gestaltung waren beiden Versichertengruppen ein schnelles Finden im Internet und leichtes Zurechtfinden auf der Webseite am wichtigsten, so dass hier ebenfalls Übersichtlichkeit gewünscht wird.

Darüber hinaus gehörte die leichte Verständlichkeit der Texte bei beiden Informationsmedien und beiden Gruppen zu den drei wichtigsten Aspekten, so dass diese aus Sicht der Befragten ebenfalls eine entscheidende Rolle spielt. Wie in Kapitel 1.4 beschrieben, sind für einen verständlichen Text laut *Langer (1983)* vier Grundregeln notwendig: kurze Sätze, eine einfache Wortwahl, eine sofort ersichtliche Struktur sowie nach Möglichkeit auch anregende Zusätze [32]. Beim Vergleich dieser vier Grundsätze der Verständlichkeit mit den am häufigsten genannten Gestaltungswünschen der Versicherten fällt auf, dass sie weitgehend übereinstimmen. Das Wichtigste in Kürze, ein leicht zu lesenden Text sowie eine übersichtliche Gliederung entsprechen den ersten drei Regeln. Nachfolgend wurden von den Rehabilitanden beider Gruppen viele anschauliche Bilder gewünscht, die als anregende Zusätze die Freude am Lesen steigern können. Es zeigt sich somit, dass die vier Grundregeln der Verständlichkeit nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive [31], sondern auch aus Betroffenenensicht nach wie vor aktuell sind. Paradoxerweise fällt es Personen mit hohem Bildungsstand oft schwer, einfache (Informations-) Texte zu erstellen. Hier können die Regeln für leichte Sprache sowie Rückmeldungen der jeweiligen Zielgruppe helfen [16, 29, 37, 38]. Rehabilitanden besitzen überwiegend eine mittlere Schulbildung, so dass die Verständlichkeit der Reha-bezogenen Informationstexte entsprechend angepasst werden sollte. Allerdings ist auch unbedingt der besondere Bedarf von Rehabilitanden ohne Schul- oder mit Hauptschulabschluss zu berücksichtigen. Es empfiehlt sich somit, Informationen über die Reha eher zu einfach als zu schwierig zu formulieren.

4.6.3 Zeitpunkt

Die meisten Versicherten hatten sich erst nach der Bewilligung des Antrags über die Reha informiert und möchten auch zukünftig erst zu diesem Zeitpunkt Reha-bezogene Informationen erhalten. Möglicherweise ist das Thema Rehabilitation vorher gedanklich noch zu weit weg und erscheint noch zu abstrakt, während andere (alltägliche) Angelegenheiten und Probleme im Fokus stehen. Allerdings gaben auch jeweils etwa ein Drittel der Befragten in beiden Gruppen an, sich bereits bei Überlegungen zu einer möglichen Reha-Maßnahme sowie im Entscheidungsprozess informieren zu wollen, so dass Reha-bezogene Informationen auch vor der Antragsbewilligung für die Versicherten zugänglich sein sollten.

4.7 Mögliche Auswirkungen guter Informationen über die medizinische Rehabilitation

Ziel der Erstellung von evidenzbasierten und verständlichen Patienteninformationen ist eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz und damit auch der Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen bei gesundheitsrelevanten Themen (s. Kapitel 1.5). Im Bereich der medizinischen Rehabilitation könnte ein höheres Informationsniveau der (angehenden) Rehabilitanden den gesamten Reha-Prozess beeinflussen. Im Folgenden werden mögliche Einflüsse auf die Vorbereitung, das Ergebnis und die Nachsorge von Reha-Maßnahmen diskutiert.

4.7.1 Vorbereitung auf die Reha

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass im Vorfeld der Reha-Maßnahme längst nicht bei allen Versicherten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden: Mehr als ein Fünftel der Befragten hatte vor der Reha keine Therapien erhalten. Dafür zu sorgen, dass vor der Reha erst möglichst alle anderen Behandlungsoptionen genutzt werden, ist vor allem Aufgabe der Ärzte, aber auch ein informierter und am Therapiekonzept interessierter Patient kann dabei mithelfen. Allerdings liegen bislang keine definierten Kriterien vor, welche und wie viele Therapien im Vorfeld der Reha stattgefunden haben müssen, so dass es letztlich im Ermessensspielraum der Deutschen Rentenversicherung liegt, bei welchem Versicherten eine Reha-Maßnahme indiziert ist und bei wem erst noch weitere ambulante Maßnahmen erfolgen sollten. Diese Vorgehensweise wird auch von Ärzten bemängelt, wie die Online-Befragung von *Walther, Pohontsch & Deck (2015: 365)* zum Reha-bezogenen Informationsbedarf an niedergelassenen Ärzten zeigte. Hier nahm die Frage, „*was >ambulante Maßnahmen ausgeschöpft< genau bedeutet*“, einen hohen

Stellenwert ein [66]. Transparente Kriterien könnten bei Ärzten und Versicherten Klarheit schaffen und bürokratische Abläufe bei der Antragstellung effizienter gestalten.

Die Einschätzung des Gesundheitszustands zu Reha-Beginn macht deutlich, dass die Mehrheit der Rehabilitanden sich gesundheitlich (sehr) eingeschränkt fühlte und die Indikation für die medizinische Rehabilitation (überwiegend) zu stimmen scheint. Auch in weiteren Studien gaben angehende Rehabilitanden deutliche Beeinträchtigungen im subjektiven Gesundheitszustand an [98, 109]. Interessant ist, dass bei dieser Studie Rehabilitanden mit psychosomatischer Reha-Indikation ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter als die Rehabilitanden der übrigen Indikationen einschätzten. Möglicherweise haben psychosomatisch Erkrankte einen besonders hohen Leidensdruck oder ihre Wahrnehmung ist, beispielsweise durch eine begleitende Depression, verändert. Wie in Kapitel 4.2 bereits diskutiert, könnten Rehabilitanden mit psychosomatischer Indikation im Vorfeld der Reha einen besonderen Unterstützungs- und anderen Informationsbedarf haben. Für die Zukunft erscheinen weitere indikationsspezifische Untersuchungen, vor allem in Hinblick auf die Informationsbedürfnisse von psychosomatisch erkrankten Rehabilitanden, sinnvoll. Ein (ausreichend) hohes Informationsniveau der Versicherten könnte helfen, dass bei bestehendem Reha-Bedarf das Antragsverfahren auch zeitnah eingeleitet wird, so dass eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands sowie eine potenzielle Krisensituation bei psychosomatischer Erkrankung möglichst vermieden werden kann.

Am Entscheidungsprozess zur Reha-Maßnahme waren viele angehende Rehabilitanden beteiligt, denn mehr als 40 Prozent von ihnen gaben an, dass (u. a.) sie selbst die Idee zum Reha-Antrag hatten. Damit wurde die eigene Person am häufigsten als (Mit-) Initiator einer Reha-Maßnahme genannt. Dies zeigt, dass viele Versicherte durchaus bereit sind, sich aktiv für ihre Gesundheit und Teilhabe einzusetzen, wie es von wissenschaftlicher Seite gerade im Bereich der Rehabilitation immer wieder gefordert wird [15, 17]. Durch eine Anhebung des Informationsstandes zu Beginn der Reha könnte die Entscheidungsgrundlage und damit auch aktive Mitarbeit der Rehabilitanden möglicherweise noch weiter unterstützt und gestärkt werden. Denn bei den vorherrschenden Gefühlen und Einstellungen vor der Reha dominierten die Offenheit für Neues und die Bereitschaft, alles auszuprobieren, aber nur knapp 4 Prozent der angehenden Rehabilitanden wussten genau, was von ihnen in der Reha erwartet wird.

4.7.2 Ergebnis der Reha-Maßnahme

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind aus wissenschaftlicher Sicht wirksam [110]. In dieser Studie würden sich fast 95 Prozent der Rehabilitanden am Reha-Ende wieder für eine Reha entscheiden, somit hat sich die Reha-Maßnahme auch für nahezu alle Rehabilitanden gelohnt. Die Bewertungen der Reha zeigen zudem, dass sich die Erwartungen

der Rehabilitanden mehrheitlich erfüllt hatten. Interessanterweise erfüllten sich Erwartungen an die Reha-Einrichtung deutlich häufiger als an die Verbesserung der Gesundheit. Auch bei Befragungen von Rehabilitanden im Rahmen der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein erreichte insbesondere die „*Dimension Gesundheit das größte Ausmaß an Nichterfüllung*“, wie bei Ruth Deck (2008: 586) nachzulesen ist [98]. Vermutlich erhalten Rehabilitanden relativ viele Informationen zur Reha-Klinik und ihrer Ausstattung, während realistische Prognosen zu möglichen Verbesserungen der Gesundheit häufig fehlen, so dass dann in der Tendenz (zu) hohe Besserungserwartungen entstehen. Informationen zu Möglichkeiten und Grenzen einer meist dreiwöchigen Reha-Maßnahme sowie eine realistische Zielsetzung zur Gesundheit nach der medizinischen Rehabilitation könnten die Rehabilitanden in Zukunft vor zu hohen Gesundheitserwartungen schützen und die Bedeutung einer längerfristigen Reha-Nachsorge hervorheben.

4.7.3 Nachhaltige Effekte der Reha

Während die kurzfristige Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation belegt ist, sind die erreichten Effekte nicht immer langfristig stabil [110]. Trotz vielfältiger Projekte und Maßnahmen, die in den letzten Jahren zur Verbesserung der Reha-Nachsorge entstanden sind, ist nach wie vor eine stärkere Integration der Nachsorge in den gesamten Rehabilitationsprozess zur nachhaltigen Sicherung des Reha-Erfolges erforderlich [20, 111]. Vielfach erhält das Thema Nachsorge in den Reha-Kliniken noch zu wenig Aufmerksamkeit und es werden längst nicht alle Patienten über mögliche Nachsorgeprogramme informiert [64].

Auch aus Sicht der Rehabilitanden am Reha-Ende stellten Nachsorgemöglichkeiten ein wichtiges Thema dar, zu welchem die Versicherten am Anfang der Reha-Maßnahme allerdings nur sehr selten einen ausreichenden Informationsstand angaben. Der Bedarf an Informationen zur Reha-Nachsorge scheint somit noch immer sehr ausgeprägt zu sein, so dass sich eine stärkere Berücksichtigung dieses Themengebiets bei der (zukünftigen) Informierung über die Reha als überaus wichtig darstellt. Dabei sollten mögliche Nachsorgeaktivitäten und ihre Bedeutung für den langfristigen Erfolg schon im Aufnahmegespräch thematisiert und in den einzelnen Therapiephasen während der Reha-Maßnahme vorbereitet werden [112]. Wichtig ist, den Versicherten zu vermitteln, dass die Reha-Maßnahme nur den Einstieg in neue gesundheitsförderliche Verhaltensweisen erleichtern kann, die eigentliche Rehabilitation nach der meist dreiwöchigen Maßnahme jedoch noch (lange) weitergeht.

Neben der klassischen Reha-Nachsorge vor Ort spielen zunehmend auch internetbasierte Nachsorge- und Kommunikationsmöglichkeiten eine bedeutende Rolle. Insbesondere im

Bereich der Psychosomatik wurden bereits viele Angebote entwickelt, mit deren Hilfe die Patienten im Anschluss an die Reha-Maßnahme weiterhin (regelmäßig) in Kontakt mit ihren Therapeuten bleiben können. Die Angebote werden von vielen Versicherten gut angenommen und scheinen den nachhaltigen Effekt der Rehabilitation zu verbessern [113-115]. Diese Entwicklung hebt noch einmal die Relevanz des Internets als Kommunikations- und Informationsmedium in der (zukünftigen) Rehabilitation hervor.

4.8 Fazit

Informationen spielen zu jedem Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess eine wichtige Rolle und können in allen Phasen der Rehabilitation Einfluss auf die aktive Mitgestaltung und Entscheidungskompetenz des Einzelnen nehmen. In dieser erstmals größeren quantitativen Erhebung zum Bedarf an Informationen über die medizinische Reha kann insgesamt ein unzureichender Informationsstand der Versicherten festgestellt werden. Die Subgruppenanalyse nach Schulabschluss macht die Subjektivität des erhobenen Informationsstandes deutlich, denn diejenigen mit dem niedrigsten Bildungsniveau fühlten sich am besten informiert. Möglicherweise fehlen hier Informationen dazu, welches Wissen in der Reha erforderlich ist. In der Zusammenschau mit dem größtenteils nicht ausreichenden Informationsstand zu bestimmten Reha-Themen sowie dem hohen Ausmaß an offenen Fragen vor Reha-Beginn, ergibt sich ein deutlicher Informationsbedarf der Rehabilitanden. Hierbei stehen vor allem inhaltliche Themen zur Reha im Vordergrund – über formale und finanzielle Rahmenbedingungen scheinen Reha-Kliniken und Rentenversicherung, die zwei wichtigsten Informationsquellen, häufiger und besser zu informieren. Das ärztliche Gespräch nimmt zwar ebenfalls eine zentrale Stellung bei der Informationsvermittlung ein, die Qualität der ärztlichen Informationen lässt jedoch zu wünschen übrig, so dass Verbesserungen der Ausbildung und Informationslage von Ärzten dringend erforderlich erscheinen.

Die wissenschaftlich beschriebene stärker ausgeprägte Lesefreude bei Frauen könnte die Bevorzugung einer Broschüre erklären, während Männer sich lieber Homepages und Videos anschauen. Aktuell empfiehlt sich eine Kombination von Informationsbroschüre und Homepage, zukünftig ist mit einer stärkeren Bedeutung des Internets bei Reha-bezogenen Informations- und Kommunikationsprozessen zu rechnen. In weiteren Studien sollten auch Subgruppenunterschiede (stärker) beleuchtet werden. So fühlten sich Rehabilitanden mit psychosomatischer Reha-Indikation in dieser Studie subjektiv stärker gesundheitlich beeinträchtigt. Sie haben möglicherweise andere Informationsbedürfnisse. Letztlich konnten aufgrund der schwierigen Übertragbarkeit internationaler Forschungsergebnisse auf die historisch gewachsenen speziellen Bedingungen des deutschen Reha-Systems sowie der insgesamt dürftigen Datenlage zu Reha-bezogenen Informationen die

Erkenntnisse dieser Studie nur eingeschränkt im Kontext anderer Forschungen betrachtet werden. Weitere Studien zur Bedeutung und sinnvollen Ausgestaltung von Informationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden dringend benötigt. Die vorliegende Arbeit liefert erste Ergebnisse und zahlreiche Fragestellungen für zukünftige Forschungen.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Patienten haben ein Recht darauf, umfassend über ihre Behandlung informiert zu werden [26], dies gilt auch für Leistungen während der medizinischen Rehabilitation. Auch wenn die Studienlage bislang unzureichend ist, gibt es Hinweise darauf, dass bei Patienten und (Haus-) Ärzten ein deutliches Wissensdefizit zur Reha vorliegt und es an leicht verständlichen und relevanten Patienteninformationen mangelt [27, 62, 66]. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da das Outcome medizinischer Maßnahmen von der Informiertheit und Gesundheitskompetenz der Patienten abhängt [43-47]. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem spezifischen Informationsbedarf von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) auseinander und analysiert den aktuellen Informationsstand sowie die erhaltenen Informationen zur medizinischen Rehabilitation.

Methodik: Es wurde eine einmalige Fragebogenerhebung als Querschnittsstudie an zwei Versichertengruppen durchgeführt. Die beiden Fragebögen wurden aus den Ergebnissen einer qualitativen Vorstudie mit Interviews, Fokusgruppen und Literaturrecherchen entwickelt. Es wurden N = 600 Versicherte mit bewilligtem Reha-Antrag vor Reha-Beginn (Gruppe Anfang) von der DRV schriftlich angeschrieben. Die Rehabilitanden am Ende der Reha (Gruppe Ende) wurden direkt in den Reha-Kliniken rekrutiert. Beide Gruppen setzen sich aus Rehabilitanden der Indikationen Orthopädie, Psychosomatik und der Inneren Medizin zusammen. Die Auswertung erfolgte vorwiegend deskriptiv.

Ergebnisse: Es konnten N = 294 Fragebögen der Gruppe Anfang und N = 388 Fragebögen der Gruppe Ende ausgewertet werden. Beide Versichertengruppen weisen einen geringen Informationsstand und einen deutlichen Bedarf an Informationen zur medizinischen Rehabilitation auf. Hierbei stehen inhaltliche Themen im Vordergrund, zu den formalen Abläufen fühlten sich die Rehabilitanden besser informiert. Die Versicherten erhielten ihre Informationen vor allem von den Reha-Kliniken, der DRV und aus dem Internet. Auch das Gespräch mit dem Arzt war von besonderer Bedeutung und wurde trotz der im Vergleich schlechten Bewertung ärztlicher Informationen vielfach für die Zukunft gewünscht. Darüber hinaus möchten die Rehabilitanden gerne in einer Broschüre (max. zehn Seiten) sowie auf einer Homepage informiert werden, beide Medien sollen verständlich und übersichtlich gestaltet sein.

Diskussion: Neue Informationsmaterialien sind notwendig, um die Entscheidungskompetenz und aktive Mitgestaltung der Rehabilitanden zu fördern. Da in der ärztlichen Praxis häufig wenig Zeit für ein ausführliches Informationsgespräch bleibt, empfiehlt sich aktuell eine Kombination aus Informationsbroschüre und Homepage, die in einfacher Sprache über wesentliche Inhalte der Reha informiert. Darüber hinaus sollte das Wissen über die medizinische Rehabilitation bei niedergelassenen Ärzten verbessert werden.

6 Verwendete Literatur

- [1] Steinke B, Philgus B (2005): *Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe*. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3., völlig neu bearbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 3-9.
- [2] Morfeld M, Koch U (2007): *Einführung in die Rehabilitation*. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München: Elsevier: 1-3.
- [3] Seidel E (2007): *Grundlagen der Rehabilitation*. In: Uhlemann C, Lange U, Seidel E (Hrsg.): Grundwissen. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren. Bern: Verlag Hans Huber: 15-23.
- [4] Schuntermann MF (1996): *Epidemiologie der Krankheitsfolgen*. In: Delbrück H, Haupt E (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg: 3-14.
- [5] Wermke M, Kunkel-Razum K, Scholze-Stubenrecht W (2007): *Duden. Das Fremdwörterbuch*. Band 5. 9., aktualisierte Auflage. Mannheim: Dudenverlag.
- [6] Gutenbrunner C (2007): *Grundlagen der Rehabilitation*. In: Gutenbrunner C, Glaesener J-J (Hrsg.): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Heidelberg: Springer Medizin Verlag: 113-34.
- [7] Koch U, Bengel J (2000): *Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften*. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag: 3-18.
- [8] Stähler T (2005a): *Ziele von Rehabilitation und Teilhabe*. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3., völlig neu bearbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 23.
- [9] Gerdes N (2007): *Ziele und Ablauf des Rehabilitationsprozesses*. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München: Elsevier: 35-43.
- [10] Gerdes N, Weis J (2000): *Zur Theorie der Rehabilitation*. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 41-68.

- [11] Hüller E, Schuntermann MF (2005): *Behinderung/chronische Krankheit und Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3., völlig neu bearbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 12-22.
- [12] Mau W (2007): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München: Elsevier: 16-20.
- [13] Gutenbrunner C, Glaesener J-J (2007): *Diagnostik in der Rehabilitation*. In: Gutenbrunner C, Glaesener J-J (Hrsg.): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Heidelberg: Springer Medizin Verlag: 135-48.
- [14] Vogel H (1996): *Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation*. In: Delbrück H, Haupt E (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg: 91-106.
- [15] Schönle PW (2003): *Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation*. Die Rehabilitation 42: 261-8.
- [16] Zschorlich B, Knelangen M, Bastian H (2011): *Die Entwicklung von Gesundheitsinformationen unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*. Das Gesundheitswesen 73: 423-9.
- [17] Dirmaier J, Härter M (2011): *Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54: 411-9.
- [18] Glaser-Möller N, Thiele B (2008): *Rehabilitation und Wiedereingliederung - der Rehabilitand im Mittelpunkt. Einführung in das Thema*. In: Deck R, Glaser-Möller N, Remé T (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung. Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Lage: Jacobs-Verlag: 13-6.
- [19] Buschmann-Steinhage R (2014): *Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung: Aktueller Stand*. In: Deck R, Glaser-Möller N (Hrsg.): Reha-Nachsorge. Aktuelle Entwicklungen. Lage: Jacobs-Verlag: 19-34.
- [20] Weinbrenner S (2014): *Wie könnte eine erfolgreiche Rehabilitation künftig aussehen?* In: Deck R, Glaser-Möller N (Hrsg.): Reha-Nachsorge. Aktuelle Entwicklungen. Lage: Jacobs-Verlag: 165-77.

- [21] Stähler T (2005b): *Das gegliederte System der Rehabilitation*. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*. 3., völlig neu bearbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 62-7.
- [22] Schliehe F, Sulek C (2007): *Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe*. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. München: Elsevier: 6-16.
- [23] Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Band 3. Berlin.
- [24] Sozialgesetzbuch VI: §9 *Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe*. Verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/9.html> (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [25] Stähler T (2005c): *Wichtige Handlungsprinzipien von Rehabilitation und Teilhabe*. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *Rehabilitation und Teilhabe. Ein Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*. 3., völlig neu bearbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 24-7.
- [26] Bundesministerium der Justiz (2013): *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013. Teil I. Nr 9. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- [27] Höder J, Deck R (2014): *Vorbereitung auf die Reha: Was wissen Rehabilitanden über die Rehabilitation? Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien*. Verfügbar unter: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_hoeder.pdf (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [28] Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Fachbereich Patienteninformation und Patientenbeteiligung (2010): *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104: 66-8.
- [29] Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I (2005): *Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99: 343-51.
- [30] Mühlhauser I, Lenz M (2008): *Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen?* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 102: 223-30.
- [31] Sängler S, Lang B, Klemperer D, Thomeczek C, Dierks M-L (2006): *Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformation*. äzq Schriftenreihe. Band 25. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.
- [32] Langer I (1983): *Verständlich informieren - ein Beispiel empirischer Forschung*. In: Fittkau B (Hrsg.): *Pädagogisch-psychologische Hilfen für Erziehung, Unterricht und Beratung*. Paderborn: Agentur Pedersen: 378-401.

- [33] Höder J (1982): *Theorien und Konzepte. Den Kranken verständlich informieren.* Prävention 5: 35-8.
- [34] Currie K, Spink J, Rajendran M (2000): *Well-Written Health Information: A Guide.* Melbourne, Victoria: Department of Human Services Victoria.
- [35] Sängler S, Nickel J, Huth A, Ollenschläger G (2002): *Gut informiert über Gesundheitsfragen, aber wie?* Das Gesundheitswesen 64: 391-7.
- [36] Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M, Ziese T (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- [37] Netzwerk Leichte Sprache: *Die Regeln für Leichte Sprache.* Verfügbar unter: http://www.leichtesprache.org/images/Regeln_Leichte_Sprache.pdf (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [38] Inclusion Europe: *Informationen für alle. Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht.* Verfügbar unter: https://www.3way.ch/index.cfm?action=act_getfile&doc_id=100067 (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [39] Köpke S, Berger B, Steckelberg A, Meyer G (2005): *In Deutschland gebräuchliche Bewertungsinstrumente für Patienteninformationen - eine kritische Analyse.* Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99: 353-7.
- [40] Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2010): *What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria.* Patient Education and Counseling 78: 316-28.
- [41] Hoffmann T, Worrall L (2004): *Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals.* Disability and Rehabilitation 26: 1166-73.
- [42] Trevena LJ, Davey HM, Barratt A, Butow P, Caldwell P (2006): *A systematic review on communicating with patients about evidence.* Journal of Evaluation in Clinical Practice 12: 13-23.
- [43] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M (2011): *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review.* Evidence Report/Technology Assessment. No. 199. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 11-E006.
- [44] Soellner R, Huber S, Lenartz N, Rudinger G (2009): *Gesundheitskompetenz - ein vielschichtiger Begriff.* Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 17: 105-13.

- [45] Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J (2009): *Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology*. Health Education & Behavior 36: 860-77.
- [46] DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP (2004): *Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature*. Journal of General Internal Medicine 19: 1228-39.
- [47] Wu JR, Holmes GM, DeWalt DA, Macabasco-O'Connell A, Bibbins-Domingo K, Ruo B, Baker DW, Schillinger D, Weinberger M, Broucksou KA, Erman B, Jones CD, Cene CW, Pignone M (2013): *Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure*. Journal of General Internal Medicine 28: 1174-80.
- [48] Levasseur M, Carrier A (2010): *Do rehabilitation professionals need to consider their clients' health literacy for effective practice?* Clinical Rehabilitation 24: 756-65.
- [49] Bitzer EM, Spörhase U (2015): *Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 983-8.
- [50] World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [51] Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012): *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health 12: 1-13.
- [52] Messer M, Vogt D, Quenzel G, Hurrelmann K, Schaeffer D (2015): *Wie bewerten Bürger in Deutschland ihre eigene Health Literacy?* Das Gesundheitswesen 77: 284-5.
- [53] Jordan S, Hoebel J (2015): *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 942-50.
- [54] Buchholz I, Kohlmann T (2013): *Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation – Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland*. Die Rehabilitation 52: 75-85.
- [55] Wade DT (2009): *Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how*. Clinical Rehabilitation 23: 291-5.
- [56] Siegert R, Taylor W (2004): *Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation*. Disability and Rehabilitation 26: 1-8.

- [57] Walz D, Weidmann A (2009): *Patientenorientierte Rehabilitation - komplexes Management an der Schnittstelle zwischen Erkrankung und Funktionalität - eine Fallstudie*. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 19: 340-8.
- [58] Barnes MP, Ward AB (2005): *Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- [59] Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009): *Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt*. Die Rehabilitation 48: 128-34.
- [60] Deck R (2006): *Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Die Motivationseinschätzung von Patienten und ihren behandelnden Ärzten und ihr jeweiliger Einfluss auf die Rehabilitationsergebnisse*. In: Nübling R, Muthny FA, Bengel J (Hrsg.): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Bern: Verlag Hans Huber: 76-95.
- [61] Pohontsch N, Deck R, Höder J, Schönrock-Nabulsi P, Meyer T (2009): *Der Rehabilitanden-Informationstag - Ein rehabilitandenzentriertes Programm zur Zielorientierung der medizinischen Rehabilitation*. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *DRV-Schriften. Band 83 zum 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium*: 60-1.
- [62] Höder J, Deck R (2015): *Informationstexte für Rehabilitanden sind schwer verständlich*. Die Rehabilitation 54: 178-83.
- [63] Deck R, Raspe H (2006a): *Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein – Initiative und Erprobung*. Die Rehabilitation 45: 146-51.
- [64] Deck R, Raspe H (2006b): *Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein – Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken*. Die Rehabilitation 45: 272-81.
- [65] Deck R, Träder J-M, Raspe H (2009): *Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit*. Die Rehabilitation 48: 73-83.
- [66] Walther AL, Pohontsch N, Deck R (2015): *Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten*. Das Gesundheitswesen 77: 362-7.
- [67] Schubert M, Fiala K, Grundke S, Parthier K, Behrens J, Klement A, Mau W (2012): *Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten*. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 22: 264-70.

- [68] Pohontsch N, Welti F, Raspe H, Meyer T (2013): *Das Wunsch- und Wahlrecht des §9 SGB IX bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung*. Das Gesundheitswesen 75: 440-7.
- [69] Träder J-M (2007): *Rehabedarf aus Hausarztsicht*. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 78: 184-6.
- [70] Korzilius H (2009): *Hausärztliche Versorgung: Am Lotsen führt kein Weg vorbei*. Deutsches Ärzteblatt 106: 2132.
- [71] Pohontsch N, Deck R (2011): *Schnittstellenproblematik in der rehabilitativen Versorgung*. Neuroreha 3: 114-9.
- [72] Pohontsch N, Träder J-M, Scherer M, Deck R (2013): *Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung*. Die Rehabilitation 52: 322-8.
- [73] Pohontsch N, Deck R (2010): *Überwindung von "Schnittstellenproblemen" in der medizinischen Rehabilitation*. Monitor Versorgungsforschung 6: 40-3.
- [74] Mau W (2010): *Vernetzung als Forschungsgegenstand und Qualitätsmerkmal der Rehabilitation*. Die Rehabilitation 49: 368-75.
- [75] Dunkelberg S, van den Bussche H (2004): *Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht*. Die Rehabilitation 43: 33-41.
- [76] Deck R, Heinrichs K, Koch H, Kohlmann T, Mittag O, Peschel U, Ratschko KH, Welk H, Zimmermann M (2000): *„Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten*. Das Gesundheitswesen 62: 431-6.
- [77] Deck R (2003): *Welche Reha-Informationen erhalten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und welchen Einfluss haben diese auf die rehabilitationsbezogenen Erwartungen bzw. die Rehabilitationsergebnisse?*
In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV-Schriften. Band 40 zum 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium: 359-61.
- [78] Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): *Rehabilitation - Was erwartet mich dort?* Band 10. Berlin.
- [79] Höder J, Deck R (2014): *Vorbereitung auf die Reha: Auswirkungen leichtverständlicher Informationen*. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV-Schriften. Band 103 zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium: 231-2.
- [80] Widera T, Bonn V, Klosterhuis H (2011): *Nutzen Rehabilitanden das Internet zur Vorbereitung auf die Rehabilitation?* RVaktuell 8: 243-250.

- [81] Mittag O, Grande G (2008): *PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive*. Die Rehabilitation 47: 98-108.
- [82] Mayring P (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10., neu ausgestattete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- [83] Pohontsch N, Meyer T (2015): *Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten*. Die Rehabilitation 54: 53-9.
- [84] Prüfer P, Rexroth M (2005): *Kognitive Interviews*. ZUMA How-to-Reihe. Band 15. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- [85] Walther AL, Schreiber D, Deck R (2015): *Gut informiert in die Reha? Welche Informationen haben Rehabilitanden vor Antritt und am Ende ihrer Reha erhalten, gesucht und vermisst? Ergebnisse leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen*. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 25: 319-24.
- [86] Walther AL, Schreiber D, Falk J, Deck R (2017): *Subjektiver Informationsstand und Informationsbedürfnisse von Versicherten mit bewilligtem Rehabilitationsantrag und Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung*. Die Rehabilitation 56: 240-7.
- [87] Abel T, Sommerhalder K (2015): *Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 923-9.
- [88] Richter M, Schmid-Ott G, Muthny FA (2011): *Informationsvermittlung und Partizipation aus Sicht von psychosomatischen Rehabilitanden. Ausprägung und Zusammenhänge mit Zufriedenheit und Reha-Outcome*. Psychiatrische Praxis 38: 237-43.
- [89] Horch K, Wirz J (2005): *Nutzung von Gesundheitsinformationen*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48: 1250-5.
- [90] Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Messer M, Quenzel G, Hurrelmann K (2016): *Health Literacy in Deutschland*. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Göttingen: Hogrefe: 2-14.
- [91] Grotlüschen A, Riekman W, Buddeberg K (2012): *Hauptergebnisse der leo. – Level-One Studie*. In: Grotlüschen A, Riekman W (Hrsg.): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der ersten leo – Level-One Studie*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann: 13-53.

- [92] Aust B (1994): *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. P94-201. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- [93] Pennekamp PH, Diedrich O, Schmitt O, Kraft CN (2006): *Prävalenz und Stellenwert der Internetnutzung orthopädischer Patienten*. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 144: 459-63.
- [94] Latzer M, Büchi M, Just N (2015): *Internet-Anwendungen und deren Nutzung in der Schweiz 2015*. Themenbericht aus dem World Internet Project – Switzerland 2015. Zürich: Universität Zürich.
- [95] Lerch M, Dierks M-L (2001): *Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität*. In: Dierks M-L, Bitzer E-M, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkewitz A, Siebeneick S, Schwartz F-W (Hrsg.): *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg: 119-45.
- [96] Richter M, Schmid-Ott G, Leicht R, Muthny FA (2011): *Wahrgenommene Informationsvermittlung und Partizipation von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation – Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit*. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 21: 126-30.
- [97] Raspe H, Ekkernkamp M, Matthis C, Raspe A, Mittag O (2005): *Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie*. Die Rehabilitation 44: 325-34.
- [98] Deck R (2008): *Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation*. Das Gesundheitswesen 70: 582-9.
- [99] Philipp M, Garbe C (2007): *Lesen und Geschlecht - empirisch feststellbare Achsen der Differenz*. Verfügbar unter: http://www.nwsb.ch/dokumente/lesen_und_geschlecht.pdf (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [100] Hiepe T (2010): *Das Leseverhalten von Jungen und Mädchen. Forschungsergebnisse, Erklärungsansätze und Konsequenzen des geschlechtsspezifischen Leseverhaltens*. Verfügbar unter: <http://www.grin.com/de/e-book/166155/das-leseverhalten-von-jungen-und-maedchen> (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- [101] Van den Bussche H, Dunkelberg S (2003): *Wer sollte über Anträge zur medizinischen Rehabilitation entscheiden? Eine kritische Betrachtung der Vorschläge des Sachverständigenrates*. Die Rehabilitation 42: 350-3.

- [102] Mau W, Kawski S, Lay W, Morfeld M, Schwarzkopf SR, Uhlmann A (2010): *Erfordernisse der Ausbildung zur Rehabilitation in der humanmedizinischen Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)*. Die Rehabilitation 49: 114-9.
- [103] Schmidt S, Bergelt C, Deck R, Krischak G, Morfeld M, Michel M, Schwarzkopf SR, Spyra K, Walter S, Mau W (2017): *Aktuelle Entwicklungen der rehabilitationsbezogenen Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland: Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015*. Die Rehabilitation 56: 47-54.
- [104] Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB (2010): *Can this patient read and understand written health information?* Journal of the American Medical Association 304: 76-84.
- [105] Floer B, Schnee M, Böcken J, Streich W, Kunstmann W, Isfort J, Butzlaff M (2004): *„Shared Decision Making“ – Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive*. Medizinische Klinik 99: 435-40.
- [106] Smith F, Carlsson E, Kokkinakis D, Forsberg M, Kodeda K, Sawatzky R, Friberg F, Öhlén J (2014): *Readability, suitability and comprehensibility in patient education materials for Swedish patients with colorectal cancer undergoing elective surgery: A mixed method design*. Patient Education and Counseling 94: 202-9.
- [107] Heim N, Faron A, Fuchs J, Martini M, Reich RH, Löffler K (2017): *Die Lesbarkeit von onlinebasierten Patienteninformationen in der Augenheilkunde*. Der Ophthalmologe 114: 450-6.
- [108] Wang SW, Capo JT, Orillaza N (2009): *Readability and Comprehensibility of Patient Education Material in Hand-Related Web Sites*. The Journal of Hand Surgery 34: 1308-15.
- [109] Deck R, Hofreuter-Gätgens K (2016): *Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59: 245-51.
- [110] Haaf H-G (2005): *Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation*. Die Rehabilitation 44: 259-76.
- [111] Köpke K-H (2005): *Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung*. Die Rehabilitation 44: 344-52.
- [112] Deck R, Schramm S, Hüppe A (2012): *Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell?* Die Rehabilitation 51: 316-25.
- [113] Buschmann-Steinhage R (2017): *Trends in der medizinischen Rehabilitation. Angebotsstruktur und Zielgruppen*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 60: 368-77.

- [114] Kordy H, Theis F, Wolf M (2011): *Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. Mehr Nachhaltigkeit durch Internet-vermittelte Nachsorge*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54: 458-64.
- [115] Zimmer B, Moessner M, Kordy H (2010): *Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung*. Die Rehabilitation 49: 301-7.

7 Anhang

Anhang 1: Leitfaden der telefonischen Interviews mit Gruppe Anfang

Formulierungen/Fragen	Thema
<p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich Zeit genommen haben, um mit mir heute dieses Gespräch zu führen. Wir haben bereits telefoniert um diesen Termin zu vereinbaren: Mein Name ist Anna Walther und ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Wir interessieren uns dafür, welche Informationen Versicherte der DRV mit einem bewilligten Reha-Antrag über die medizinische Rehabilitation erhalten haben.</p> <p>Sie sagen zu jeder Frage, dass was Sie gerade denken. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, müssen Sie dies auch nicht tun.</p> <p>Alle Angaben, die Sie machen, werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Alles, was ich während unseres Gesprächs erfahre, bleibt unter uns. D.h. die deutsche Rentenversicherung und die Reha-Klinik, in die Sie fahren werden, werden nicht erfahren, was Sie mir in diesem Gespräch erzählt haben. Damit ich mich ganz auf unser Gespräch konzentrieren kann, würde ich das Gespräch gerne auf Tonband aufnehmen.</p> <p>Haben Sie noch Fragen?</p> <p><i>Ich habe das Aufnahmegerät jetzt angeschaltet.</i></p>	<p>Einleitung</p>
<p>Zum Einstieg habe ich ein paar allgemeine Fragen an Sie:</p> <p>Ich würde Sie bitten mir zu erzählen,</p> <p>Wie alt Sie sind,</p> <p>Welchen Schulabschluss Sie haben und</p> <p>Was Sie beruflich machen. Arbeiten Sie zurzeit Vollzeit oder Teilzeit?</p> <p><i>Wie viele Stunden arbeiten Sie?</i></p> <p>(Leben Sie alleine oder mit Partner/Partnerin zusammen?)</p>	<p>Soziodemografischer Hintergrund</p>
<p>Als Nächstes würde ich Sie bitten, mir zu berichten, aus welchen gesundheitlichen Gründen Sie einen Reha-Antrag gestellt haben und wer die Idee hierzu hatte? <i>Arzt- noch jmd. anderes?</i> Wann beginnt Ihre Reha?</p>	<p>Grund für den Reha-Antrag</p>

<p>Als Ihr Arzt Ihnen die Reha empfohlen hat/Sie mit ihm über den Reha-Antrag gesprochen haben: Was hat er Ihnen erzählt, warum Sie einen Reha-Antrag stellen sollten?</p> <p>Welche Informationen hat Ihr Arzt Ihnen über die Reha gegeben? Was hat er Ihnen zur Reha erzählt? <i>Ziel/Inhalt/Therapien/Nachsorge</i></p> <p>Haben Sie ihn nach (weiteren) Informationen gefragt? Wonach haben Sie gefragt?</p> <p><i>Zum Ziel der Reha, Inhalt, Therapien, Nachsorge</i></p> <p>Wie verständlich waren diese Informationen für Sie? <i>Ausreichend? Inhaltlich zufrieden?</i></p> <p><i>Hat er Ihnen auch noch weitere Informationen gegeben, die Sie gar nicht direkt nachgefragt haben? Wenn ja, welche? Wie fanden Sie diese? Nützlich, verständlich?</i></p> <p>Außer von Ihrem Arzt, haben Sie noch weitere Informationen erhalten? <i>Von wem?</i></p> <p>Haben Sie selbstständig nach Infos gesucht? Nach welchen Informationen haben Sie gesucht? <i>Zu welchen Themen? Wo? Wie? Internet? Website der Reha-Klinik?</i></p> <p>Wie bewerten Sie diese Informationen? <i>Haben Sie Ihnen weitergeholfen? Fragen beantwortet? Hilfreich? Verständlich?</i></p>	<p>Nachgefragte und erhaltene Informationen</p>
<p>Wussten Sie von Beginn an: Wer die Kosten für Ihre Reha übernimmt?</p> <p>Wo Sie den Antrag hinschicken müssen?</p> <p><i>Wenn ja: Woher/Von wem Infos erhalten?</i></p> <p>Beim Ausfüllen des Reha-Antrags-Formulars, haben Sie da Unterstützung erhalten?</p> <p><i>Wenn ja: Wer hat Sie unterstützt?</i></p> <p><i>Wenn nein: Hätten Sie sich Unterstützung gewünscht Von wem?</i></p> <p>Kennen Sie die Servicestellen der DRV? <i>Hat Sie jmd. darauf hingewiesen?</i></p>	<p>Unterstützung formale Aspekte/ Servicestellen</p>
<p>DRV BUND Versicherte:</p> <p>Von der DRV haben Sie in dem Bewilligungsschreiben eine Broschüre über die Reha erhalten? Haben Sie sich diese angeschaut? <i>Haben Sie diese gelesen?</i></p> <p><i>Wenn nein: Warum nicht? Haben Sie noch vor in die Broschüre zu schauen, bevor Sie zur Reha fahren?</i></p> <p><i>Wenn ja: Was haben Sie darin gelesen? Wie hat die Broschüre Ihnen gefallen? Verständlich geschrieben? Interessante/hilfreiche Infos bekommen? Was würden Sie an der Broschüre verbessern?</i></p> <p>Hätten Sie lieber andere Informationen erhalten? Wenn ja, welche?</p>	<p>Broschüre DRV Bund</p>

<p>DRV NORD Versicherte:</p> <p>Von der DRV haben Sie in dem Bewilligungsschreiben ein Merkblatt erhalten. Haben Sie dieses gelesen?</p> <p><i>Wenn nein:</i> Warum nicht? Haben Sie noch vor das Merkblatt zu lesen, bevor Sie zur Reha fahren?</p> <p><i>Wenn ja:</i> Was haben Sie darin gelesen? Hat Ihnen das Merkblatt geholfen? Wie hat es Ihnen gefallen? Verständlich geschrieben? Interessante/hilfreiche Infos bekommen?</p> <p>Hätten Sie lieber andere Informationen erhalten? Wenn ja, welche?</p>	<p>Mitteilungsblatt DRV Nord</p>
<p>Mit welchen Erwartungen fahren Sie jetzt zur Reha? <i>Wie sollen sie Ihnen helfen?</i></p> <p>Welches Ziel möchten Sie mit Hilfe/durch die Reha erreichen?</p> <p>Wie glauben Sie, können Sie dieses Ziel erreichen? <i>Wovon ist es abhängig, dass Sie dieses Ziel erreichen? Und wie schätzen Sie Ihren eigenen Anteil für den Erfolg der Reha ein? Was müssen Sie selber dafür tun?</i></p> <p>Wie stellen Sie sich einen typischen Tag in der Reha vor? Welche Arten von Therapien werden Sie haben? <i>Was werden Sie den ganzen Tag tun?</i></p> <p>Haben Sie schon Vorsätze, was Sie in und nach der Reha umsetzen wollen? Haben Sie sich schon Gedanken über die Zeit nach der Reha gemacht? <i>Haben Sie Ideen, was Sie nach der Reha für Ihre Gesundheit tun könnten? Wollen Sie in der Reha etwas beginnen/herausfinden, was Sie nach der Reha fortsetzen wollen?</i></p>	<p>Erwartungen an die Reha/ Vorstellungen von der Reha</p>
<p>Mit welchem Gefühl der Vorbereitung fahren Sie zur Reha?</p> <p><i>Fühlen Sie sich ausreichend vorbereitet/informiert für die Zeit der Reha? Oder unsicher/mulmiges Gefühl?</i></p> <p>Wie schätzen Sie Ihren eigenen Informationsstand zum Thema Reha ein?</p> <p><i>Welche Ziele können Sie erreichen?</i></p> <p>Fehlen Ihnen noch wichtige Informationen?</p> <p><i>Wenn ja: Welche? Und wie haben Sie vor, diese Informationen noch zu bekommen?</i></p>	<p>Selbsteingeschätzter Informationsstand</p>
<p>Würden Sie sich wünschen, von anderen Personen oder Institutionen Informationen über die Reha zu bekommen? <i>Von wem?</i></p> <p>Wie würden Sie gerne über die Reha informiert werden? Was würden Sie sich wünschen? Inhaltlich und Art und Weise/Gestaltung? <i>Broschüre? Website? Unterschiedliche Informationen für Frauen und Männer, für jüngere und ältere Personen?</i></p> <p>Fänden Sie es interessant zu hören, was Personen berichten, die schon einmal in der Reha waren? Was würde Sie daran interessieren?</p>	<p>Wunsch nach weiteren Informationen</p>

<p>Haben Sie auch Informationen auf der Website der DRV gesucht? Wonach? Haben Sie gefunden wonach Sie gesucht haben? Waren die Informationen hilfreich? <i>Konnten Sie ihre Frage beantworten?</i> <i>Gut zu lesen? Verständlich geschrieben?</i> Wie hat Ihnen die Website generell gefallen? Würden Sie diese Website in Zukunft nutzen? Wofür?</p>	Website DRV
<p>Zum Schluss würde ich gerne noch wissen, ob Sie irgendwelche Befürchtungen/Bedenken/Sorgen/Ängste in Bezug auf die bevorstehende Reha haben?</p>	Befürchtungen?
<p>Haben Sie noch irgendetwas, was Sie gerne zum Thema medizinische Reha loswerden wollen? Fragen/Anmerkungen?</p>	Offene Fragen

Anhang 2: Leitfaden der Fokusgruppen mit Gruppe Ende

Formulierungen/Fragen	Thema
<p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie heute hierhergekommen sind und an dieser Gesprächsrunde teilnehmen. Mein Name ist Anna Walther und ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin der Uni Lübeck. Meine Kollegin, die mich heute bei dem Gruppengespräch unterstützt, ist Dora Schreiber. Sie schreibt am Institut für Sozialmedizin ihre Doktorarbeit. In unserer Forschungsarbeit beschäftigen wir uns mit dem Thema Informationen und Vorbereitung auf die Rehabilitation.</p> <p>Wir werden diese Gruppe moderieren, also selbst nicht an der Diskussion teilnehmen.</p>	<p>Begrüßung/ Einführung</p>
<p>Warum sind wir heute zusammengekommen? Wir möchten gerne erfahren, welche Informationen Sie vor Beginn Ihrer Reha erhalten haben, welche Informationen Sie genutzt haben und wie Sie diese rückblickend bewerten. Wir werden dies für drei verschiedene Phasen besprechen. Zunächst wie es vor und während der Antragsstellung war, dann dem Zeitraum zwischen der Bewilligung und bevor Sie hierher gefahren sind und aus der Sichtweise, die Sie heute haben – also am Ende der Reha. Im Gespräch bitten wir Sie jeweils nur zu diesem Zeitpunkt etwas zu sagen. Zu den anderen kommen wir dann ja im Laufe unseres Gesprächs automatisch.</p> <p>Unser Ziel ist es, Empfehlungen für Informationen zum Thema Reha zu erarbeiten, die den Wünschen und Bedürfnissen von Rehabilitanden entsprechen. Z. B. was ist schon gut? Was fehlt noch? Deshalb sind wir heute zu diesem Gruppengespräch zusammengekommen.</p>	<p>Ziel der Gruppe</p>

<p>Kurz etwas zum Ablauf des Gruppengesprächs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. 2) Alles, was wir hier besprechen, wird selbstverständlich vertraulich behandelt. Uns geht es nur um die Inhalte dieser Gesprächsrunde, nicht darum, wer was gesagt hat. 3) Jede/r soll sich so äußern können, wie er/sie es für richtig hält. Daher sollten wir die Vereinbarung treffen, dass alles was hier gesagt wird, in dieser Gruppe bleibt und nicht nach außen getragen wird. 4) Außerdem ist es uns wichtig zu betonen, dass es hier keine richtigen oder falschen Aussagen gibt. Unser Ziel ist es, Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen zu erfahren. Alle persönlichen Ansichten und Erfahrungen sind für uns wichtig und wertvoll. 5) Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Tonband aufnehmen, damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können und nicht durch mitschreiben abgelenkt sind. Alle Angaben werden anonym behandelt. Wenn wir das Gespräch abschreiben, ersetzen wir Ihren Namen durch einen Buchstaben. In unseren Ergebnisberichten werden keine Namen genannt. Dennoch werden wir uns ab und an ein paar Notizen machen und meine Kollegin wird sich auch aufschreiben, in welcher Reihenfolge Sie gesprochen haben. Das hilft uns nachher die Tonbandaufnahme abzuschreiben. 6) Um uns später das Abschreiben des Tonbandes ebenfalls zu erleichtern, bitten wir Sie, laut und deutlich zu sprechen. Wichtig ist auch, dass zu einem Zeitpunkt nur ein Teilnehmer der Gruppe spricht. 7) Bitte schalten Sie Ihre Handys aus oder auf lautlos. <p>Haben Sie noch Fragen? Ist Ihnen noch irgendetwas unklar? <i>Tonband einschalten!</i></p>	Ablauf/ Gruppenregeln
<p>Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Dazu bitte ich Sie, sich kurz vorzustellen: Wie Sie heißen, wie alt Sie sind, welchen Schulabschluss Sie haben und was Sie beruflich machen. Ich werde einfach mal beginnen...</p>	Vorstellungsrunde

Inhaltliches	
Vor Reha-Antragsstellung	
<p>Wenn Sie an die Zeit zurückdenken als Sie ihren Reha-Antrag gestellt haben:</p> <p>Wer hat Ihnen die Teilnahme an der Reha empfohlen? Und was hat die Person Ihnen gesagt, wieso Sie einen Reha-Antrag stellen sollten?</p> <p>Der Arzt/die Ärztin, der/die Sie bei ihrem Antrag unterstützt hat, welche Informationen haben Sie von ihm/ihr über die Reha erhalten?</p> <p>Haben noch andere Ämter/Institutionen/Personen (Freunde, Bekannte, Kollegen) Ihnen Informationen zur Reha gegeben, bevor Sie oder während Sie den Antrag gestellt haben? Welche Informationen haben Sie hier erhalten?</p> <p>Kennt jemand von Ihnen die Gemeinsamen Reha-Servicestellen? Hat jemand Kontakt mit diesen gehabt?</p> <p><i>Nachhaken:</i> Wenn Sie sich erinnern, was für Informationen Sie erhalten haben, waren das eher Informationen, wie man einen Antrag stellt/welche Formulare Sie ausfüllen müssen oder Infos dazu, was eine Reha ist, was in der Reha geschieht? (Formalien/Ablauf des Antrags vs. inhaltliche Informationen?)</p>	Wer hat worüber informiert?
<p>Die Informationen, die Sie erhalten haben, waren diese für Sie verständlich?</p> <p>Waren die Informationen ausreichend für Sie? Sind Ihnen zu diesem Zeitpunkt noch Dinge unklar geblieben? Welche?</p>	Bewertung der Verständlichkeit
<p>Haben Sie sich zu diesem Zeitpunkt selbstständig noch weitere Informationen gesucht?</p> <p>Wenn ja, wie/wo? Nach welchen Themen haben Sie gesucht?</p> <p>Wenn nein, warum nicht?</p>	Selbstständig nach Infos gesucht?
<p>Wenn Sie keine/wenig Informationen hatten, hat es Sie gestört, dass Sie im Vorfeld der Reha keine/kaum Informationen bekommen haben? Mit welchen Gedanken und Erwartungen haben Sie den Reha-Antrag ausgefüllt? Welche Beweggründe hatten Sie? Was haben Sie sich von der Reha versprochen?</p>	Keine Infos erhalten
Nach Reha-Bewilligung und vor Reha-Antritt	
<p>Als Sie dann Ihre Bewilligung der Reha erhalten haben, haben Sie dann noch einmal weitere oder andere Informationen erhalten?</p> <p>Von wem haben Sie diese erhalten? Zu welchen Themen?</p>	Weitere Infos erhalten?

<p>Haben Sie mit ihrem Arzt über die Bewilligung und die anstehende Reha gesprochen? Was hat der Arzt/die Ärztin Ihnen erzählt? Waren die Informationen für Sie verständlich? Haben Ihnen die Infos für die Reha geholfen?</p>	<p>Infos vom Arzt</p>
<p>Sie haben bei Ihrer Bewilligung auch Informationen von Ihrer DRV über die Reha erhalten. An was können Sie sich erinnern? Haben Sie die Infos gelesen? Wie verständlich waren diese Informationen für Sie? Haben Ihnen die Infos geholfen?</p>	<p>Infos von der DRV</p>
<p>Haben Sie dann selber (noch einmal) nach Informationen gesucht? Wenn ja, wie/wo? Nach welchen Themen haben Sie gesucht? <i>Nachhaken:</i> Website der Reha-Klinik? Website der DRV? Wonach haben Sie geguckt?</p>	<p>Selbstständig nach Infos gesucht?</p>
<p>Als Sie hierher gefahren sind: Welches Gefühl hatten Sie? Wie gut oder schlecht fühlten Sie sich auf die Reha vorbereitet? Fühlten Sie sich ausreichend informiert, was in den kommenden Wochen auf Sie zukommt oder waren Sie sich unsicher? Mit welchem Ziel und mit welchen Erwartungen sind Sie in die Reha gefahren? <i>Nachhaken:</i> Hatten Sie das Gefühl, Sie sind gut informiert und wissen was auf Sie zukommt oder fühlten Sie sich eher unsicher, was von Ihnen erwartet wird?</p>	<p>Bewertung des eigenen Informationsstandes bei Reha-Antritt</p>
<p>Am Ende der Reha</p>	
<p>Jetzt stehen Sie am Ende Ihrer Reha: Wenn Sie sich jetzt die Informationen, die Sie vor der Reha hatten, noch einmal ins Gedächtnis rufen und überlegen, was Sie hier in der Reha gemacht haben: Wie bewerten Sie rückblickend die Informationen, die Sie hatten? Haben sich die Informationen, die Sie vorher hatten, hier bestätigt? Waren die Informationen nützlich? Verständlich? Vollständig/Ausreichend? Gab es einen Moment in der Reha, in dem Sie gerne mehr Infos gehabt hätten? Wo Sie dachten: Das hätte ich gerne vorher gewusst. Welche Gelegenheit war das?</p>	<p>Bewertung der Infos am Ende der Reha</p>

<p>Hätten Sie sich rückblickend andere/weitere/ausführlichere Informationen vor dem Stellen des Reha-Antrages oder dem Reha-Antritt gewünscht? Welche?</p> <p>Haben Sie Informationen vermisst, die Ihnen in der Reha geholfen hätten? Über welche Themen wären Sie gerne mehr informiert worden? Von wem und in welcher Form wären Sie gerne informiert worden? Schriftlich, mündlich, auf einer Internetseite?</p> <p>Was wie sieht Ihre Wunschvorstellung aus? Wie und welche Infos hätten Sie gerne gehabt?</p>	<p>Wunsch nach (anderen) Infos</p>
<p>Was meinen Sie: Wird der Therapieerfolg der Reha größer, wenn man viele Infos über die Reha hat? Also wenn man Ziel, Inhalt und Ablauf der Reha kennt, bevor man hierher fährt? Könnte es sein, dass Sie dann weniger Zeit gebraucht hätten, um hier anzukommen und sich hier einzufinden? Hätten Sie dann gleich mit der Reha starten können?</p>	<p>Auswirkungen von Infos</p>
<p>Wenn Sie alle Infos über die Reha gehabt hätten, die Sie jetzt über die Reha haben, hätte das etwas an Ihrer Entscheidung, eine Reha zu beantragen, geändert? Wenn ja, warum? Was hätten Sie stattdessen gemacht?</p>	<p>Entscheidung für/gegen eine Reha</p>
<p>Falls noch ausreichend Zeit vorhanden (min. 20 Min.): Broschüre „Rehabilitation – Was erwarte mich dort?“</p>	
<p>Zuletzt möchten wir Ihnen gerne noch eine Broschüre zeigen und fragen: Wie Sie Ihnen gefällt?</p> <p>Wir haben an dieser Broschüre nicht mitgearbeitet. Sie können also ganz offen und ehrlich Ihre Meinung sagen.</p> <p>Wir haben hierfür einen kleinen Zettel vorbereitet, auf dem vier Fragen stehen (Was gefällt Ihnen? Was nicht?). Sie können den Zettel nutzen, um Ihre Gedanken aufzuschreiben. Wir würden Ihnen jetzt 10 Minuten Zeit geben, sich einen Eindruck von der Broschüre zu machen. Blättern Sie einfach mal durch, gucken Sie sich das Inhaltsverzeichnis an. Was könnte Sie interessieren? Wenn Ihnen etwas gefällt, lesen Sie vielleicht einen Absatz. Am Ende wollen wir dann gemeinsam besprechen, wie Ihnen die Broschüre gefällt.</p>	<p>Broschüre ansehen (10 Min.)</p>
<p>Erster Eindruck, ganz spontan, was ist Ihnen in den Kopf gekommen? Wie gefällt Ihnen die Broschüre? Lädt die Broschüre Sie zum Lesen ein? Würden Sie die zu Hause lesen? Was würden Sie verbessern?</p>	<p>Besprechung der Broschüre (10 Min.)</p>

Abschluss	
Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu er/sie bisher nicht zu gekommen ist? Haben wir irgendetwas zu den Informationen, die Sie sich über die Reha wünschen, noch nicht bedacht?	Offene Themen
Bedanken und Verabschiedung	Abschluss

Anhang 3: Fragebogen der Gruppe Anfang

ID:



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE



Deutsche
Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation – Was möchten Sie wissen?

Haben Sie Fragen zur Studie? Sind Sie sich unsicher, wie Sie eine Frage im Fragebogen beantworten sollen?
Als Mitarbeiterin der Studie helfe ich Ihnen gerne weiter. Ich beantworte Ihnen gerne Ihre Fragen oder helfe beim Ausfüllen des Fragebogens.
Meine Telefonnummer ist 0451 - 500 5875
Ich freue mich, dass Sie uns in unserer Studie unterstützen!
Anna Walther

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

viele Personen fahren mit gemischten Gefühlen zur Reha. Sie wissen nicht genau, was auf sie zukommt und was sie tun müssen. Geht es Ihnen ähnlich?

Mit diesem Fragebogen möchten wir gern erfahren, was Sie über die Reha wissen möchten. Vielleicht haben Sie auch schon passende Informationen gefunden? Dann interessiert uns, wo Sie diese gefunden haben. Ihre Antworten helfen uns herauszufinden, ob und wie die Informationen für Personen, die bald eine Reha machen, verbessert werden können. Sie brauchen für das Ausfüllen des Fragebogens etwa 10 Minuten!

Vorab einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach.
- Sie sind sich bei einer Frage unsicher, ob Sie das Richtige antworten?
Beantworten Sie die Frage, so wie Sie denken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind an Ihren persönlichen Erfahrungen und Ihren Wünschen interessiert.
- Sie sind sich bei einer Frage unsicher, welches Kästchen auf Sie zutrifft?
Schätzen Sie Ihre Angaben bitte. Geschätzte Angaben sind besser als keine Angaben!
- Beantworten Sie die Fragen, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen oder die Antwort an die vorgegebene Stelle schreiben! ( _____)

Tragen Sie an dieser Stelle bitte das heutige Datum ein:

Ausfülldatum:  _____

Behandlungen vor der Reha

1. Wie häufig haben Sie bisher an einer Rehabilitation teilgenommen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- Dies wird meine erste Rehabilitation sein
- Dies wird meine zweite Rehabilitation sein
- Ich habe bereits häufiger als zweimal an einer Rehabilitation teilgenommen

2. Wer hatte die Idee zu diesem Reha-Antrag?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Mein Hausarzt
- Mein Facharzt z. B. Orthopäde, Psychotherapeut
- Ich selbst
- Bekannte, Angehörige
- Tagesklinik
- Stationäre Einrichtung z. B. Schmerzlinik
- Jemand anderes, nämlich  _____

3. Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrem Reha-Antrag in Anspruch genommen?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ambulante Krankengymnastik
- Ambulante Psychotherapie (z. B. 1 x pro Woche für 50 Minuten)
- Ganztägige ambulante Therapie in einer Tagesklinik
- Stationäre Behandlung in einer Klinik z. B. Schmerzklinik
- Andere Behandlung, nämlich  _____

Vorbereitung auf die Reha**4. Wie gut glauben Sie über die unten genannten Aspekte Bescheid zu wissen?**

Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr gut	Ziemlich gut	Teilweise	Kaum	Gar nicht
Über die Therapien, die ich in der Reha machen werde	<input type="checkbox"/>				
Über den Tagesablauf in der Reha	<input type="checkbox"/>				
Wie ich mich in der Reha verhalten sollte, damit sie helfen kann	<input type="checkbox"/>				
Was ich in der Reha-Klinik in meiner Freizeit und am Abend machen kann	<input type="checkbox"/>				
Welche Ziele ich in der Reha erreichen kann	<input type="checkbox"/>				

5. Mit welchen Gefühlen und Einstellungen fahren Sie zur Reha?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich lasse mich überraschen, was mich in der Reha erwartet
- Ich weiß genau, was mich erwartet und was ich selbst tun muss
- Ich glaube fest daran, dass die Reha mir helfen wird
- Ich bin mir nicht sicher, ob die Reha mir helfen wird
- Ich werde alles ausprobieren und mitmachen, was man mir anbietet
- Ich weiß nicht genau, was von mir erwartet wird oder wie ich mich verhalten soll
- Ich mache mir Sorgen, dass die Therapien zu anstrengend sind und mich alles überfordert
- Einerseits freue ich mich auf die Reha, andererseits bin ich mir unsicher, was passiert
- Anderes Gefühl oder Einstellung, nämlich  _____

6. Zusammenfassend: Wie gut fühlen Sie sich zurzeit über die Reha informiert?

- sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Woher haben Sie Ihre Informationen?

Woher haben Sie Ihre Informationen über die Reha?

7. Bitte kreuzen Sie bei jeder aufgeführten Möglichkeit die zutreffende Antwort an. Wenn Sie bei einer Informationsquelle Ja ankreuzen, bitten wir Sie, diese auch zu bewerten.

A. Vom Hausarzt/Facharzt o.a. <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu B.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
B. Von der Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu C.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
C. Von der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu D.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
D. Von den Gemeinsamen Servicestellen <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu E.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
E. Von der Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu F.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
F. Aus dem Internet <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren vier Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu G.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Wissen Sie noch, wie die Internetseite hieß? Dann bitte hier notieren:					

G. Andere Informationsquellen					
Haben Sie noch weitere Informationsquellen genutzt?					
Falls Ja: Dann bitte hier notieren:					

8. Wann haben Sie sich über die Reha informiert?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Als ich überlegt habe, einen Reha-Antrag zu stellen
- Als ich entschieden habe, einen Antrag zu stellen, aber noch bevor ich den Antrag ausgefüllt habe
- Während ich den Reha-Antrag ausgefüllt habe
- Als ich die Bewilligung für meine Reha erhalten habe
- Ich habe mich bisher gar nicht über die Reha informiert

9. Haben Sie jetzt noch offene Fragen zur Reha?

- Ja
 - Eher Ja
 - Eher Nein
 - Nein
- } Bitte weiter mit Frage 10
- } Bitte weiter mit Frage 11

10. Wenn Ja oder Eher Ja: Wie gehen Sie mit den offenen Fragen um?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich glaube, dass die Reha-Klinik mir noch Informationen zuschickt, die meine Fragen beantworten werden
- Ich werde noch einmal meinen Hausarzt oder Facharzt zu Hause nach Informationen fragen
- Ich werde versuchen, im Internet weitere Informationen zu finden
- Ich werde in der Reha-Klinik anrufen, bevor ich dorthin fahre und meine Fragen versuchen zu klären
- Ich werde meine offenen Fragen direkt am ersten Tag in der Reha-Klinik besprechen
- Ich werde gar nichts machen, sondern alles auf mich zukommen lassen
- Anderes, nämlich

**11. Wenn Nein oder Eher Nein: Warum benötigen Sie keine weiteren Informationen vor Reha-Beginn?**

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich fühle mich ausreichend über die Reha informiert
- Ich möchte die Reha ohne Informationen auf mich zukommen lassen
- Ich möchte eigene Erfahrungen sammeln, ohne Vorinformationen über die Reha zu haben
- Ich möchte gar keine Informationen über die Reha haben
- Es gibt keine Dinge über die Reha, die mich interessieren
- Ich weiß gar nicht, was ich über die Reha wissen sollte oder müsste
- Informationen sind für mich unwichtig, für mich ist wichtig, dass ich Hilfe bekomme
- Ich weiß nicht, wo ich mich über die Reha informieren kann
- Ich habe keine Lust, mich zu informieren
- Ich habe keine Zeit, mich zu informieren
- Ich fühle mich zu erschöpft/zu kaputt
- Ich fühle mich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage
- Anderes, nämlich



Informationswünsche

12. Haben Sie bisher ausreichend Informationen zu folgenden Aspekten erhalten?

Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.

	vollkommen ausreichend	ausreichend	weniger ausreichend	gar nicht ausreichend
Informationen zu meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer meine Reha bezahlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrages bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu unterschiedlichen Formen der Reha (Reha nach akuter Erkrankung z. B. Operationen, Reha bei chronischen Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiede zwischen der ambulanten Reha und der stationären Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überblick über Reha-Kliniken für meine Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine genaue Begründung im Bewilligungsschreiben, warum meine Reha bewilligt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich mitbringen soll z. B. an Sportbekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung der Klinik (z. B. Zimmer, Telefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtüberblick über das Behandlungsangebot der Reha-Kliniken (Vorträge, Seminare, psychologische Angebote, körperliches Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Behandlungen die Klinik genau für mein gesundheitliches Problem vorsieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine nützliche, hilfreiche Beschreibung der einzelnen Behandlungsangebote z. B. Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie die einzelnen Therapien mir helfen sollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Behandlungen pro Tag in etwa stattfinden werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ein typischer Tagesablauf in der Reha aussieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realistische Ziele, die ich in der Reha erreichen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziele, die ich in der Reha <i>nicht</i> erreichen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche freiwilligen, zusätzlichen Therapieangebote die Klinik anbietet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie das Freizeitangebot in der Klinik aussieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie es mit meiner Arbeit nach der Reha weitergeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Möglichkeiten der Reha-Nachsorge es gibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich selber bezahlen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen

- In einem Gespräch z. B. mit meinem behandelnden Arzt
- Über eine Broschüre oder Flyer
- Über eine DVD, die ich zugeschickt bekomme
- In einer Informationsveranstaltung
- Im Internet auf einer Homepage
- Video auf Youtube
- Über eine App für mein Smartphone
- Egal, Hauptsache mehr Informationen
- Sonstiges, nämlich  _____

14. Wie viele Seiten sollte eine Broschüre höchstens haben, damit Sie diese gern lesen?Anzahl Seiten  _____**Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Broschüre am allerwichtigsten?**Bitte kreuzen Sie nur die **drei wichtigsten Antworten** an!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übersichtliches Inhaltsverzeichnis | <input type="checkbox"/> Ein leicht verständlich geschriebener Text |
| <input type="checkbox"/> Lesbarer Text in Bezug auf große Schrift, Absätze | <input type="checkbox"/> Viele anschauliche Bilder |
| <input type="checkbox"/> Die wichtigsten Punkte auf einen Blick erkennbar z. B. in einem extra Kasten oder ähnlichem | |
| <input type="checkbox"/> Andere Sprache außer Deutsch → Welche Sprache wünschen Sie sich  _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Aspekt, nämlich  _____ | |

15. Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Homepage am allerwichtigsten?Bitte kreuzen Sie nur die **drei wichtigsten Antworten** an!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schnell im Internet zu finden | <input type="checkbox"/> Barrierefreiheit (große Schrift, übersichtlicher Aufbau) |
| <input type="checkbox"/> Leichtes Zurechtfinden auf der Homepage | <input type="checkbox"/> Erfahrungsberichte |
| <input type="checkbox"/> Schneller Aufbau der Homepage | <input type="checkbox"/> Videos |
| <input type="checkbox"/> Ansprechende Gestaltung | <input type="checkbox"/> Forum |
| <input type="checkbox"/> Leicht verständlich geschriebener Text | <input type="checkbox"/> Bilder |
| <input type="checkbox"/> Andere Sprache außer Deutsch → Welche Sprache wünschen Sie sich  _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Aspekt, nämlich  _____ | |

16. Von wem möchten Sie in Zukunft gern über die Reha informiert werden?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Von meinem behandelnden Arzt
- Von meiner Rentenversicherung
- Von der Reha-Klinik, in die ich komme
- Egal, Hauptsache mehr Informationen
- Sonstiges, nämlich _____

17. Wann möchten Sie in Zukunft gerne über die Reha informiert werden?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Bevor ich überhaupt über eine Reha nachdenke
- Wenn ich überlege, einen Reha-Antrag zu stellen
- Wenn ich entscheide, einen Antrag zu stellen, aber noch bevor ich einen Antrag ausfülle
- Während ich den Reha-Antrag ausfülle
- Nach der Bewilligung
- Ich möchte zu keinem Zeitpunkt über die Reha informiert werden

Angaben zur Person**18. Sind Sie...**

- männlich weiblich

19. Wie alt sind Sie?

 _____ Jahre

20. Nationalität: Deutsch?

- Ja Nein → Wenn Nein, welche  _____

21. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

Leben Sie mit einem festen Partner/einer festen Partnerin zusammen? Ja Nein

22. Ihr höchster Schulabschluss

- Ohne Haupt-/Volksschulabschluss
Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife
- Abitur / Allgemeine Hochschulreife

Anderer Schulabschluss:

 _____

23. Ihre Berufsausbildung

- Keine abgeschlossene Ausbildung
- Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
- Beruflich-schulische Ausbildung
(Handelsschule / Berufsfachschule)
- Abschluss an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
- Fachhochschulabschluss
- Universität, Hochschulabschluss

Anderer Berufsausbildung:

 _____

24. Wenn Sie noch Vorschläge oder weitere Anmerkungen haben oder weitere Informationswünsche in Bezug auf die Rehabilitation äußern möchten, können Sie diese hier aufschreiben!

 _____

Herzlichen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Umschlag direkt an die Universität zu Lübeck.
Das Porto übernehmen wir.

Anhang 4: Fragebogen der Gruppe Ende



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE

ID:



Deutsche
Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation - Was möchten Sie wissen?

Haben Sie Fragen zur Studie? Sind Sie sich unsicher, wie Sie eine Frage im Fragebogen beantworten sollen?

Ihr Ansprechpartner in der Reha-Klinik hilft Ihnen gerne weiter. Ihr Ansprechpartner ist:

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

mit diesem Fragebogen möchten wir gern erfahren, welche Informationen Sie sich vor der Reha gewünscht hätten. Vielleicht haben Sie auch vorher schon passende Informationen gefunden? Dann interessiert uns, wo Sie diese gefunden haben. Ihre Antworten helfen uns herauszufinden, ob und wie die Informationen für Personen, die bald eine Reha machen, verbessert werden können. Sie brauchen für das Ausfüllen des Fragebogens nur etwa 10 Minuten!

Vorab einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach.
- Sie sind sich bei einer Frage unsicher, ob Sie das Richtige antworten?
Beantworten Sie die Frage so, wie Sie denken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind an Ihren persönlichen Erfahrungen und Ihren Wünschen interessiert.
- Sie sind sich bei einer Frage unsicher, welches Kästchen auf Sie zutrifft?
Schätzen Sie Ihre Angaben bitte. Geschätzte Angaben sind besser als keine Angaben!
- Beantworten Sie die Fragen, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen oder die Antwort an die vorgegebene Stelle schreiben! (✎ _____)

Tragen Sie an dieser Stelle bitte das heutige Datum ein:

Ausfülldatum: ✎ _____

1. Wie häufig haben Sie bisher an einer Rehabilitation teilgenommen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- Dies war meine erste Rehabilitation
- Dies war meine zweite Rehabilitation
- Ich habe bereits häufiger als zweimal an einer Rehabilitation teilgenommen

2. Rückblickend: Wie war Ihr Gesundheitszustand zu Beginn der Reha?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- sehr gut gut zufriedenstellend weniger gut schlecht

3. Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrer Reha in Anspruch genommen?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ambulante Krankengymnastik
- Ambulante Psychotherapie (z. B. 1x pro Woche für 50 Minuten)
- Ganztägige ambulante Therapie in einer Tagesklinik
- Stationäre Behandlung in einer Klinik z. B. Schmerzklinik
- Andere Behandlung, nämlich ✎ _____

Informationen zu Reha-Beginn

Woher haben Sie Ihre Informationen über die Reha?

4. Bitte kreuzen Sie bei jeder aufgeführten Möglichkeit die zutreffende Antwort an. Wenn Sie bei einer Informationsquelle Ja ankreuzen, bitten wir Sie, diese auch zu bewerten.

A. Vom Hausarzt/Facharzt o.a. <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu B.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
B. Von der Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu C.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
C. Von der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu D.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
D. Von den Gemeinsamen Servicestellen <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu E.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
E. Von der Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren drei Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu F.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
F. Aus dem Internet <input type="checkbox"/> Ja → Bitte beantworten Sie die unteren vier Fragen <input type="checkbox"/> Nein → Weiter zu G.					
Falls Ja: Waren die erhaltenen Informationen für Sie...					
...nützlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...verständlich?	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
...ausreichend?	<input type="checkbox"/> völlig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Wissen Sie noch, wie die Internetseite hieß? Dann bitte hier notieren:					

G. Andere Informationsquellen					
Haben Sie noch weitere Informationsquellen genutzt?					
Falls Ja: Dann bitte hier notieren:					

5. Wann haben Sie sich über die Reha informiert?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Als ich überlegt habe, einen Reha-Antrag zu stellen
- Als ich entschieden habe, einen Antrag zu stellen, aber noch bevor ich den Antrag ausgefüllt habe
- Während ich den Reha-Antrag ausgefüllt habe
- Als ich die Bewilligung für meine Reha erhalten habe
- Ich habe mich gar nicht über die Reha informiert

6. Wie gut waren Sie zu Reha-Beginn über die Reha informiert?

- sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

7. Haben Sie sich zu Reha-Beginn weitere Informationen über die Reha gewünscht?

- Ja
- Eher Ja
- Eher Nein
- Nein
- } Bitte weiter mit Frage 9
- } Bitte weiter mit Frage 8

8. Wenn Nein oder Eher Nein: Warum haben Sie sich keine weiteren Informationen zu Reha-Beginn gewünscht?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich war ausreichend informiert
- Ich wollte die Reha ohne Informationen auf mich zukommen lassen
- Ich wollte eigene Erfahrungen sammeln, ohne Vorinformationen über die Reha haben
- Ich wollte gar keine Informationen über die Reha haben
- Es gab keine Dinge über die Reha, die mich interessiert haben
- Informationen waren für mich unwichtig, für mich war wichtig, dass ich Hilfe bekomme
- Ich wusste nicht, wo ich mich über die Reha informieren könnte
- Ich hatte keine Lust, mich zu informieren
- Ich hatte keine Zeit, mich zu informieren
- Ich fühlte mich zu erschöpft/zu kaputt
- Ich fühlte mich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage
- Anderes, nämlich



Informationswünsche

9. Wenn Sie noch einmal an die Zeit vor der Reha zurückdenken: Welche Informationen wären Ihnen vor der Reha wichtig gewesen?
Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Informationen zu meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer meine Reha bezahlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrages bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu unterschiedlichen Formen der Reha (Reha nach akuter Erkrankung z. B. Operationen, Reha bei chronischen Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiede zwischen der ambulanten Reha und der stationären Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überblick über Reha-Kliniken für meine Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine genaue Begründung im Bewilligungsschreiben, warum meine Reha bewilligt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich mitbringen soll z.B. an Sportbekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung der Klinik (z. B. Zimmer, Telefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtüberblick über das Behandlungsangebot der Reha-Klinik (Vorträge, Seminare, psychologische Angebote, körperliches Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Behandlungen die Klinik genau für mein gesundheitliches Problem vorsieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine nützliche, hilfreiche Beschreibung der einzelnen Behandlungsangebote z. B. Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie die einzelnen Therapien mir helfen sollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Behandlungen pro Tag in etwa stattfinden werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ein typischer Tagesablauf in der Reha aussieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realistische Ziele, die ich in der Reha erreichen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziele, die ich in der Reha <i>nicht</i> erreichen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche freiwilligen, zusätzlichen Therapieangebote die Klinik anbietet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie das Freizeitangebot in der Klinik aussieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie es mit meiner Arbeit nach der Reha weitergeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Möglichkeiten der Reha-Nachsorge es gibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich selber bezahlen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- In einem Gespräch z.B. mit meinem behandelnden Arzt
- Über eine Broschüre oder Flyer
- Über eine DVD, die ich zugeschickt bekomme
- In einer Informationsveranstaltung
- Im Internet auf einer Homepage
- Video auf Youtube
- Über eine App für mein Smartphone
- Egal, Hauptsache mehr Informationen
- Sonstiges, nämlich _____

11. Wie viele Seiten sollte eine Broschüre höchstens haben, damit Sie diese gern lesen?

Anzahl Seiten ✎ _____

Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Broschüre am allerwichtigsten?Bitte kreuzen Sie nur die **drei wichtigsten Antworten** an!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übersichtliches Inhaltsverzeichnis | <input type="checkbox"/> Ein leicht verständlich geschriebener Text |
| <input type="checkbox"/> Lesbarer Text in Bezug auf große Schrift, Absätze | <input type="checkbox"/> Viele anschauliche Bilder |
| <input type="checkbox"/> Die wichtigsten Punkte auf einen Blick erkennbar z. B. in einem extra Kasten oder ähnlichem | |
| <input type="checkbox"/> Andere Sprache außer Deutsch → Welche Sprache wünschen Sie sich ✎ _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Aspekt, nämlich ✎ _____ | |

12. Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen bei einer Homepage am allerwichtigsten?Bitte kreuzen Sie nur die **drei wichtigsten Antworten** an!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schnell im Internet zu finden | <input type="checkbox"/> Barrierefreiheit (große Schrift, übersichtlicher Aufbau) |
| <input type="checkbox"/> Leichtes Zurechtfinden auf der Homepage | <input type="checkbox"/> Erfahrungsberichte |
| <input type="checkbox"/> Schneller Aufbau der Homepage | <input type="checkbox"/> Videos |
| <input type="checkbox"/> Ansprechende Gestaltung | <input type="checkbox"/> Forum |
| <input type="checkbox"/> Leicht verständlich geschriebener Text | <input type="checkbox"/> Bilder |
| <input type="checkbox"/> Andere Sprache außer Deutsch → Welche Sprache wünschen Sie sich ✎ _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Aspekt, nämlich ✎ _____ | |

13. Von wem möchten Sie in Zukunft gerne über die Reha informiert werden?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Von meinem behandelnden Arzt
- Von meiner Rentenversicherung
- Von der Reha-Klinik, in die ich komme
- Egal, Hauptsache mehr Informationen
- Sonstiges, nämlich ✎ _____

14. Wann würden Sie in Zukunft gerne über die Reha informiert werden?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Bevor ich überhaupt über eine Reha nachdenke
- Wenn ich überlege, einen Reha-Antrag zu stellen
- Wenn ich entscheide, einen Antrag zu stellen, aber noch bevor ich einen Antrag ausfülle
- Während ich den Reha-Antrag ausfülle
- Nach der Bewilligung
- Ich möchte zu keinem Zeitpunkt über die Reha informiert werden

Am Ende der Reha**15. Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an die Reha-Klinik (z. B. Standort, Ausstattung, Freizeitangebot) erfüllt?**

- Vollkommen erfüllt
- Ziemlich erfüllt
- Teilweise erfüllt
- Kaum erfüllt
- Gar nicht erfüllt
- Ich hatte vor Beginn der Reha keine Erwartungen an die Reha-Klinik

16. Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an die Therapien und Behandlungen während der Reha erfüllt?

- Vollkommen erfüllt
- Ziemlich erfüllt
- Teilweise erfüllt
- Kaum erfüllt
- Gar nicht erfüllt
- Ich hatte vor Beginn der Reha keine Erwartungen an die Therapien/Behandlungen

17. Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen hinsichtlich einer Verbesserung Ihrer Gesundheit erfüllt?

- Vollkommen erfüllt
- Ziemlich erfüllt
- Teilweise erfüllt
- Kaum erfüllt
- Gar nicht erfüllt
- Ich hatte vor Beginn der Reha keine Erwartungen hinsichtlich einer Verbesserung meiner Gesundheit

18. Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an die Reha insgesamt erfüllt?

- Vollkommen erfüllt
- Ziemlich erfüllt
- Teilweise erfüllt
- Kaum erfüllt
- Gar nicht erfüllt
- Ich hatte vor Beginn der Reha keine Erwartungen

19. Wenn Sie bei Frage 15 bis 18 mindestens einmal „kaum erfüllt“ oder „gar nicht erfüllt“ angekreuzt haben: Was war anders als Sie gedacht haben?

20. Alles in allem: Wie beurteilen Sie den Erfolg Ihrer Reha?
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zufriedenstellend <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> schlecht

21. Mit den Informationen, die Sie jetzt nach der Reha haben, würden Sie sich noch einmal für eine Reha entscheiden?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Person

22. Sind Sie...	23. Wie alt sind Sie?
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	_____ Jahre

24. Nationalität: Deutsch?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Wenn Nein, welche _____

25. Wie ist Ihr Familienstand?
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Leben Sie mit einem festen Partner/einer festen Partnerin zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

26. Ihr höchster Schulabschluss	27. Ihre Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Keine abgeschlossene Ausbildung
<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Beruflich-schulische Ausbildung (Handelsschule / Berufsfachschule)
<input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule	<input type="checkbox"/> Abschluss an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur / Allgemeine Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschulabschluss
Anderer Schulabschluss: _____	Andere Berufsausbildung: _____

28. Wenn Sie noch Vorschläge oder weitere Anmerkungen haben oder weitere Informationswünsche in Bezug auf die Rehabilitation äußern möchten, können Sie diese hier aufschreiben!
_____ _____

Herzlichen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bei Ihrem Ansprechpartner in der Klinik wieder ab.

Anhang 5: Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

im Hause

nachrichtlich:

Herrn Prof. Katalinic, Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 500 4639
Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 14-048**Datum: 08. April 2014****Sitzung der Ethik-Kommission am 03. April 2014****Antragsteller: Frau PD Dr. Deck****Titel: Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten Kurztitel: „Reha-Info“**

Sehr geehrte Frau Dr. Deck,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, muss die Kommission umgehend benachrichtigt werden.

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

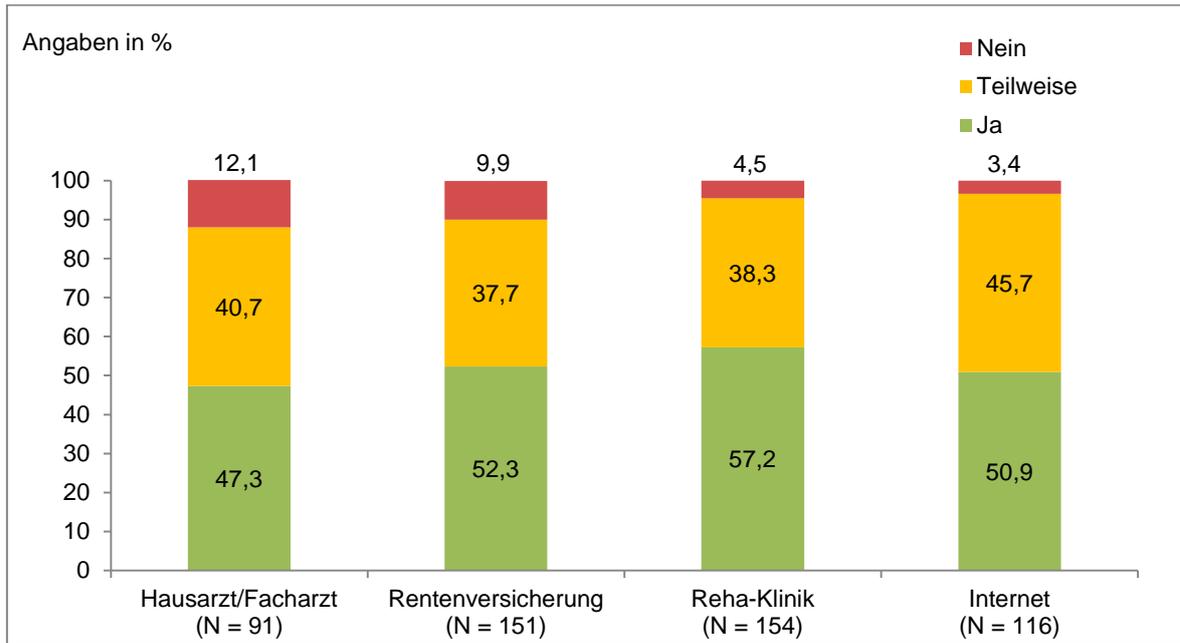
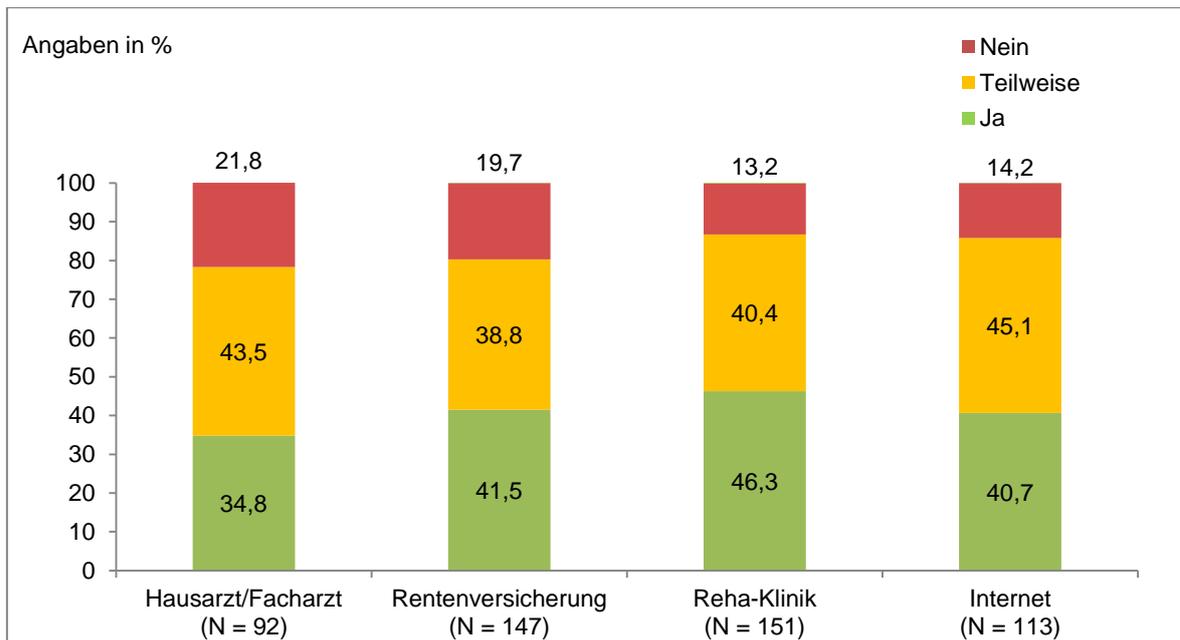
Mit freundlichem Gruß bin ich
Ihr

Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)
 Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Herr Prof. Barkhausen
(Strahlentherapie)
Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)
Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)
Frau Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)

Herr Dr. Fieber
(Stellv. Dir. am Amtsgericht Reinbek)
Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)
Frau PD Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)
 Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)
 Herr Prof. Moser
(Neurologie)

Herr Prof. Rehm-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)
 Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)
 Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)
Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

Anhang 6: Waren die erhaltenen Informationen für Sie nützlich? - Gruppe Anfang**Anhang 7:** Waren die erhaltenen Informationen für Sie ausreichend? - Gruppe Anfang

Anhang 8: Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie vor Ihrem Reha-Antrag in Anspruch genommen? Mehrfachantworten möglich - Gruppe Ende

	Krankengymnastik	Psychotherapie	Stationäre Behandlung	Tagesklinik	Andere Behandlungen
N (%)	148 (54,4)	94 (34,6)	41 (15,1)	21 (7,7)	61 (22,4)
N gesamt	272	272	272	272	272

Anhang 9: Woher hatten die Rehabilitanden ihre Informationen? Mehrfachantworten möglich - Gruppe Ende

	Reha-Klinik	RV	Internet	Arzt	GKV	Gemeinsame Servicestellen
N (%)	210 (69,1)	163 (53,1)	129 (46,1)	208 (58,6)	60 (21,3)	19 (7,1)
N gesamt	304	307	280	355	282	267

Anhang 10: Informationsstand der Rehabilitanden nach Indikation im Vergleich - Gruppe Ende

Informationsstand	Orthopädie N (%)	Psychosomatik N (%)	Innere Medizin N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	52 (41,3)	42 (27,5)	27 (27,0)	0.003
Befriedigend bis ausreichend	59 (46,8)	85 (55,6)	44 (44,0)	
Mangelhaft bis ungenügend	15 (11,9)	26 (17,0)	29 (29,0)	

Anhang 11: Informationsstand der Rehabilitanden nach Geschlecht im Vergleich - Gruppe Ende

Informationsstand	Frauen N (%)	Männer N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	70 (36,5)	50 (27,0)	0.145
Befriedigend bis ausreichend	89 (46,4)	98 (53,0)	
Mangelhaft bis ungenügend	33 (17,2)	37 (20,0)	

Anhang 12: Informationsstand der Rehabilitanden nach Altersgruppen im Vergleich - Gruppe Ende

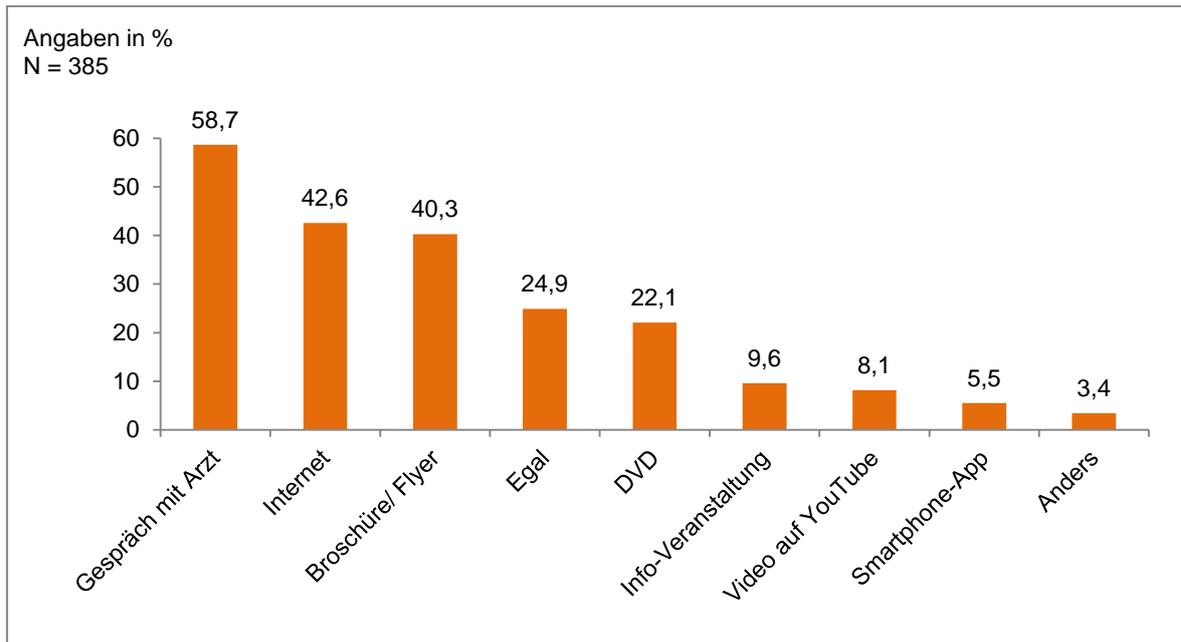
Informationsstand	21 bis 45 Jahre N (%)	46 bis 55 Jahre N (%)	56 bis 65 Jahre N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	38 (31,1)	44 (32,6)	35 (31,3)	0.153
Befriedigend bis ausreichend	64 (52,5)	72 (53,3)	48 (42,9)	
Mangelhaft bis ungenügend	20 (16,4)	19 (14,1)	29 (25,9)	

Anhang 13: Informationsstand der Rehabilitanden nach Schulabschluss im Vergleich - Gruppe Ende

Informationsstand	Ohne/mit Hauptschul- abschluss N (%)	Mittlere Reife oder Polytechni- sche Oberschule N (%)	Fachhochschul- reife oder Abitur N (%)	p-Wert
Sehr gut bis gut	44 (33,3)	45 (30,4)	27 (34,2)	0.954
Befriedigend bis ausreichend	66 (50,0)	74 (50,0)	38 (48,1)	
Mangelhaft bis ungenügend	22 (16,7)	29 (19,6)	14 (17,7)	

Anhang 14: Empfundene Wichtigkeit bestimmter Reha-Themen - Gruppe Ende

Informationsthema	Als (sehr) wichtig empfunden N (%)	N gesamt
Welche Behandlungen die Klinik genau für mein gesundheitliches Problem vorsieht	345 (95,8)	360
Realistische Ziele, die ich in der Reha erreichen kann	340 (94,7)	359
Wie die einzelnen Therapien mir helfen sollen	334 (92,8)	360
Gesamtüberblick über das Behandlungsangebot der Reha-Kliniken	333 (92,5)	360
Welche Möglichkeiten der Reha-Nachsorge es gibt	330 (91,9)	359
Überblick über Reha-Kliniken für meine Erkrankung	313 (87,4)	358
Eine nützliche, hilfreiche Beschreibung der einzelnen Behandlungsangebote (z. B. Krankengymnastik)	311 (86,9)	358
Informationen zu meiner Krankheit	304 (86,9)	350
Wie es mit meiner Arbeit nach der Reha weitergeht	306 (85,7)	357
Welche freiwilligen, zusätzlichen Therapieangebote die Klinik anbietet	299 (83,3)	359
Was ich selber bezahlen muss	281 (78,3)	359
Was ich mitbringen soll (z. B. an Sportkleidung)	273 (77,3)	353
Welche Voraussetzungen ich erfüllt habe, damit mein Reha-Antrag bewilligt werden konnte	271 (77,2)	351
Ausstattung der Klinik (z. B. Zimmer, Telefon)	273 (76,9)	355
Ziele, die ich in der Reha nicht erreichen kann	261 (74,4)	351
Wie viele Behandlungen pro Tag in etwa stattfinden	267 (74,2)	360
Wie ein typischer Tagesablauf in der Reha aussieht	262 (73,8)	355
Eine genaue Begründung im Bewilligungsschreiben, warum meine Reha bewilligt wurde	249 (70,5)	353
Zu unterschiedlichen Formen der Reha	243 (68,8)	353
Wo ich Hilfe beim Ausfüllen des Reha-Antrags bekommen kann	213 (60,7)	351
Wie das Freizeitangebot in der Klinik aussieht	214 (59,9)	357
Wer meine Reha bezahlt	207 (59,5)	348
Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Reha	182 (51,3)	355

Anhang 15: Wie möchten Sie sich in Zukunft über die Reha informieren? Mehrfachantworten möglich - Gruppe Ende

8 Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. med. Alexander Katalinic für die Möglichkeit der Promotion und Mitarbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Soz. Ruth Deck für die hervorragende Betreuung meiner Dissertation. Ihre zahlreichen Ratschläge, wertvollen Anmerkungen und wissenschaftliche Expertise waren mir eine unschätzbare Hilfe, für die ich äußerst dankbar bin.

Einen großen Dank möchte ich auch Dr. rer. hum. biol. Anna Lena Walther für die großartige Unterstützung und sehr gute Zusammenarbeit im Projekt aussprechen. Die unzähligen Hilfestellungen und vielen Anregungen weiß ich sehr zu schätzen.

Besonders danken möchte ich meinen Eltern, meinem Partner, meinem Bruder und meiner Oma für die stetige Begleitung und einzigartige Unterstützung. Meinen Eltern bin ich zudem überaus dankbar, dass sie mir das Medizinstudium ermöglicht haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Rehabilitanden bedanken, die an der Befragung teilgenommen haben und ohne die diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus danke ich allen beteiligten Reha-Kliniken für die kooperative Zusammenarbeit.

9 Lebenslauf und Publikationen

Persönliche Daten

Name Dora Schreiber
Geburtsdatum/-ort 4. August 1986 in Mettingen
Staatsangehörigkeit Deutsch

Dissertation

Seit 2014 Doktorandin im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck, Forschungsbereich 4 *Rehabilitationsforschung* bei Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Soz. Ruth Deck

2013 - 2015 Wissenschaftliche Hilfskraft im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck

Hochschulstudium

10/2010 - 05/2017 Humanmedizin an der Universität zu Lübeck,
Abschluss Staatsexamen

10/2007 - 09/2010 Public Health/Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt
Prävention und Gesundheitsförderung (Hauptfach) sowie
Kulturwissenschaft (Nebenfach) an der Universität Bremen,
Abschluss Bachelor of Arts

12/2007 - 09/2010 Stipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes

Schulbildung

2005/2006 Einjähriger Abiturqualifikationskurs an der Freien Waldorfschule
Oldenburg (Niedersachsen), Abschluss Abitur

1993 - 2005 Freie Waldorfschule Evinghausen (Niedersachsen)

Publikationen in Zeitschriften

- Walther, A L, **Schreiber, D**, Falk, J & Deck, R (2017): *Subjektiver Informationsstand und Informationsbedürfnisse von Versicherten mit bewilligtem Rehabilitationsantrag und Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung.* Die Rehabilitation 56: 240-7.
- Walther, A L, **Schreiber, D** & Deck, R (2015): *Gut informiert in die Reha? Welche Informationen haben Rehabilitanden vor Antritt und am Ende ihrer Reha erhalten, gesucht und vermisst? Ergebnisse leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen.* Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 25: 319-24.

Abstracts

- Walther, A L, **Schreiber, D**, Falk, J, Geršak, O-D & Deck, R (2016): *Informationswünsche von Rehabilitanden vor Beginn der Rehabilitation: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung hinsichtlich Themen und Art der Informationsvermittlung.* In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV-Schriften. Band 109 zum 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium: 166-7.
- Walther, A L, **Schreiber, D** & Deck, R (2015): *Gut informiert in die Reha? Wunsch oder Wirklichkeit?* 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2015/15dkvf289.shtml> (letzter Zugriff am 31.07.2017).
- Walther, A L, **Schreiber, D**, & Deck, R (2015): *Gut informiert in die Reha? Welche Informationen haben Rehabilitanden vor der Reha gesucht, erhalten oder vermisst?* In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV-Schriften. Band 107 zum 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium: 189-91.