

Europa-Universität Flensburg

Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften

Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

# **Qualitative Evaluation des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt von: M. A. Sabrina Korsch  
Abgabedatum: 22.06.2016  
Erstgutachter: Prof. Dr. Petra Hampel  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Morfeld

*„Wessen wir am meisten im Leben bedürfen, ist jemand, der uns dazu bringt, das zu tun, wozu wir fähig sind.“*

*Ralph Waldo Emerson*

## **Danksagung**

Die vorliegende Dissertation ist im Rahmen der Entwicklung, Durchführung und Evaluation des Forschungsprojektes „Wirksamkeit eines Depressionsbewältigungstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (Debora)“ entstanden. Zunächst möchte ich mich daher bei allen Projektbeteiligten für die Unterstützung im Rahmen dieses Forschungsprozesses und dem entgegengebrachten Vertrauen gegenüber meiner Arbeit bedanken. Ohne die Unterstützung der Mitarbeiter der Kliniken Bad Gandersheim, Bad Sooden-Allendorf, Bad Steben und Göhren sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund wäre die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation des Trainings Debora nicht möglich gewesen.

Darüber hinaus gilt mein Dank den interviewten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie den Experten, die sich für die Interviews zu Verfügung gestellt haben und ohne die diese Untersuchung daher nicht möglich gewesen wäre.

Ebenso dankbar bin ich meinem Mann, meiner und seiner Familie sowie allen meinen Freunden für die Unterstützung und die Motivation während meines Studiums und der Promotion.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Petra Hampel für die intensive und konstruktive Betreuung und Unterstützung während meiner gesamten Studien- und Promotionszeit sowie die Anregung zur Promotion. Darüber hinaus möchte ich mich bei M. Sc. Svenja Roch, Dr. Beate Mohr sowie unseren herausragenden Hilfskräften für die Unterstützung und gute Zusammenarbeit im Projekt bedanken.

Ein weiteres Dankeschön geht an Prof. Dr. Matthias Morfeld für seine Bereitschaft zur Begutachtung dieser Arbeit.

# Debora



*„Alles Wissen hat nur dann einen Wert,  
wenn es uns tatkräftiger macht.“*

Joseph von Eötvös, 1813-1871

***Also mir ist erst einmal bewusst geworden,  
dass meine Erkrankung Arm, Schulter und so  
weiter, diese ganzen Sachen, meine  
Migräneanfälle, ich bin mehr oder weniger  
jetzt davon überzeugt, dass das wirklich  
durch meine seelische Sachen ausgelöst wird  
und jedes Mal, wenn ich wirklich so ein  
Tiefpunkt habe, dann fängt das wieder  
irgendwo an zu Schmerzen und es ist ja auch  
nie etwas großartig festgestellt worden, dass  
ich irgendwelche Schädigungen habe an den  
Knochen, an den Muskeln oder sonst  
irgendwo, aber ich habe wirklich extreme  
Probleme. Das denke ich, wird irgendwo alles  
psychisch sein und ich muss wirklich daran  
arbeiten, dass ich noch eine Auszeit nehme,  
dass ich Sport mache, dass ich auf andere  
Gedanken komme, dass ich mehr rausgehe  
und sowas alles.***

(2121286: 73)



In der vorliegenden Arbeit wird auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet. Dies bedeutet, dass die Verwendung der männlichen Form stets auch das weibliche Geschlecht umfasst. Die Ergebnisse der Teilstudien werden jedoch in geschlechtsspezifischer Form geschildert, um die Nähe zum Forschungssubjekt zu gewährleisten.

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Theoretischer Teil</b> .....	<b>8</b>
1.1 Problemstellung und Überblick.....	8
1.2 Chronischer Rückenschmerz .....	11
1.2.1 Chronifizierung.....	12
1.2.2 Biopsychosoziale Faktoren .....	15
1.3 Komorbide Depression bei CRS.....	20
1.4 Lebenswelt von Menschen mit CRS.....	25
1.4.1 Risikofaktoren.....	26
1.4.2 Schutzfaktoren.....	28
1.4.3 Gesundheitsverhalten .....	31
1.5 Rehabilitation .....	37
1.5.1 Multimodale Schmerztherapie.....	38
1.5.2 Kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie.....	41
1.5.3 Effektivität und Nachhaltigkeit .....	42
1.6 Patientenschulung.....	45
1.6.1 Qualität von Patientenschulungen.....	47
1.6.2 Patientenschulungsprogramme bei CRS .....	49
1.6.3 Effektivität und Nachhaltigkeit .....	51
1.7 Beschreibung des Forschungsprojektes Debora .....	53
1.7.1 Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt .....	57
1.7.2 Bisherige Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt Debora .....	60
1.8 Die Intervention Debora .....	63
1.9 Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsvorhabens.....	69
<b>2 Aufbau des Promotionsvorhabens</b> .....	<b>71</b>
2.1 Studiendesign .....	72
2.2 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung .....	76
2.2.1 Problemzentrierte Interviews.....	77
2.2.2 Fokusgruppen.....	78
2.3 Quantitative Erhebungsinstrumente .....	79
2.4 Erstellung der Interviewleitfäden .....	81
2.5 Datenerhebung .....	83
2.6 Auswertungsverfahren .....	86

---

<b>3 Teilstudie 1: Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden.....</b>	<b>90</b>
3.1 Fragestellung .....	90
3.2 Untersuchungsdesign .....	91
3.3 Ergebnisse.....	96
3.3.1 Akzeptanz.....	97
3.3.2 Machbarkeit .....	105
3.3.3 Erlernte Handlungsweisen .....	113
3.3.4 Barrieren.....	120
3.3.5 Barrierenmanagement .....	125
3.4 Diskussion.....	130
3.5 Handlungsempfehlungen .....	134
3.6 Kernbotschaft.....	136
<b>4 Teilstudie 2: Fokusgruppen Rehabilitanden .....</b>	<b>137</b>
4.1 Fragestellung .....	137
4.2 Untersuchungsdesign .....	138
4.3 Ergebnisse.....	144
4.3.1 Akzeptanz.....	145
4.3.2 Machbarkeit .....	149
4.3.3 Erlernte Handlungsweisen .....	153
4.3.4 Barrieren und Barrierenmanagement.....	156
4.4 Diskussion.....	159
4.5 Handlungsempfehlungen .....	163
4.6 Kernbotschaft.....	165
<b>5 Teilstudie 3: Fokusgruppen Experten.....</b>	<b>166</b>
5.1 Fragestellung .....	166
5.2 Untersuchungsdesign .....	167
5.3 Ergebnisse.....	171
5.3.1 Experten .....	171
5.3.2 Stundenevaluation .....	175
5.4 Diskussion.....	177
5.5 Handlungsempfehlungen .....	180
5.6 Kernbotschaft.....	181
<b>6 Allgemeine Diskussion .....</b>	<b>182</b>
6.1 Akzeptanz .....	183
6.2 Machbarkeit .....	186
6.3 Erlernte Handlungsweisen .....	189
6.4 Barrieren und Barrierenmanagement .....	192

---

6.5	Methodendiskussion .....	195
6.5.1	Methodenwahl .....	196
6.5.2	Vorgehensweise .....	197
6.5.3	Ziel und Qualitätsansprüche .....	205
<b>7</b>	<b>Implikationen .....</b>	<b>209</b>
7.1	Implikationen für die Modifikation von Debora .....	217
7.2	Implikationen für die Gestaltung der Rehabilitation.....	224
7.3	Implikationen für die zukünftige Forschung .....	229
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>230</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>233</b>
<b>Anhang A - Verzeichnisse .....</b>	<b>250</b>	
Anhang A1 - Abbildungsverzeichnis .....	250	
Anhang A2 - Kastenverzeichnis .....	252	
Anhang A3 - Tabellenverzeichnis.....	253	
Anhang A4 - Abkürzungsverzeichnis.....	256	
<b>Anhang B - Forschungsprojekt Debora .....</b>	<b>258</b>	
Anhang B1 - Zeitlicher Verlauf Debora .....	258	
Anhang B2 - Überblick über die geführten Interviews.....	259	
Anhang B3 - Teilnehmerinformation für die Studienteilnehmer.....	260	
Anhang B4 - Einverständniserklärung für die Studienteilnehmer .....	262	
Anhang B5 - Quantitative Fragebogen .....	264	
<b>Anhang C - Promotionsvorhaben .....</b>	<b>266</b>	
Anhang C1 - Einverständniserklärungen Tonaufnahmen .....	266	
Anhang C2 - Leitfäden .....	268	
Anhang C3 - Stundenevaluation.....	272	
Anhang C4 - Stichprobenbeschreibung der Rehabilitanden zu t0.....	274	
Anhang C5 - Stundenevaluationsbögen nach Klinik und Behandlungsgruppe.....	276	
Anhang C6 - Transkriptionsregeln.....	277	
Anhang C7 - Kategorienbaum Teilstudie 1-3.....	278	
Anhang C8 - Ergebnis- und Implikationstabelle Teilstudie 1-3.....	281	
<b>Persönliche Versicherung der Bewerberin .....</b>	<b>287</b>	

## Zusammenfassung

**Theoretischer Hintergrund.** Bei Entstehung, Verlauf und Chronifizierung von Rückenschmerzen sind psychosoziale Faktoren wie depressive Symptome von großer Bedeutung. Die steigenden Prävalenzen von Rückenschmerzen und psychischen Komorbiditäten sind mit einer Vielzahl gesundheitsökonomischer und die Lebensqualität mindernder Konsequenzen verbunden und implizieren die Notwendigkeit der Integration bedarfsgerechter, depressionsspezifischer Inhalte in die Therapieplanung. Diese Forderung wurde in dem störungsspezifischen psychologischen Gruppentraining Debora (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017) für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und depressiven Symptomen umgesetzt. Im Rahmen einer formativen Evaluation sollen wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die sowohl als Grundlage für Handlungsempfehlungen zur Optimierung und Etablierung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings als auch für das Gesundheitswesen dienen, um den langfristigen Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz zu verbessern.

**Fragestellungen.** Das vorliegende Vorhaben hatte zum Ziel, die Akzeptanz und Machbarkeit von Debora aus Sicht der Rehabilitanden sowie aus Expertensicht zu untersuchen. Zudem sollen Barrieren sowie Förderfaktoren für das Barrierenmanagement von Rehabilitanden zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen identifiziert werden.

**Methode.** Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Methodentriangulation aus 26 problemzentrierten Einzelinterviews mit Rehabilitanden (Teilstudie 1;  $N=26$ ), vier Fokusgruppen (FG) mit Rehabilitanden (Teilstudie 2;  $N=12$ ) sowie vier Fokusgruppen mit Experten (Teilstudie 3;  $N=16$ ) gewählt. Zur Analyse wurde die Stichprobe der Teilstudie 1 und 2 hinsichtlich der unabhängigen Variablen „Behandlungsgruppe“ (IG, KG) untersucht. Die Rehabilitanden der KG erhielten das Schmerzkompetenztraining, die der IG zusätzlich das Depressionspräventionstraining. Zudem erfolgte eine Untersuchung der unabhängigen Variablen „Depressivität“. Hierfür erfolgte eine Einteilung mittels der Allgemeinen Depressionsskala (ADS; Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012) in Rehabilitanden mit niedrigem (IG, KG) und erhöhtem Depressivitätsgrad ( $IG_{depr}$ ,  $KG_{depr}$ ). Die Befragung wurde mittels qualitativer Leitfadeninterviews im Anschluss an die Trainingsteilnahme (post) durchgeführt und inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Ergebnisse der Interviews wurden unter Verwendung des Programms MAXQDA 11 in Kategorien für die unterschiedlichen Stichproben zu den Themen Akzeptanz, Machbarkeit, erlernte Handlungsweisen, Barrieren und Barrierenmanagement



unterteilt. Zur Beurteilung der Teilnehmerzufriedenheit wurde außerdem eine quantitative Erhebung durchgeführt.

Zusätzlich wurden mit Hilfe von 1.467 Stundenevaluationsbögen (Teilstudie 3;  $N=1.467$ ) die Antworten von Studienteilnehmern zur Bewertung der Wichtigkeit der Themen, deren Nutzen für den Alltag sowie einer Gesamtbewertung jeder der vier bzw. acht Trainingseinheiten hinsichtlich der unabhängigen Variablen „Klinik“ und „Behandlungsgruppe“ erfasst und mittels deskriptiver Statistik mit Excel 2013 ausgewertet.

**Teilstudie 1.** Debora erzielte bei den Rehabilitanden ( $N=26$ ; IG  $n=8$ ; KG  $n=8$ ; IG<sub>depr</sub>  $n=5$ ; KG<sub>depr</sub>  $n=5$ ) eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz der Trainingsinhalte. Im Vergleich zwischen IG und KG wurde deutlich, dass die IG insgesamt zufriedener mit der Trainingsgestaltung war. Zudem wurde unabhängig vom Depressivitätsgrad eine Vielzahl erlernter Handlungsweisen berichtet. Das Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zählte nicht nur zu den am häufigsten berichteten erlernten Handlungsweisen sondern ebenso zu den Inhalten, die von den Rehabilitanden am wichtigste eingestuft wurden. Darüber hinaus bestätigten die Ergebnisse die Machbarkeit des Trainings. Insgesamt wurde durch eine bessere Beurteilung der Machbarkeit, der aus der Gruppenkohäsion resultierenden sozialen Unterstützung sowie einer dezidierten Beschreibung der erlernten Handlungsweisen von Seiten der Rehabilitanden der IG deutlich, dass diese im Vergleich zur KG deutlich stärker von der Teilnahme am Training profitierten.

Als Hauptbarrieren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurden unabhängig von Behandlungsgruppe und Depressivität berufliche und familiäre Belastungen sowie ein Mangel an Motivation und Volition identifiziert. Als Förderfaktor zum Management dieser Barrieren betrachteten die Rehabilitanden das Vorhandensein von sozialer Unterstützung in Form von Nachsorgeangeboten.

**Teilstudie 2.** Die Rehabilitanden der vier Fokusgruppen ( $N=12$ ; 2xFG\_IG<sub>depr</sub>  $n=5$ ; 2xFG\_KG<sub>depr</sub>  $n=7$ ) der IG äußerten eine hohe Zufriedenheit mit Debora und eine sehr gute Machbarkeit der Trainingsinhalte. Weiterhin wurde eine Vielzahl erlernter Handlungsweisen berichtet, die sich insbesondere auf den Bereich des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses konzentrierten. Die Gruppenkohäsion wurde in den IGs deutlich hervorgehoben und die Vorzüge aus der daraus resultierenden sozialen Unterstützung betont. Die Ergebnisse der Fokusgruppen bestätigten somit die der Einzelinterviews. Abweichend zu den Ergebnissen der Teilstudie 1 waren die Zufriedenheit und die Einschätzung der Machbarkeit in den Fokusgruppen der KGs deutlich schlechter, was sich auf Mängel bei der Einbettung des Trainings in die Klinikroutine, eine mangelhafte

Gruppenkohäsion sowie eine insgesamt nicht genügende Ausrichtung des Trainings auf das Bildungsniveau bzw. die Gesundheitskompetenz zurückführen ließ. Zudem wurde insgesamt deutlich, dass die Durchführung des Trainings durch den Therapeuten einen starken Einfluss auf die Beurteilung des Trainings hatte.

Berufliche Belastungen wurden in allen Fokusgruppen übereinstimmend als Hauptbarriere zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen genannt. Die Rehabilitanden wünschten sich zum Überwinden dieser Barrieren, wie bereits in Teilstudie 1 berichtet, mehrheitlich soziale Unterstützung.

**Teilstudie 3.** In den Fokusgruppen der Experten ( $N=16$ ) wurde die Akzeptanz des Trainings und der Stellenwert einer formativen Evaluation für die Implementierung von Patientenschulungen bestätigt. Insbesondere eine Berücksichtigung von spezifischen Klinikgegebenheiten sowie die Partizipation der durchführenden Experten sind demnach für eine größtmögliche Akzeptanz durch die Experten und die Machbarkeit erforderlich.

Als Barrieren wurden kongruent zu den Ergebnissen der Teilstudie 1 Defizite in Motivation und Volition der Rehabilitanden betrachtet. Als Förderfaktoren zum Management dieser Barrieren wurden auch von Expertenseite entsprechende Nachsorge-Angebote gefordert. Die Resultate der deskriptiven Befragung der Rehabilitanden ( $N=1.467$ ; KG  $n=985$ ; IG  $n=482$ ) hinsichtlich der Wichtigkeit der Themen, ihres Nutzens im Alltag sowie der Gesamtbewertung der Module bestätigten ebenso die gute Akzeptanz und Machbarkeit aus Patientensicht.

**Handlungsempfehlungen.** Implikationen für die Trainingskonzeption von Debora ergaben sich im Bereich der Bedürfnisorientierung, der Vertiefung von Inhalten zum Thema Stress- und Problemlösung, dem Angebot zusätzlicher therapeutischer Einzelbetreuung, der Berücksichtigung spezifischer Gruppen- und Klinikgegebenheiten sowie der Ausbildung der Trainer. Die sich in den Ergebnissen abzeichnende Überlegenheit der IG gegenüber der KG legt nahe, dass das gesamte Training mit acht Sitzungen durchgeführt werden sollte. Darüber hinaus sprechen die Ergebnisse insgesamt für die Notwendigkeit einer Bedürfnisorientierung bei Patientenschulungen und der Rehabilitation und sollte darüber hinaus in der Forschung stärker berücksichtigt werden. Demnach ließe sich langfristig über eine gezielte Berücksichtigung der individuellen Barrieren und der Förderfaktoren für deren Management nicht nur die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen, über z. B. Versorgungsketten, sondern ebenso die Qualität der Angebote in den Rehabilitationseinrichtungen verbessern. Des Weiteren ließen sich aus den Ergebnissen eine Vielzahl von Implikationen für die Rehabilitation und Forschung ableiten, wie insbesondere die

Anpassung der Rehabilitationsdauer sowie die Notwendigkeit der Etablierung psychologischer Interventionen.

**Schlussfolgerungen.** Der Bedarf und die Relevanz von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität sind eindeutig vorhanden und nehmen stetig zu. Die Ergebnisse der formativen Evaluation von Debora ergaben eine hohe Akzeptanz und Machbarkeit der Trainingsinhalte, was für die zielgruppenspezifische Konzeption des Trainings spricht. Zudem wurde eine Vielzahl an erlernten Handlungsweisen und somit erste Belege für die Wirksamkeit des Trainings berichtet.

Zunehmende psychosoziale Belastungen und die damit zusammenhängende Notwendigkeit der Integration depressionsspezifischer Inhalte in der Rehabilitation verdeutlichen den Nutzen der Etablierung von Debora in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO). Aber auch über die Grenzen der VMO hinaus sollte die Implementierung von depressionsspezifischen Patientenschulungen stärkere Beachtung finden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse des vorliegenden Promotionsvorhabens wichtige Beiträge zur Optimierung des Trainings Debora sowie für die Evaluationsforschung leisten. Darüber hinaus ermöglichen die zahlreichen Implikationen, insbesondere im Bereich des Screenings, der Bedürfnisorientierung, der Anpassung der Rehabilitationsdauer sowie der Notwendigkeit des Aufbaus von Versorgungsketten, eine langfristige Verbesserung der Qualität von Angeboten für Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität und leisten somit einen bedeutsamen Beitrag für die Prävention und Rehabilitation.

**Abstract: Qualitative evaluation of the pain competence- and depression prevention training Debora in multidisciplinary inpatient rehabilitation.**

**Theoretical background.** Regarding origin, progression and chronification of back pain, psychosocial factors such as depressive symptoms play a major role. Increasing prevalence of back pain and mental comorbidities are associated with a variety of consequences for health economics and life quality and imply a need for an integration of requirement-oriented, depression-specific content in treatment planning. This demand was implemented in the disorder-specific psychological group intervention Debora (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017) for patients with chronic low back pain (CLBP) and depressive symptoms. As part of a formative evaluation scientific findings shall be achieved, which serve both as a basis for recommendations for optimization and establishment of a pain competence- and depression prevention training as well as for health service in order to improve the long-term rehabilitation success in CLBP.

**Research questions.** This projects' aim was the investigation of the pain competence- and depression prevention training Debora in terms of acceptability and feasibility from the point of view of patients and experts. In addition, barriers and beneficial factors for the barriers management of patients should be identified to implement health-promoting behaviors.

**Methods.** In order to examine the research questions a methodological triangulation was utilized including 26 problem-centered interviews with patients (study 1;  $N=26$ ), four focus groups (FG) of patients (study 2;  $N=12$ ) and four focus groups of experts (study 3;  $N=16$ ). To analyze the sample of Study 1 and 2 in terms of the independent variable "treatment group" (intervention group, IG; control group, CG ) was investigated. Patients of the CG obtained the pain competence training. Patients of the IG also get the depression prevention training. In addition, an investigation of the independent variable "depression" was carried out. For this purpose patients were grouped by the German version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012) in patients with low (IG, CG) and increased degree of depression ( $IG_{depr}$ ,  $CG_{depr}$ ). The survey was conducted using qualitative semi-structured interviews following training participation (post) and evaluated by content analysis according to Mayring (2015). By using the program MAXQDA 11, the interviews' results were categorized to list the different samples on the subjects' acceptability, feasibility, learned behaviors, barriers and barriers management. Further, a quantitative survey was conducted to assess the participants' satisfaction.

In addition, with the help of 1.467 evaluation sheets (study 3;  $N=1.467$ ), the responses of study participants were recorded to evaluate the importance of the topics, its benefits for

everyday life as well as an overall assessment of each of the four respectively eight training sessions regarding the independent variables "hospital" and "treatment group" recorded. The analysis was realized by using descriptive statistics in Excel, 2013.

**Study 1.** Regarding the acceptance of its content, participants expressed a high level of satisfaction for Debra (N=26; IG n=8; CG n=8; IG<sub>depr</sub> n=5; CG<sub>depr</sub> n=5). A comparison between IG and CG showed that the IG was more satisfied with the training schedule than the CG. In addition, independent from degree of depression a variety of learned behaviors was reported. Further, to achieve a biopsychosocial understanding of disease were among the favored and most commonly reported and learned behaviors. Obtained results confirmed the feasibility of the training. Finally through an improved evaluation of the feasibility and resulting from the group cohesion social support and a more detailed description of learned behaviors by IG-patients, it turned out that these patients derived more benefit from participating in the training than CG-patients did.

Regardless of treatment group and depression, burden of work and family and a lack of motivation and volition have been identified as main barriers to the implementation of health-promoting behaviors. According to the patients' opinion the availability of social support in form of aftercare recommendations was a promoting factor for the handling of these barriers.

**Study 2.** In terms of acceptability and feasibility of the training content patients of the four focus groups (N=12; 2xFG\_IG<sub>depr</sub> n=5; 2xFG\_CG<sub>depr</sub> n=7) of the IG expressed high satisfaction and feasibility of Debra. Further a variety of learned behaviors has been reported, which were especially focused on the field of biopsychosocial disease understanding. Due to its benefits from resulting social support, group cohesion was clearly highlighted in the IGs. The results of the focus groups thus confirmed the results of the problem-centered interviews. Notwithstanding the results of study 1, were the satisfaction and the assessment of the feasibility in the focus groups of CGs significantly lower, which can be attributed to shortcomings in the integration of the training into clinical routine, a lack of group cohesion and insufficient alignment of the training to the patients' level of education or health literacy. It turned out that the implementation of training by the therapist strongly influences its evaluation.

All focus groups have reported that work burdens represent the main barrier to introduce health-promoting behavior. To cope with these barriers a demand for social support has been noted, as already reported in study 1.

**Study 3.** In the focus groups of experts (N=16) the acceptance of the training and the importance of a formative evaluation for the implementation of patient education programs

was confirmed. In particular, consideration of specific clinic conditions and the participation of experts were necessary for a maximum of acceptance and feasibility.

In accordance with the results from study 1, shortfalls in motivation and volition of patients were realized as barriers. Experts demanded for after-care interventions as promoting factors to manage these barriers. The results of the descriptive survey of patient's ( $N=1,467$ ; CG  $n=985$ ; IG  $n=482$ ) regarding importance of the issues, benefit of the topics for everyday life as well as the overall evaluation of the modules also confirmed the good acceptability and feasibility from the patients point of view.

**Recommended course of action.** Implications for the training conception of Debora arose in the topics need orientation, improvement of contents about stress and problem solving, the offering of additional individual therapeutic care, considerations about conditions concerning groups and clinics and the training of coaches. The overall better results of the IG compared to the CG suggest that all training sessions with eight sessions promise higher success. In addition, the results generally propose a focus on patients' needs during education and rehabilitation and therefore more attention should be paid on these topics in further research. Accordingly, effectiveness and sustainability of interventions (e.g. considering supply chains) as well as quality of offers from rehabilitation centers could be improved through a more focused consideration of barriers and promoting factors for their management. Furthermore, a variety of implications for rehabilitation and research could be derived from the results, especially adjusting the period of rehabilitation and the need to establish psychological interventions.

**Conclusions.** Need and relevance of prevention for people with CLBP and mental comorbidity are evident and increase constantly. The results from the formative evaluation of Debora showed high acceptability and feasibility of the training contents, accounting for the group oriented design of the training. A variety of learned behaviors was reported constituting a first evidence for the effectiveness of the training.

The increase of psychosocial stress in society and the resulting need for depression-specific content in rehabilitation demonstrate the potential of an implementation of Debora in multidisciplinary inpatient rehabilitation. But even beyond the focus of multidisciplinary inpatient rehabilitation, it is recommended to implement depression-specific patient education.

Finally the results of this project represent an important contribution to the optimization of the training Debora and to evaluation research. Furthermore the numerous implications, particularly in the field of screening, the orientation towards needs, the adaptation of the rehabilitation period and the need to develop supply chains, promote long-term improvement in the quality of offers for patients with CLBP and psychological comorbidity and thereby achieved important contribution for prevention and rehabilitation.

# 1 Theoretischer Teil

## 1.1 Problemstellung und Überblick

Rückenschmerzen zählen zu den **häufigsten gesundheitlichen Problemen der Bevölkerung** (Schmidt, Raspe & Pfingsten, 2007). Studien zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz der deutschen Bevölkerung für chronische Rückenschmerzen bei über 20 % (Kohler & Ziese, 2004; Lange, 2011). So sind etwa 5 bis 8 Millionen Deutsche von chronischen Schmerzen betroffen, die nicht nur ihre Gesundheit sondern ebenso ihre Lebensqualität erheblich einschränken (Nolet, Kristman, Côté, Carroll & Cassidy, 2015; Schmidt, Fahland & Kohlmann, 2011). Chronische Rückenschmerzen (CRS) führen jedoch nicht nur zur Beeinträchtigung der Lebensqualität von Menschen mit CRS (Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger & Nilges, 2011, S. 16), sondern ebenso zur Zunahme der jährlichen Kosten für das Gesundheitssystem auf bis zu 48,9 Mrd. Euro (Wenig, Schmidt, Kohlmann & Schweikert, 2009).

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von CRS sind psychosoziale Faktoren von großer Bedeutung (Fahland, Kohlmann, Hasenbring, Feng & Schmidt, 2012; Schmidt, Bernert & Spyra, 2014, S. 385). Zudem begünstigen psychische Erkrankungen, insbesondere die Depression, den Chronifizierungsprozess (Mohr, Gräf, Forster, Krohn-Grimberghe, Kurzeja et al., 2008; Schwarz et al., 2008). Die Prävalenzrate für psychische Erkrankungen bei Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen ist im Vergleich zu Rehabilitanden ohne CRS mehr als zweifach erhöht (Härter, Baumeister & Bengel, 2007). Demnach ist die psychische Komorbidität ein wesentlicher Aspekt bei der Rehabilitation chronisch Kranker. Die Integration geeigneter Behandlungsmaßnahmen in die Therapieplanung und Behandlung von CRS zur **Prävention und Mitbehandlung depressiver Symptome ist demnach indiziert** (Arnold et al., 2014; Tlach & Hampel, 2010, S. 418) und kann nicht nur die individuellen Konsequenzen sondern ebenso die gesundheitsökonomischen Kosten für die Rehabilitanden verringern (Schmidt et al., 2014). Zu den aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Bund, 2013) geeigneten Kernangeboten zur Therapie und Behandlung von CRS zählt das biopsychosoziale Modell.

Das **biopsychosoziale Modell** ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes von CRS in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO). Mithilfe dieses Modells wird den Rehabilitanden das Zusammenwirken und der Einfluss

von Körper, Psyche und Verhalten auf das Schmerzerleben und die chronische Krankheit verdeutlicht (DRV-Bund, 2013, S. 11). Dies impliziert, dass ebenso die Lebenssituation und demzufolge bestehende Risiko- und Schutzfaktoren der Rehabilitanden für die erfolgreiche Schmerzbewältigung berücksichtigt werden sollten (Koch, Mehnert & Strauß, 2011, S. 30). Darüber hinaus wird die Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nach Schwarzer (2002) maßgeblich von den vorhandenen Ressourcen, der Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie von Barrieren beeinflusst. Die **Ermittlung der Bedürfnisse von Rehabilitanden** hinsichtlich der Rehabilitation ist demzufolge sowohl ein erster wichtiger Schritt in der effektiven Behandlung als auch in der Unterstützung beim Barrierenmanagement zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Trotz der vielfältigen verhaltensmedizinischen Behandlungsansätze in der Rehabilitation liegt die Rückfallquote von Rehabilitanden mit erstmaligem Rückenschmerz bei über 50% (Greitemann, Dibbelt, Fröhlich & Niemeyer, 2012, S. 379). Der Einsatz von störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungselementen wie Angst- oder Depressionspräventionsstrainings könnte diese geringen und zeitlich instabilen Effekte verbessern (Hampel, Gemp, Mohr, Schulze & Tlach, 2014, S. 2). Eine Form dieses Behandlungselements im stationären sowie im ambulanten Setting sind Patientenschulungen. Patientenschulungen beschreiben komplexe Interventionen im Gruppensetting, bei denen Wissensvermittlung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells behandelt wird (Petermann, 2014). Das Ziel von Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen ist in erster Linie eine Förderung der Compliance und des Empowerments. Die Effektivität von Patientenschulungen im Kontext der Rehabilitation wurde in zahlreichen Studien belegt (vgl. Faller, Reusch, Ströbl & Vogel, 2008; Kamper et al., 2015). Derzeit stellt die Implementierung von Patientenschulungen jedoch immer noch eine Herausforderung im Klinikalltag dar (Faller, Reusch & Meng, 2011a, S. 291). Bei der **Patientenschulung Debora** (Wirksamkeit eines **Depressionsbewältigungstrainings** in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen **Rehabilitation**) handelt es sich um ein solches störungsspezifisches psychotherapeutisches Behandlungselement, das speziell für den Einsatz in der stationären VMO konzipiert wurde (Mohr et al., 2017).

Die vorliegende Dissertation ist im Rahmen der Entwicklung, Durchführung und Evaluation des Forschungsprojektes Debora entstanden. Es soll untersucht werden, ob die Schulung den gültigen Qualitätskriterien einer Patientenschulung entspricht und den Bedürfnissen der Rehabilitanden und der durchführenden Experten gerecht wird (Ströbl et al., 2009), um eine erfolgreiche Implementierung in der VMO zu ermöglichen. Die Untersuchung erfolgt auf Basis qualitativer Forschungsmethoden (Mayring & Fenzl,



2014), um die individuellen Erfahrungen, Meinungen und Vorstellungen der Zielgruppe explorieren und analysieren zu können. Die **formative Evaluation der Schulung** prüft inwieweit die Prozessqualität des Depressionspräventionstrainings in der VMO gegeben ist. Darüber hinaus sollen erste Hinweise auf die Wirksamkeit und somit auf die Ergebnisqualität des Trainings (summative Evaluation) ermittelt werden. Die so gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse dienen als Grundlage für Handlungsempfehlungen für Patientenschulungen, zur Optimierung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationseffekten sowie für die Prävention und Rehabilitation.

Im theoretischen Teil der Arbeit, dem **Kapitel 1**, wird ein umfassendes Resümee über die wichtigsten Hintergründe zur Thematik CRS, psychische Komorbidität und Rehabilitation gegeben. Das Resümee beinhaltet eine Schilderung der Epidemiologie sowie der für die Chronifizierung ausschlaggebenden Aspekte unter Beschreibung des biopsychosozialen Modells. Darüber hinaus wird die Lebenssituation chronisch Kranker einschließlich möglicher Risiko- und Schutzfaktoren sowie der Stellenwert von Gesundheitsverhaltensmodellen für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen thematisiert. Darauf folgt eine Beschreibung der Qualität, Effektivität und Nachhaltigkeit von Rehabilitation und Patientenschulungen sowie von bisherigen Interventionsmaßnahmen. Das Kapitel schließt mit der eingehenden Beschreibung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora sowie einer abschließenden Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Relevanz des Forschungsvorhabens. Nachdem der Aufbau des Promotionsvorhabens sowie die Methodik unter **Kapitel 2** dargelegt wurden, erfolgt die Beschreibung der drei Teilstudien unter **Kapitel 3 bis 5**. Unter **Kapitel 6** erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse unter Einbezug des theoretisch erarbeiteten Wissens, einschließlich einer kurzen Diskussion der für die Untersuchung angewandten Methoden. In **Kapitel 7** erfolgt eine Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen für das Training, die Reha sowie die Forschung. **Kapitel 8** beinhaltet eine abschließende Schlussfolgerung aus dem theoretischen und empirischen Teil der Arbeit.

## 1.2 Chronischer Rückenschmerz

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der deutschen Bevölkerung (Raspe, 2012; Schmidt et al., 2007). Der Schmerz als solches wird mit einem **unangenehmen Sinnes- und Gefühlserlebnis beschrieben**, welches mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verbunden ist (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 7). Rückenschmerz bezeichnet per Definition das Vorhandensein von Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens. Hierbei können sich die Schmerzen bis zur Gesäßfalte erstrecken und unter Umständen in die Beine ausstrahlen (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 16).

**Differenzierung.** Die Form des Schmerzes wird in **akuten, rezidivierenden und chronischen Rückenschmerz** (s. Kap. 1.2.1) unterschieden. Diagnostisch wird darüber hinaus zwischen unspezifischen und spezifischen Rückenschmerzen differenziert. **Spezifische Rückenschmerzen** können auf eine körperliche Ursache zurückgeführt werden, wie z. B. auf einen Bandscheibenvorfall. **Unspezifische Rückenschmerzen** beschreiben hingegen funktionelle Rückenschmerzen, die sich nicht anhand eines organischen Befunds erklären lassen (Raspe, 2012; s. Kap. 1.2.1). Wachter (2014, S. 25) zufolge sind jedoch lediglich 20% aller Rückenschmerzen spezifischer Natur. Dagegen zählen 80% zu den unspezifischen Rückenschmerzen, bei denen die Chronifizierungsgefahr sehr hoch ist. Die Symptome unspezifischer Rückenschmerzen klingen bei 80 bis 90% der Patienten innerhalb eines Zeitraums von 6 bis 8 Wochen mit oder ohne Behandlung wieder ab (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, BÄK, 2015). Bei einem unveränderten Bestehen des Schmerzes zwischen der 7. und 12. Woche, erhöht sich die Chronifizierungsgefahr jedoch deutlich (Göbel, 2001).

**Epidemiologie.** Hochrechnungen zufolge sind in Deutschland rund 5 bis 8 Millionen Menschen von CRS betroffen (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 17). Studien zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz der deutschen Bevölkerung für CRS sogar bei über 20 % (Kohler & Ziese, 2004; Lange, 2011). Langfristig ist aufgrund des demografischen Wandels mit einem Anstieg von CRS zu rechnen (Greitemann et al., 2012, S. 379). Rückenschmerzen sind jedoch nicht nur ein Problem des hohen Erwachsenenalters, immer häufiger treten diese bei unter Dreißigjährigen auf. So litten einer Umfrage des Robert Koch-Instituts (RKI; 2006) zufolge mehr als 50% der Männer und mehr als 60% der Frauen unter 30 Jahren an CRS. Außerdem weisen Frauen ein stärkeres Chronifizierungsrisiko als Männer vor (BÄK et al., 2015; Tlach & Hampel, 2010).

Zudem verursachen Rückenschmerzen hohe jährliche Kosten für das Gesundheitssystem (Wenig et al., 2009) und waren im Jahr 2010 die Ursache für 14,5 Millionen AU-Tagen (unter den AOK-Pflichtmitgliedern; Raspe, 2012). Rückenschmerzen und die damit verbundenen Kosten stellen somit ein volkswirtschaftliches Problem dar (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 16).

### 1.2.1 Chronifizierung

Breivik, Collett, Ventafridda und Gallacher (2006) zufolge werden Rückenschmerzen als chronisch bezeichnet, wenn sie **mindestens sechs Monate oder länger anhaltend oder rezidivierend auftreten**. Dieses Kriterium hat sich in der Forschung und klinischen Praxis etabliert (Rief, Treede & Schweiger, 2009). Somit ist die Dauer von Rückenschmerzen eine Möglichkeit der Klassifikation, bei der zwischen

- **akuten** (Dauer von weniger als sechs Wochen),
- **subakuten** (Schmerzen weniger als 12 Wochen) und
- **chronischen Verläufen** (mindestens 6 Monate oder länger)

differenziert wird (Raspe, 2012). Während akute und subakute Schmerzen nur kurz andauern, eine bekannte Ursache haben und durch ihre Warnfunktion eine Berechtigung im Körper besitzen, verhält es sich mit CRS gegenteilig. Die Ursache von CRS ist meist unbekannt und/oder vielschichtig (s. Tab 1; Wachter, 2014). Der Schmerz als solches besitzt nicht länger eine Warnfunktion, hält jedoch dauerhaft an. Die Differenzierung zwischen den Verläufen ist erforderlich, um die Patienten angemessen zu behandeln (Kappesser & Hermann, 2013, S. 504).

Tabelle 1: Differenzierung zwischen akuten und chronischen Schmerzen (modifiziert nach Kröner-Herwig et al., 2011, S. 10; Wachter, 2014).

Schmerzmerkmal	akut	chronisch
Dauer	nur kurz andauernd	länger als 6 Monate andauernd bzw. wiederkehrend
Funktion	Warnfunktion	meist keine körperliche Warnfunktion
Ursache	bekannt z. B. Verletzung	vielschichtig, unbekannt oder bekannt z. B. CRS
Behandlung	kurzfristige Behandlung der Schädigung z. B. Medikamente	langfristige Behandlung mit Abbau schmerzfördernder Bedingungen z. B. ausgewogene Aktivitäten
Behandlungsziel	Beseitigung der Ursachen Schmerzfreiheit	Reduktion der Schmerzauslöser , aktiver Umgang mit dem Schmerz, Schmerzlinderung

**Diagnose.** Bei der Diagnose CRS müssen sowohl somatische als auch psychosoziale Komponenten abgeklärt werden (Greitemann et al., 2012, S. 379). Das erstmalige Auftreten wird meist von exogenen Faktoren begünstigt, die psychosozialen Faktoren tragen jedoch maßgeblich zur Chronifizierung bei. Von besonderer Relevanz bei der Diagnose unspezifischer Rückenschmerzen, ist der **Ausschluss spezifischer Ursachen**, wie z. B. Fraktur, Tumor oder Infektion. Diese spezifischen Ursachen wurden unter dem Begriff „**red flags**“ zusammengefasst (vertiefend s. Raspe, 2012 S. 8-10).

Zu den Diagnosen nach ICD-10-GM (Graubner, 2016) im Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99), die am häufigsten für unspezifischen CRS genannt werden, zählen:

Kasten 1: Häufigste Diagnosen nach ICD-10-GM für unspezifischen CRS (Graubner, 2016, Kapitel XII).

M54.4 Lumboischialgie:

- Lendenschmerz
- Lumbago
- Überlastung der Kreuzbeinregion

M51.9 Bandscheibenschäden

M53.9 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet

Im Jahr 2009 wurde die **Schmerzdiagnose F 45.4** in der ICD-10 neu etabliert (Dilling, 2010, S.195-196). Diese orientiert sich am DSM-IV (307.89) und beschreibt den **chronischen Schmerz als multidimensionales Geschehen**, „*bei dem biologische Prozesse mit behavioralen und kognitiv-emotionalen interagieren*“ sowie den mittelbaren Einfluss sozialer Faktoren auf das Schmerzgeschehen (Kröner-Herwig, 2014a, S. 58).

Die frühzeitige Identifizierung des Chronifizierungsrisikos wird sowohl von nationalen wie internationalen Leitlinien empfohlen. Dies ist bereits bei einer Schmerzdauer über vier Wochen indiziert, um bedeutsame psychosoziale Risikofaktoren zu identifizieren und dem daraus resultierenden Prozess von akuten zu chronischen Rückenschmerzen entgegenzuwirken. Zu einem weiteren Risikofaktor zählt eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit im Alltag, die sich über eine schlechtere Beurteilung der Lebensqualität erfassen lässt. Die **frühzeitige Identifizierung des Chronifizierungsrisikos** ließe sich beispielweise über die **Nutzung von Screeninginstrumenten** aus der Tabelle 2 ermöglichen.

Tabelle 2: Screeninginstrumente zur Identifizierung eines Chronifizierungsrisikos.

Psychosozialer Parameter	Screeninginstrument
Depressive Symptome	Allgemeine Depressionsskale (ADS; Hautzinger et al., 2012)
Angst bei körperlichen Erkrankungen	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)
Dysfunktionale Schmerzverarbeitung auf emotionaler, kognitiver und behavioraler Ebene	Kieler Schmerz-Inventar (KSI; Hasenbring, 1994)
Schmerzverarbeitung	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV; Geissner, 2001)
Subjektiver Gesundheitsstatus	Indikatoren des Reha-Status (IRES-3; Bührlen, Gerdes & Jäckel, 2005)
Lebensqualität	SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. SF-12 Kurzversion des SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 2011)

Die praktische Anwendung von Screeninginstrumenten ist jedoch umstritten und nicht zufriedenstellend (Schmidt, Lindena, Pflingsten, Kohlmann & Chenot, 2014). Eine Weiterentwicklung neuer Erhebungsinstrumente für psychosoziale Risikofaktoren ist demnach indiziert. Nur so kann dem Chronifizierungsprozess und dem Entstehen von langwierigen und kostenintensiven Krankheitsverläufen entgegengewirkt werden (BÄK, 2015).

Zu Erfassung des **Grads der Schmerzchronifizierung** eines Patienten wurde das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (Mainz Pain Staging System, MPSS; Gerbershagen, 1996) entwickelt. Dabei wird der Grad der Chronifizierung durch einen Arzt multikausal erfasst, um eine Klassifikation von CRS sowie den Vergleich von Patienten in verschiedenen Behandlungsstudien zu ermöglichen. Dafür ist eine Einschätzung der Chronifizierung auf vier Achsen (s. Abb. 1) notwendig. In einer Studie von Hampel und Moergel (2009) konnten die Kriteriumsvalidität, die klinische Bedeutsamkeit sowie die Vorhersagevalidität des MPSS erneut belegt werden.

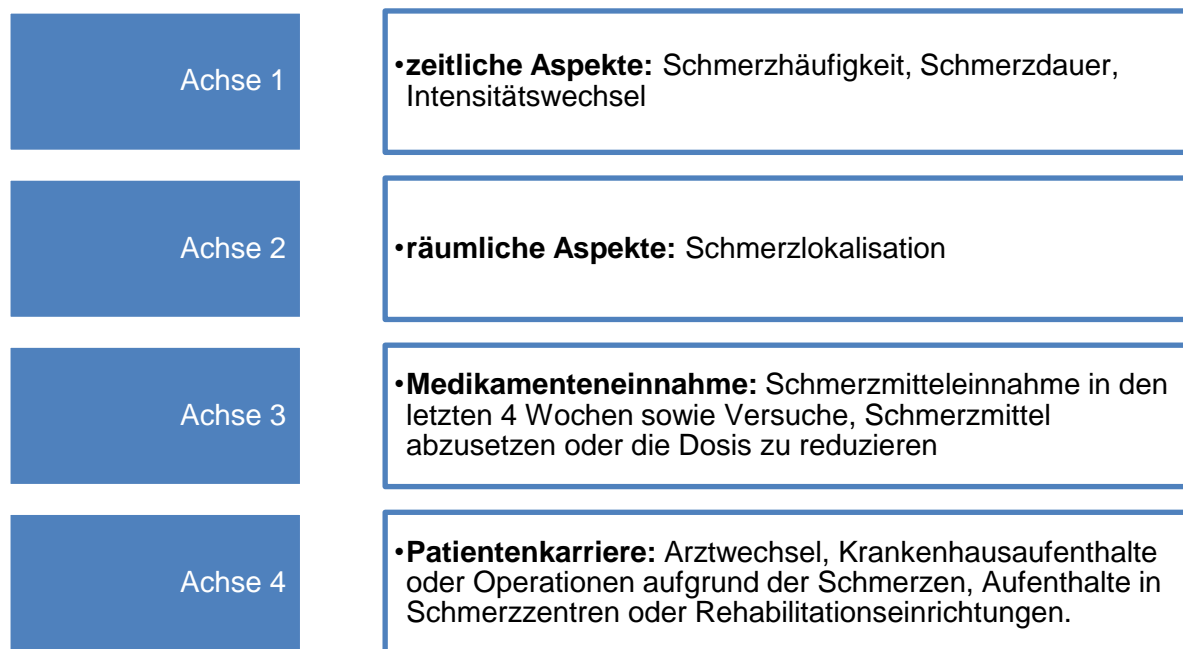


Abbildung 1: Die Achsen der Schmerzchronifizierung (angelehnt an Gerbershagen, 1996).

### 1.2.2 Biopsychosoziale Faktoren

Chronischer Schmerz ist jedoch mehr als das reine Schmerzerleben. Er ist ein multidimensionales Syndrom, von dem nicht nur der Körper, sondern ebenso die Psyche und das Verhalten des Erkrankten betroffen sind. Die Auswirkungen von Rückenschmerzen zeigen sich somit auf physiologisch-organischer, kognitiver sowie auf verhaltens- und sozialer Ebene (Pfingsten & Hildebrandt, 2011). Die verschiedenen Ebenen sollen nun kurz erläutert werden.

**Physiologisch-organische Ebene.** Bei Rückenschmerzen liegt zu Krankheitsbeginn ein Schmerzreiz vor, der beispielsweise auf Muskelverspannungen oder Entzündungen basiert und im zentralen Nervensystem verändert wird (Waddell, 2005). Bei andauernden Schmerzreizen verändern sich das periphere und zentrale Nervensystem. Dies bewirkt, dass langfristig die Schmerztoleranz sinkt (Magerl & Treede, 2011). Die »Gate-control-Theorie« von Melzack und Wall (1965) verdeutlicht den Einfluss des Gehirns auf die Schmerzwahrnehmung (vgl. Wachter, 2014, S. 6–9). Eine Veränderung der Nervenzellen und ihrer Funktion, hier der schmerzverarbeitenden Nervenzellen, wird Neuroplastizität genannt. Bei chronischen Schmerzen entsteht auf diese Weise eine zentralnervöse Veränderung bzw. ein „**Schmerzgedächtnis**“. Dieses bewirkt, dass selbst geringe Reize oder Berührungen, ob schmerzhaft oder nicht, eine verstärkte Schmerzverarbeitung bewirken, und bedingt somit unter anderem die Chronifizierung von Schmerzen. Spuren eines solchen zentralen Schmerzgedächtnisses können ebenso auf das klassische und

operante Konditionieren zurückzuführen sein (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 90). Das **klassische und operante Konditionieren** sowie das Modelllernen sind demzufolge ebenso für die Schmerzchronifizierung als auch für die Bildung eines Schmerzgedächtnisses verantwortlich. Stimuli, die zur Konditionierung beitragen, können z. B. Konflikte am Arbeitsplatz oder bestimmte Bewegungen wie z. B. Bücken sein. Treten diese wiederholt in Verbindung mit einer Schmerzempfindung auf, bewirken sie eine Angst-Vermeidungsreaktion (Meulders & Vlaeyen, 2013). Positive Verstärkung in Form von fürsorglichem Verhalten von Bezugspersonen kann jedoch ebenso negative Copingstrategien verfestigen. Angst und Konditionierung sind demzufolge ein wesentliches Element der Schmerzchronifizierung. Für den weiteren Verlauf der Behandlungsmaßnahmen sind somit nicht länger die auslösenden Faktoren ausschlaggebend, sondern die aufrechterhaltenden Faktoren und die Krankheitsbewältigung (Wachter, 2012). Der dadurch bewirkte Verlust von Mobilität sowie die Einschränkungen in der Funktion bewirken schließlich eine Abnahme der körperlichen Fitness (Dekonditionierung), welche den **Teufelskreis der Schmerzsymptomatik** begünstigen (Raspe, 2012).

**Kognitiv und emotional.** Kognitionen als weiterer wichtiger Einflussfaktor werden durch persönliche Erfahrungen im Lebenslauf geprägt. Der Einfluss schmerzbedingter Überzeugungen lässt sich am besten über Katastrophisieren, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie das Bagatellisieren beschreiben (Pfungsten, 2005; Pfingsten & Hildebrandt, 2011). **Schmerzbezogene Kognitionen**, insbesondere das **Katastrophisieren** sowie das **Bagatellisieren** haben sich als maladaptiv erwiesen (Scholich, Hallner, Wittenberg, Hasenbring & Rusu, 2012). Das Fear-Avoidance-Beliefs-Modell identifiziert einen kausalen Zusammenhang zwischen Katastrophisieren, Angst vor Bewegung, Bewegungseinschränkungen und erlebter Schmerzstärke und beschreibt es als eine Art Lerntheorie (van Hooff et al., 2014). Schmerzerfahrungen und die daraus resultierende „Angst vor Schmerz und Bewegung“ bewirken eine Verringerung der körperlichen Aktivität (Monticone et al., 2014) und stellen somit Risikofaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen dar (Raspe, 2012). Durchhaltestrategien (bagatellisieren) können sich jedoch ebenso als pathogen erweisen (Scholich et al., 2012; vertiefend s. Avoidance-Endurance-Modell; Pfingsten, Flor & Nilges, 2015). In diesem Fall ignorieren Schmerzpatienten die Belastungsgrenze und überschreiten diese jahrelang ohne angemessene Entspannungsphasen, was wiederum zu einem andauernden Zustand der Erschöpfung und zur Schmerzchronifizierung führt (Hasenbring & Verbunt, 2010; Wachter, 2014, S. 13). Daraus resultiert eine andauernde physische Überbelastung, die eine muskuläre Überaktivität und somit die Chronifizierung akuter Schmerzen hervorruft

(vgl. Hampel & Moergel, 2009). Laut Klenerman und Kollegen (1995) wurde in prospektiven Längsschnittstudien zur Chronifizierung akuter unspezifischer Rückenschmerzen die Bedeutung des Zusammenhangs attributionaler Kognitionen und der Aufrechterhaltung von Schmerzen bestätigt.

Darüber hinaus stellt die **emotionale Stimmung** ebenso einen entscheidenden Einflussfaktor auf das Schmerzgeschehen dar. So können Trauer, Ärger oder Angst nicht nur zu einer Verstärkung des Schmerzempfindens führen, sondern ebenso als negatives Gefühl an sich, als Schmerz empfunden werden (Wachter, 2014, S. 10). Faktoren wie **Angst und Depressivität** konnten darüber hinaus als Risikofaktoren für die Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen bestätigt werden (Nicholas, Linton, Watson & Main, 2011). Die Kausalität ist bis jetzt jedoch nicht abschließend geklärt und soll in Kapitel 1.3 näher beschrieben werden. Eine Untersuchung von Hasenbring und Pflingsten (2015, S. 104) belegt jedoch den Stellenwert von Depressivität, denn bei Patienten mit akutem lumbalen Bandscheibenvorfall und radikulärer Schmerzsymptomatik sowie einer depressiv getönten Stimmungslage ist in über 80 % der Fälle eine Operation allein nicht ausreichend, um die Entwicklung eines chronischen Schmerzbildes zu vermeiden. Positive Gefühle hingegen können das Schmerzempfinden verbessern (Wachter, 2014, S. 10). Demnach beeinflusst die emotionale Stimmung ebenso wie Kognitionen nicht nur die Schmerzverarbeitung, sondern ebenso die Empfindlichkeit gegenüber körpereigenen Signalen (Linton, 2000).

**Soziale Dimension und Verhalten.** Die **eigene Schmerzbiographie** und die damit verbundene Anzahl an Schmerzphasen, die Dauer der aktuellen Episode sowie die vollständige Krankheitsgeschichte sind maßgeblich an der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine weitere Aufrechterhaltung des CRS verantwortlich (Raspe, 2012). Oftmals steht beim Patienten das Schmerzmanagement selbst, wie z. B. Arztbesuche oder Medikamenteneinnahme, im Mittelpunkt des Alltags, was die Familienbeziehungen sowie die Kontakte zum sozialen Umfeld negativ beeinträchtigen kann (Kröner-Herwig, 2011). Einschränkung in der sozialen Teilhabe, etwa in der Aktivität im engeren und erweiterten sozialen Umfeld, können eine weitere Konsequenz der Schmerzsymptomatik sein (Arnold, Brinkschmidt & Casser, 2009). Darüber hinaus können die eben beschriebenen Kognitionen und Emotionen unangemessenes schmerzbezogenes Verhalten (z. B. Passivität, Überaktivität) auslösen. Dies führt langfristig nicht nur zu einer körperlichen Dekonditionierung oder Überforderung, sondern kann auf sozialer Ebene **negative Effekte auf soziale Beziehungen** sowie **Probleme im beruflichen Alltag** bedingen (Raspe, 2012). Darüber hinaus kann sich die häufige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie vermehrte Arbeitsunfähigkeitszeiten



negativ auf Berufs- und Privatleben auswirken (Arnold et al., 2009, S. 117). Soziale Faktoren nehmen demzufolge mittelbaren Einfluss auf das multidimensionale Schmerzgeschehen (Kröner-Herwig, 2014a, S. 58).

Langfristig können die eben beschriebenen Auswirkungen wiederum selbst den Schmerz aufrechterhalten oder verstärken und z. B. zu Schonung oder Depressivität führen und so den Teufelskreis der Schmerzsymptomatik begünstigen (s. Abb. 2; Arnold et al., 2014; Monticone et al., 2014). Darüber hinaus können vor allem arbeitsbezogene psychosoziale Risikofaktoren sowie eine hohe psychische Belastung, ein eingeschränkter Handlungsspielraum, fehlende soziale Unterstützung und eine geringe Arbeitsplatzzufriedenheit die Schmerzsymptomatik verstärken (Pfungsten & Hildebrandt, 2011). Die folgende Abbildung 2 stellt den **Kreislauf der Schmerzsymptomatik** und demzufolge die Wechselwirkungen sowie den Zusammenhang zwischen der individuellen Reaktion des Patienten auf den Schmerz und der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung dar.

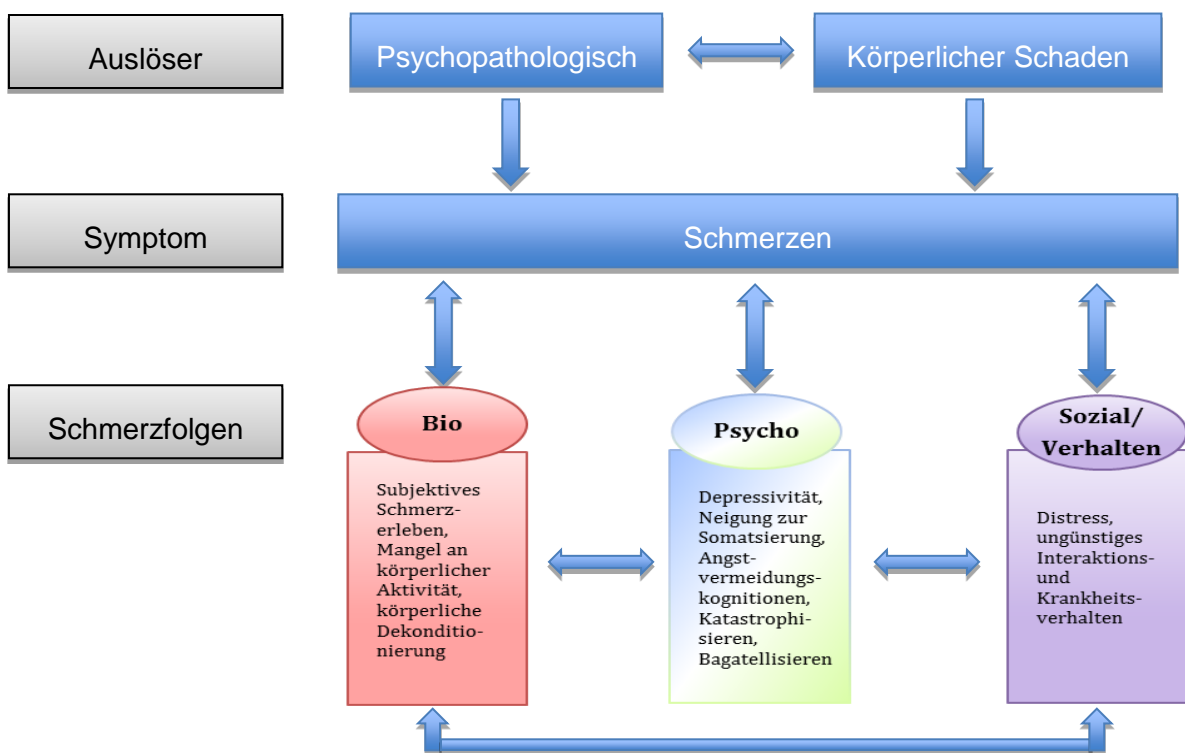


Abbildung 2: Biopsychosoziales Krankheits- und Folgenmodell für die Chronifizierung und Aufrechterhaltung unspezifischer CRS (angelehnt an Pfungsten & Hildebrandt, 2011, S. 439; entnommen aus Mohr et al., 2017, S. 12).

Aus dem chronifizierten Rückenschmerz resultiert somit eine eigenständige Erkrankung in Form eines komplexen multidimensionalen Syndroms (Korn, Richter & Piekartz, 2014).

Zusammenfassend beruht die Ursache der Chronifizierung meist auf unspezifischen Rückenschmerzen, deren exakte Diagnose ist demnach für die Rehabilitanden und die weitere Behandlung erforderlich. Eine frühzeitige Diagnose kann über Screeninginstrumente erfolgen. Es sollte aber auf jeden Fall eine Beurteilung der Schmerzchronifizierung für die weitere Behandlung und die Vergleichbarkeit der Patienten erfolgen. Gefühle, Gedanken und Verhalten sind in der Lage, das Schmerzerleben zu beeinflussen. Die Behandlung chronischen Schmerzes sollte demzufolge aus biopsychosozialer Perspektive multimodal erfolgen und psychotherapeutische Maßnahmen integrieren (Kröner-Herwig et al., 2011). Die Epidemiologie von CRS sowie die hohen direkten und indirekten Kosten sprechen dafür, die Prävention, Therapie und Rehabilitation von CRS weiterzuentwickeln, um einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Werden die Erkenntnisse des biopsychosozialen Modells angemessen eingesetzt, ist eine Berücksichtigung psychischer Störungen und vor allem die psychische Komorbidität in der Therapieplanung unerlässlich (Arnold et al., 2014, S. 2; Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 94).

### 1.3 Komorbide Depression bei CRS

Die Begleiterkrankung oder auch Komorbidität bezeichnet ein oder mehrere zusätzliche Erkrankungen zu einer Grunderkrankung. Zu einer der **häufigsten psychischen Komorbiditäten** im Krankheitsbild CRS zählt die **Depression** (Jegan, Viniol, Becker, Barth & Leonhardt, 2013; Greitemann et al., 2012, S. 380; Schmidt et al., 2014, S. 385; Wolfersdorf, 2011, S. 29). Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen besitzen im Vergleich zu Rehabilitanden ohne Schmerzen eine mehr als zweifach erhöhte Prävalenzrate für psychische Erkrankungen (Härter et al., 2007).

Der Zusammenhang von Depressivität bzw. Angst und steigender Chronifizierung wurde bereits durch zahlreiche Studien belegt (Beutel & Schulz, 2011; Mohr et al., 2008; Raspe, Hüppe & Matthis, 2003; Schwarz et al., 2008; Tlach & Hampel, 2009). Einerseits führt eine körperliche Erkrankung wie der CRS und die damit verbundenen Konsequenzen, wie z. B. länger andauernde Stress- oder Schmerzerfahrungen, häufig zu einer behandlungsbedürftigen Depression (Wolfersdorf, 2011). Andererseits stellen depressive und angstbezogene Syndrome eine besondere Belastung bei körperlichen Beschwerden dar (Morfeld & Friedrichs, 2011). Die **Ätiologie der Entstehung zwischen CRS und psychischen Störungen** ist jedoch **bislang nicht abschließend geklärt**. Derzeit existieren drei mögliche Hypothesen, die den Zusammenhang von Schmerz und Depressivität zu erklären versuchen (s. Abb. 3).

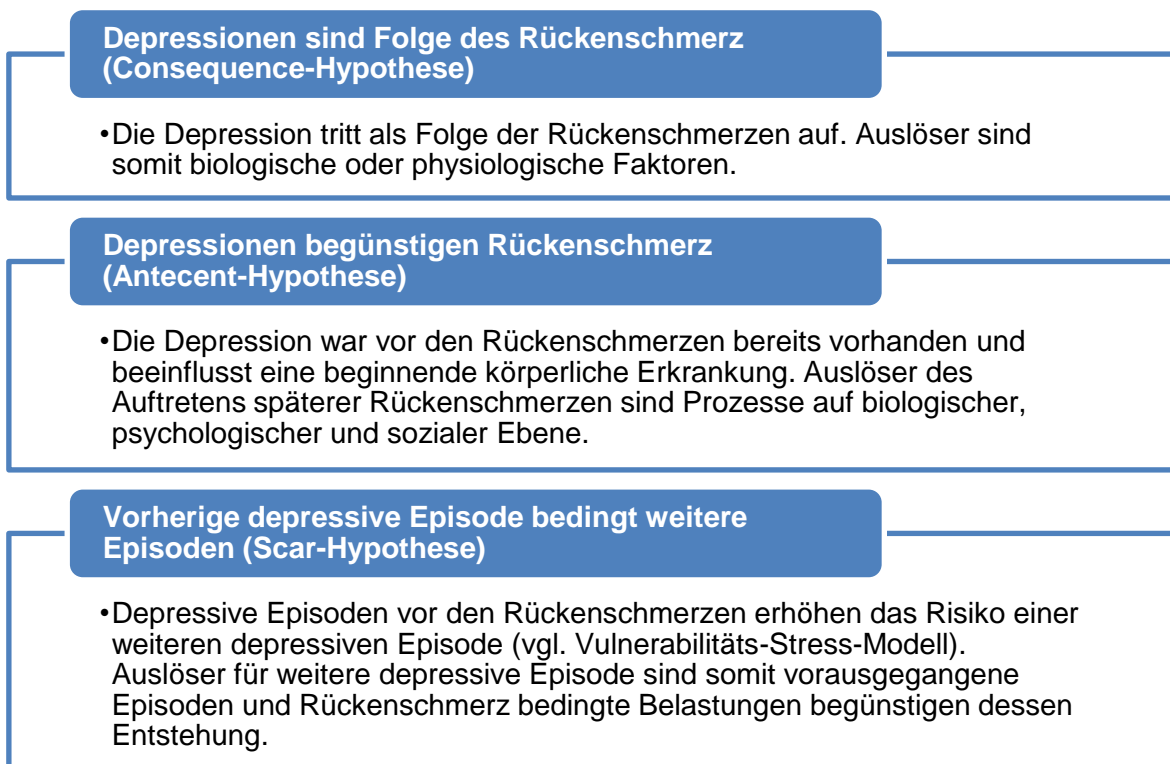


Abbildung 3: Hypothesen für den Zusammenhang von Schmerz und Depressivität.

Ob die psychische Störung den CRS bedingt oder umgekehrt lässt sich derzeit nicht abschließend feststellen (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 91). Dennoch konnte die **Consequence-Hypothese**, dass die Depressivität von oder in Folge von CRS ausgelöst wird, durch zahlreiche Studien bestätigt werden (Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff, 1997).

**Epidemiologie.** Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010) ist jeder fünfte mindestens einmal im Leben von einer Depression betroffen. Die Gesamtprävalenz für psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 27,8% (Jacobi et al., 2016) und die affektiven Störungen zählen mit 9,8% zu den Hauptstörungen. Eine Studie von Jacobi und Kollegen (2014, S. 83) belegte, dass bei 1/3 der Frauen und bei 1/4 der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren innerhalb der vergangenen 12 Monaten mindestens eine psychische Störung vorlag. Ca. 4,9 Millionen Erwachsene in Deutschland sind darüber hinaus an einer behandlungsbedürftigen unipolaren Depression erkrankt (Jacobi et al., 2014). Zudem sind etwa ein Drittel der Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation bereits zu Rehabilitationsbeginn psychisch belastet (Jahed, Bengel & Baumeister, 2012; Koch et al., 2011, S. 30; Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 94).

**Depressionen.** Depressionen zählen zu den affektiven Störungen, die als **Störungen der Stimmung und des subjektiven Gefühlszustandes** bezeichnet werden. Gekennzeichnet ist diese Form der psychischen Störung durch depressive Verstimmung, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit. Die Symptome dauern mindestens zwei Wochen an und gehen, insbesondere bei Nicht- oder unzureichender Behandlung, mit einer hohen Rezidiv- und Chronifizierungsgefahr einher (Wolfersdorf, 2011, S. 5). Die Symptome dürfen sich jedoch nicht auf psychotrope Substanzen oder organische Störungen zurückführen lassen (Wittchen et al., 2010). Zur Entstehung dieser Art von Störungen liegen unterschiedliche Theorien vor, dennoch wird grundsätzlich davon ausgegangen,

*„(...) dass komplexe Interaktionen zwischen Erfahrungen, kognitiven Vorgängen und biologischen Prozessen zur Entstehung affektiver Störungen führen“ (Hautzinger & Thies, 2009, S.72).*

**Arten von Depressionen.** Affektive Störungen lassen sich in **unipolare und bipolare Störungen** unterscheiden. Bei der unipolaren Störung handelt es sich ausschließlich um das Vorhandensein einer niedergedrückten Stimmung. Bipolare Störungen sind im Gegensatz zu unipolaren Störungen Mischformen, die sowohl manische als auch depressive Krankheitsphasen umfassen. Wiederkehrende depressive Störungen, lassen

sich zudem noch in die Dysthymie, die eine chronische depressive Stimmung leichten Grades beschreibt und die Hypomanie, die eine leichtere Form der Manie beschreibt, unterscheiden (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 170f).

Laut ICD-10 lassen sich die Depressionen nach unterschiedlichen Schweregraden und Versorgungsniveaus in **leichte, mittelgradige und schwere Depressionen** unterscheiden. Die leichten und mittelgradigen können ambulant durch Primärversorgung und allgemeine medizinische Versorgung betreut werden, die schweren hingegen hauptsächlich stationär (Wittchen et al., 2010). Kriterien die nach Wolfersdorf (2011, S. 27) auf Depressionen hinweisen sind im Kasten 2 zusammengefasst.

Kasten 2: Beschwerden einer Depressionen (entnommen aus Wolfersdorf, 2011, S. 28).

- Klagen über Veränderungen der Stimmung, Abnahme von Interesse, Antriebslosigkeit und Wertlosigkeitsgefühle, Schlafstörungen (Klagen des Patienten bzw. seiner Angehörigen über ihn)
- Klagen über rasche körperliche Erschöpfbarkeit, fehlende Belastbarkeit
- Gedanken an Selbsttötung, Todes- oder Ruhewünsche, lieber tot sein wollen, Hoffnungslosigkeit
- Zunehmende Selbstvorwürfe- und -anklagen, unangebrachte Schuldgefühle, überstarke Sorge um Angehörige, die Lebenssituation und die Welt
- Überstarke Äußerungen von Resignation, Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- Längerdauernde Appetitlosigkeit mit deutlichem unerwünschten Gewichtsverlust
- Gefühle von Trauer, Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit, die länger als zwei Wochen nicht aufhellbar sind
- Chronische Schmerzen ohne körperliche Ursache
- Merk- und Konzentrationsstörungen ohne Hinweis auf einen hirnorganischen Befund
- Offensichtliche depressive Herabgestimmtheit oder Verstimmung, auch mit Gereiztheit
- Chronische Schlafstörungen, vor allem mit Früherwachen und morgendlicher Herabgestimmtheit und Antriebsstörung

**Konsequenzen.** Die Konsequenzen einer Komorbidität sind vielseitig. Bei Patienten mit Depressivität oder anderen psychischen Beeinträchtigungen ist das Risiko für eine Chronifizierung des Rückenschmerzes höher als bei Patienten ohne psychische Beeinträchtigung (Hampel & Moergel, 2009; Raspe, 2012). Darüber hinaus weisen Patienten mit CRS und komorbider Depressivität nicht nur eine **signifikant geringere Lebensqualität** auf (Ahrens, Schiltewolf & Wang, 2010), sondern haben ebenso eine **schlechtere Behandlungsmotivation** (Härter et al., 2007). Demzufolge wirkt sich

Depressivität ohne spezifische Behandlungsmaßnahmen negativ auf den Behandlungserfolg aus (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 92). Des Weiteren sind ebenso die durch die Komorbidität von Rückenschmerz und Depressivität bis zu 2,8-fach **erhöhten Krankheitskosten** zu beachten (Ahrens et al., 2010). Weitere Studien belegten eine ungünstige Auswirkung von Depressivität auf die return-to-work Rate (Gureje et al., 2008; Watson, Booker, Moores & Main, 2004).

**Behandlung psychischer Komorbidität bei CRS.** Die gemeinsame Behandlung von CRS und psychischer Komorbidität wurde durch eine Vielzahl von Studien gestützt (vgl. Härter, 2000; Michalski & Hinz, 2006). Die Evidenz der Wirksamkeit multidisziplinärer biopsychosozialer Programme in der Rehabilitation sowie für psychologische Interventionen liegt vor (Reese & Mittag, 2013a, S. 833). Die psychologischen Aspekte in der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen wurden in einer Literaturübersicht (Roch & Hampel, 2016) untersucht. Anhand einer selektiven Literaturrecherche von Studien der letzten fünf Jahre aus Deutschland, wurden abschließend zwölf Artikel von fünf Forschergruppen dargestellt, die Aspekte der stationären, teilstationären sowie ambulanten Rehabilitation und Nachsorge behandelten. Das Review ergab, eine Steigerung der Evidenz für die Effektivität von psychologischer Behandlung bei CRS. Defizite in der Implementationsforschung wurden im Bereich der Nachsorge ermittelt. Darüber hinaus zeigen multimodale Reha-Maßnahmen (s. Kap. 1.5.1) kurz- und mittelfristige Effektivität und decken sich mit den Leitlinienempfehlungen (Morfeld & Friedrichs, 2011). **Trotz der sehr guten Evidenz variiert der Einsatz von psychologischen Verfahren im Klinikvergleich sehr stark** (Gülich, Engel, Rose, Klosterhuis & Jäckel, 2003).

Da psychische Komorbiditäten den Rehabilitations-Erfolg maßgeblich beeinflussen (vgl. Roch & Hampel, 2016), sollte die Implementation spezifischer Programme zu einer erhöhten Wirksamkeit führen. Darüber hinaus ist unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells die **Diagnose komorbider psychischer Störungen sowie ihre Berücksichtigung in der Therapieplanung unumgänglich** (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 94). Es ist anzunehmen, dass die geringe Nachhaltigkeit verbessert werden kann, wenn die individuellen Problematiken berücksichtigt und beispielsweise störungsspezifische psychologische Behandlungselemente etabliert werden (Hampel et al., 2014, S. 2).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die psychische Komorbidität einen wesentlichen Aspekt bei der Rehabilitation chronisch Kranker darstellt. Sowohl die Diagnostik depressiver Symptome als auch die Prävention und Mitbehandlung sind bei der Behandlung unspezifischer CRS indiziert (Arnold et al., 2014). Des Weiteren können im Zuge dessen die individuellen und gesundheitsökonomischen Konsequenzen verringert werden (Schmidt et al., 2014). Die Integration geeigneter Behandlungsmaßnahmen in die Therapieplanung ist demnach erforderlich. Dennoch werden laut Baumeister und Härter (2011; vgl. auch DRV-Bund, 2011, S. 13) zur Behandlung komorbider psychischer Störungen in der Rehabilitation von CRS bislang nur unspezifische multimodale Schmerzbewältigungstrainings eingesetzt.

## 1.4 Lebenswelt von Menschen mit CRS

Etwa 11% der deutschen Bevölkerung sind im Erwachsenenalter von CRS beeinträchtigt. CRS zählt somit zu den häufigsten Schmerzbeschwerden (Breivik et al., 2006). Zu den subjektiven Beeinträchtigungen (disability), die aus diesem Krankheitsbild entstehen, zählen unter anderem das Schmerzerleben, körperliche Einschränkung sowie die subjektiv verminderte Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten des Alltags (Pfungsten & Hildebrandt, 2011). Zudem **senkt** das zeitgleiche Auftreten einer **psychischen Komorbidität die gesundheitsbezogene Lebensqualität** von chronischen Schmerzpatienten signifikant (Ahrens et al., 2010, S. 251). Diese Einschränkungen lassen sich auf die körperliche, psychische und soziale Ebenen differenzieren (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Einschränkungen chronisch Kranker (Wachter, 2014, S. 16).

Körperlich	Psychisch	Sozial
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Körperliche Sicherheit</li> <li>▪ Bewegungsfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ Selbstwertgefühl</li> <li>▪ Emotionale und körperliche Nähe, Sexualität</li> <li>▪ Kontrolle, Flexibilität, Entscheidungsfreiheit und Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeitsplatz</li> <li>▪ Bisheriger Lebensstandard, finanzielle Sicherheit</li> <li>▪ Gemeinsame Interessen</li> <li>▪ Soziale Kontakte</li> <li>▪ Bestimmte Freizeitaktivitäten</li> </ul>

Für Menschen mit CRS bedeuten diese Einschränkungen und die damit verbundenen Gefühle, wie z. B. Angst und Verzweiflung, sowie die Erkenntnis einer Chronifizierung ihres Krankheitsbildes einen **Kontrollverlust** (Wachter, 2014).

Einer Studie von Heyduck, Glattacker und Meffert (2011, S. 241) zufolge verfügen Rehabilitanden mit CRS häufiger über somatische Ergebniserwartungen (wie z. B. Schmerzreduktion oder Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit), um die Kontrolle über ihren körperlichen Gesundheitszustand wiederzuerlangen. Darüber hinaus bedingen **falsche Vorstellungen über die Ursache von CRS** die Anwendung ungünstiger Verhaltensweisen, wie z. B. die Vermeidung von Bewegung aus Angst vor Schmerzen (Broonen, Marty, Legout, Cedraschi & Henrotin, 2011, S. 364). Zu den beschriebenen Einschränkungen in der Lebensqualität von Menschen mit CRS, sind diese in ihrer Lebenssituation von Umweltbedingungen umgeben, die sich sowohl im



negativen Sinne als Risikofaktoren als auch im positiven Sinne als Schutzfaktoren auswirken und die Lebenssituation chronisch Kranker maßgeblich beeinflussen.

#### 1.4.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren beschreiben Faktoren, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung zusammenhängen (Reese & Mittag, 2013a, S. 835). Die damit verbundenen psychosozialen Faktoren sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung von CRS bedeutsamer als körperliche Faktoren (Pfungsten & Hildebrandt, 2011).

Derzeit existiert keine einheitliche Einteilung der Risikofaktoren. Neben den bereits erwähnten red flags (s. Kap. 1.2.1) erfolgte eine Zusammenfassung der psychosozialen Risikofaktoren erstmals in den **yellow flags** (Kendall, Linton & Main, 1997). Diese umfassen sowohl psychische als auch soziale Risikofaktoren und sind in den Nationalen Versorgungsleitlinien etabliert (BÄK, 2015, S. 148). Eine dezidierte Aufstellung umfassen neuere Arbeiten, die die Risikofaktoren um weitere flags ergänzen (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Aufstellung der flags (Nicholas et al., 2011).

Flaggs	Kennzeichen
<b>orange</b>	psychische Symptome bzw. Störungen
<b>yellow</b>	ungünstige Schmerzreaktionen und –verarbeitung auf kognitiver, emotionaler und behavioraler Ebene.
<b>blue</b>	subjektive Wahrnehmung eines Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit
<b>black</b>	ungünstige Arbeitsbedingung und geringe soziale Unterstützung

Ein hoher Anteil der Risikofaktoren wird demnach durch **psychische Beeinträchtigungen** und **dysfunktionale schmerzbezogene Kognitionen** aufgeklärt (Hoy, Brooks, Blyth & Buchbinder, 2010). Insbesondere eine depressive Stimmungslage nach akuten Rückenschmerzen erweist sich als signifikanter Risikofaktor für den Chronifizierungsverlauf (Raspe, 2012). Psychologische Faktoren stellen Forschungen zufolge eine bessere Möglichkeit der Vorhersage anhaltender Beeinträchtigung durch Schmerzen dar als somatische (Hasenbring & Pfingsten, 2015, S. 115).

**Dysfunktionale schmerzbezogene Kognitionen und Verhalten** (s. Kapitel 1.2.2) können wiederum muskuläre Insuffizienz bedingen, die sowohl die Funktion des

Bewegungsapparates dezimieren als auch die Schmerzsensibilität steigern. Langfristige Auswirkungen dieses Teufelskreis der Schmerzsymptomatik, wie z. B. der Verlust sozialer Kontakte durch Inaktivität, bedingen folglich den Verlust positiver Verstärkung, was wiederum weitere Einschränkungen und fehlerhafte Bewegungen bedingt (Monticone et al., 2014).

**Konflikte und Stressoren in Familie und Beruf**, wie z. B. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz sowie eine inadäquate Diagnostik und Therapie gelten ebenso als Risikofaktor für die Chronifizierung von Rückenschmerzen (BÄK, 2015). Darüber hinaus kann die verbale (und paraverbale) Kommunikation des Patienten „pain talk“ bzw. eine zu starke Fokussierung auf den Schmerz in der Kommunikation, zu Schwierigkeiten in Familie und Beruf führen (Kröner-Herwig, 2014a, S. 60).

**Andere Faktoren in Diagnostik und Therapie**, wie z. B. passive Therapiekonzepte, zählen ebenso zu den bekannten Risikofaktoren. Die folgende Tabelle 5 stellt die eben beschriebenen Risikofaktoren anhand von Beispielen dar.

Tabelle 5: Psychosoziale und andere Risikofaktoren (in Anlehnung an Nicholas et al., 2011).

Risikofaktoren	Beispiele
<b>Psychische Symptome / Störungen</b>	a) Depressivität b) Angst c) Somatisierung
<b>Dysfunktionale schmerzbezogene Kognitionen</b>	a) Katastrophisieren b) Hilf- und Hoffnungslosigkeit c) Fear-Avoidance-Beliefs d) Negative Krankheitsvorstellungen / -überzeugungen
<b>Dysfunktionales schmerzbezogenes Verhalten</b>	a) passiv: Schon- / Vermeidungsverhalten b) suppressiv: Dauer- / Überbelastung
<b>Aktuelle individuelle, familiäre, berufs- und arbeitsbezogene Stressoren</b>	a) geringe Qualifikation b) körperliche Fehl- / Überbelastungen c) Konflikte / Kränkung d) Unzufriedenheit z. B. am Arbeitsplatz e) Mangelnde soziale Unterstützung oder Überfürsorglichkeit
<b>Andere Faktoren in Diagnostik und Therapie</b>	a) Überdiagnostik, Überbewertung somatischer Befunde b) Passive Therapiekonzepte c) Lange Krankschreibung d) Mangelnde Akzeptanz multikausaler Genese und psychosozialer Risikofaktoren

Soziodemographische und sozioökonomische Faktoren sind bislang als Risikofaktoren umstritten (Pfungsten & Hildebrandt, 2011). In anderen Studien wurde jedoch auch **Übergewicht** als modifizierender Risikofaktor benannt (Häuser, Schmutzer, Henningsen & Brähler, 2014). Eine Studie zum Einfluss des Geschlechtes auf die Schmerzchronifizierung lieferte lediglich inkonsistente Befunde (Tlach & Hampel, 2010). Wittchen, Jacobi, Klose und Ryl (2010) bezeichneten jedoch das weibliche **Geschlecht** als Risikofaktor für das Entstehen einer depressiven Erkrankung. Auch Schopper, Fleckenstein und Irnich (2013, S. 464) kamen zu dem Entschluss, das

*„psychosoziale Faktoren, wie Rollenverhalten oder Strategien zum Umgang mit Schmerzen, als wichtige Einflussgrößen identifiziert werden“*

hinsichtlich des Geschlechts stark variieren und geschlechtsspezifische Aspekte daher in der Behandlung berücksichtigt werden sollten.

Darüber hinaus ist zu ergänzen, dass sich die **demographische Entwicklung** in der deutschen Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten stark verändern wird (Statistisches Bundesamt, 2009). Zudem erfolgte eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit auf aktuell 67 und angedachte 70 Jahre (vgl. Peters, Pritzkeleit, Beske & Katalinic, 2010). Erste Folgen dieses demographischen Wandels zeigen sich bereits in der veränderten Alterszusammensetzung der Rehabilitanden in den Rehabilitations-Kliniken. So ist prognostiziert, dass die Anzahl der Rehabilitanden bis 2025 um rund 9 % sowie der Anteil der über 55-jährigen Erwerbstätigen in diesem Zeitraum um 64,3 % zunehmen wird (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., 2009; vgl. Krüger-Wauschkuhn, Pohontsch & Deck, 2011). Das zunehmende Alter und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit bringen zudem weitere bzw. neue Risikofaktoren mit sich wie insbesondere die Bewegungseinschränkung aufgrund von Sturzängsten oder eine geringere Schmerzmeldung aus Angst vor möglichen Konsequenzen (vertiefend s. Kuss & Laekeman, 2015).

#### 1.4.2 Schutzfaktoren

Die Schmerzbewältigung hängt jedoch nicht nur entscheidend von den vorhandenen Risikofaktoren, sondern vielmehr von den Schutzfaktoren bzw. Ressourcen ab (Jegan et al., 2013). Es gibt eine Vielzahl von Schutzfaktoren, mit deren Hilfe es möglich ist, die vorhandenen Risikofaktoren auszugleichen bzw. zu vermindern. Für die Schmerzbewältigung bei chronischer Krankheit haben sich insbesondere **adaptive problem- und emotionsorientierte sowie kognitive Bewältigungsstrategien** bewährt. Diese verringern psychische Belastungen und tragen zum Erhalt gesundheitsbezogener

Lebensqualität bei (Koch et al., 2011, S. 30). Zu den schützenden Faktoren zählen (s. Kasten 3):

Kasten 3: Schutzfaktoren bei CRS (angelehnt an Wachter, 2014, S. 12).

- **Schmerzakzeptanz** in Form von positive Akzeptanz der Erkrankung mit Lösungsorientierung
- **Resilienz**
- **Soziale Unterstützung** durch den Partner, die Familie und/oder das soziale Umfeld sowie die aktive Suche nach sozialer Unterstützung
- Tragfähigkeit **Arzt-Patienten-Beziehung**

**Schmerzakzeptanz.** Die Schmerzakzeptanz zählt zu den kognitiven Ressourcen und beschreibt ein Akzeptieren der gegenwärtigen Situation und somit die Strategie, den **Schmerz hinzunehmen und ihn nicht zu bekämpfen** (Kröner-Herwig, 2014b). Die Schmerzakzeptanz begünstigt weniger *„Belastung durch Schmerz, weniger Angst und Vermeidung sowie geringerer negativer Affektivität und Behinderung“* (Kröner-Herwig, 2014b, S. 542–543). Eine verbesserte Achtsamkeit trägt wesentlich zu einer verbesserten Schmerzakzeptanz bei (vertiefend s. Heidenreich & Michalak, 2015).

Weiterhin zählt zu den kognitiven Strategien eine Lösungsorientierung bzw. ein **aktives Bewältigungsverhalten** (kämpferische Haltung), welches die Chronifizierung vermindern kann. Passives, schonendes Verarbeitungsverhalten hingegen kann den Prozess verstärken (vgl. Hasenbring & Verbunt, 2010). Dies spiegelt sich ebenso in der Motivation wider. Für eine Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen Ausgangslage wurden verschiedenste Gesundheitsverhaltensmodelle wie z. B. das Sozialkognitive Prozessmodell von Gesundheitsverhalten (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 2002; Schwarzer, Lippke & Luszczynska, 2011) oder das Transtheoretische Modell (TTM; Prochaska & DiClemente, 1983) entwickelt (Rau, Ehlebracht-König & Petermann, 2007, S. 527; s. Kapitel 1.4.3).

**Resilienz.** Die Resilienz stellt ein übergeordnetes Persönlichkeitsmerkmal dar, welches als **„psychische Widerstandsfähigkeit“** definiert wird und es ermöglicht trotz Belastungen und Risiken nicht zu erkranken (Karoly & Ruehlman, 2006). Die Ergebnisse einer Studie von Ramírez-Maestre, Esteve und López (2012) an 299 Patienten mit CRS belegten, dass eine höhere Resilienz mit höherer Schmerzakzeptanz und aktiver

Bewältigungsstrategien verbunden ist. Darüber hinaus schätzen Patienten mit einer höheren Resilienz ihre Bewältigungsressourcen insgesamt als hilfreicher bei der Schmerzbewältigung ein (Jegan et al., 2013).

**Soziale Unterstützung.** Die soziale Unterstützung stellt eine entscheidende Ressource für die Schmerzbewältigung dar (Jegan et al., 2013). Die vielfältigen Bedeutungen sozialer Unterstützung als Bewältigungsressource zeigt sich darin, dass sie ein Individuum in die Lage versetzt, kritische Lebensereignisse sowie körperliche als auch psychische Krankheitsfolgen zu bewältigen und somit eine zentrale Bedeutung für den Erfolg einer Rehabilitation hat (Mau & Smolenski, 2014, S. 231). Ist das Ausmaß an sozialer Unterstützung hingegen zu gering, kann dies aktuellen Studienergebnissen zufolge (Peters, Spanier, Mohnberg, Radoschewski & Bethge, 2016, S. 102), die „*subjektive Arbeitsfähigkeit, Erwerbsprognose und allgemeine Gesundheitswahrnehmung*“ negativ beeinflussen. Darüber hinaus stellt die Einbettung in ein soziales Netzwerk einen wichtigen Aspekt für die Abmilderung der Stressreaktion dar (vgl. s. Brinkmann, 2014, S. 169–173). Die **Wahrnehmung und Mobilisierung familiärer und sozialer Ressourcen** sind demnach von besonderer Bedeutung, da die subjektive Überzeugung unterstützt zu werden bzw. die wahrgenommene emotionale Unterstützung sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt (Koch et al., 2011, S. 30). Somit kann die Entstehung und Aufrechterhaltung physischer Erkrankungen über die soziale Unterstützung beeinflusst werden (Röhrle & Laireiter, 2009). Darüber hinaus sind die soziale Unterstützung und das oftmals damit verbundene Gefühl der sozialen Einbettung wesentlich für die Lebensqualität eines Menschen (Koch et al., 2011, S. 30).

**Arzt-Patienten-Beziehung.** Die Arzt-Patienten-Beziehung ist die Grundlage in der Therapie von CRS. Eine positive Beziehung, insbesondere eine „*biopsychosoziale, empathische und bewältigungsorientierte Grundhaltung*“ des Arztes kann den Arzt zu einer Vertrauensperson machen, die maßgeblich zur Reflexion der eigenen Haltungen und Verhaltensweisen beiträgt und als Bewältigungsressource dient (Hausteiner-Wiehle & Schaefer, 2014, S. 165). Darüber hinaus besteht Hahn, Baumeister und Härter (2007) zufolge bei rund 75 % der psychisch belasteten Rehabilitanden **grundsätzlich die Bereitschaft ein psychotherapeutisches oder psychiatrisches Angebot in Anspruch zu nehmen**. Ein Großteil der Rehabilitanden erwartet darüber hinaus, nicht nur über ihr Krankheitsbild sowie über Therapieoptionen aufgeklärt zu werden, sondern ebenso bei Entscheidungs- und Behandlungsprozessen aktiver beteiligt zu werden. Rehabilitanden sollen und wollen demnach „*zu kompetenten Partnern und Experten werden, die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen*“ (Dirmaier & Härter, 2011, S.

411). Die **Patientenzufriedenheit hängt somit eng mit der Partizipation von Rehabilitanden zusammen** und ist demzufolge ein wichtiges Qualitäts- und Ergebniskriterium in der Behandlung chronischer Erkrankungen (Zimmermann, Michaelis, Quaschnig, Müller & Körner, 2014, S. 219).

Die Partizipation stellt demzufolge einen bedeutsamen Aspekt im Bereich der Stärkung von vorhandenen Schutzfaktoren dar. Darüber hinaus ist belegt, dass die Partizipation positive Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (vgl. Taylor et al., 2014) und die Zufriedenheit mit der Versorgung bewirkt (Bitzer & Spörhase, 2015, S. 983; Hildebrandt et al., 2015). Der **Einbezug subjektiver Qualitätskonzepte** über qualitative Forschungsmethoden ist somit für die Qualität der Rehabilitation dringend erforderlich (Grande & Romppel, 2010). Dieser Paradigmenwechsel in der Rehabilitation hin zu einer stärkeren Partizipation von Rehabilitanden wird von gesundheitspolitischer Seite seit vielen Jahren gefordert (Dirmaier & Härter, 2011, S. 411; vgl. Faller, Reusch & Meng, 2011b). Das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) stellt in diesem Kontext einen vielversprechenden Ansatz zur Stärkung der Patientenorientierung dar, welches sowohl durch einen interaktiven als auch gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess in der Arzt-Patient-Interaktion beschrieben ist (Zimmermann et al., 2014, S. 220; vertiefend s. Faller, 2003).

Zu den wichtigsten Screeninginstrumenten zur Messung von Bewältigungsstrategien und demzufolge zur Ermittlung der Ansatzpunkte für die Prävention zählen der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV-BW; Geissner, 2001) oder das Kieler Schmerzinventar (KSI; Hasenbring, 1994). Darüber hinaus wurde ein Fragebogen zu „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ von Glattacker, Heyduck, Nagl und Jakob (2016) entwickelt, der das patientenseitige Bewältigungsverhalten, die Ziele sowie deren Bewertung misst und bereits zufriedenstellende Ergebnisse erzielte.

### 1.4.3 Gesundheitsverhalten

Das langfristige Ziel von Behandlungsmaßnahmen für Rehabilitanden ist das Bewirken einer Verhaltensänderung. Dies wird entscheidend von den vorhandenen Ressourcen, der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie von Barrieren beeinflusst (Schwarzer et al., 2011). Die Schulung von chronischen Schmerzpatienten hat zum Ziel, eine langfristige Verhaltensanpassung zu erreichen (Rau & Petermann, 2008, S. 216), um Rückfällen und einer Chronifizierungsgefahr entgegenzuwirken (vgl. Greitemann et al., 2012). **Die Änderungsbereitschaft bzw. Motivation ist eine zentrale Bedingung für die aktive**

**Bewältigung chronischer Schmerzen** (Rau & Petermann, 2008, S. 216). Eine Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen Ausgangslage der Rehabilitanden ist demzufolge unerlässlich.

Zu diesem Zweck wurden Gesundheitsverhaltensmodelle wie das HAPA (Schwarzer, 2002; Schwarzer et al., 2011) oder das TTM (Prochaska & DiClemente, 1983) entwickelt. Gemein haben diese Modelle, dass die Phasen der Motivation und Volition eine zentrale Voraussetzung für die Veränderungsbereitschaft der Rehabilitanden darstellten (vgl. Baschin, Ülsmann, Jacobi & Fydrich, 2012). Zur Erläuterung der Ansatzpunkte von Patientenschulungen sollen nun exemplarisch die unterschiedlichen Phasen der Verhaltensänderungen des HAPA-Modells von Schwarzer, Lippke und Luszczynska (2011) beschrieben werden:

**Motivationsphase.** Unmotivierte Personen in der ersten Phase werden auch als „Non-Intender“ bezeichnet. Die Motivationsphase versucht durch die folgenden drei kognitiven Bedingungen die Zielsetzung (Intention) zu prognostizieren.

- Die **Selbstwirksamkeitserwartung** beschreibt das Zutrauen einer Person in die Umsetzung einer Verhaltensänderung. Die Selbstwirksamkeitserwartung hat in diesem Modell eine wichtige Rolle, da je mehr die Person in ihre eigenen Fähigkeiten vertraut, desto eher eine Intention zur Verhaltensänderung gebildet wird. Eine erhöhte Selbstwirksamkeit korreliert unter anderem mit einer geringeren Beeinträchtigung sowie einer niedrigeren Schwere des Schmerzes. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zählt somit zu den bedeutsamsten Moderatoren von Belastungserleben und belegt die Bedeutsamkeit der Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei Schmerzpatienten (Kröner-Herwig, 2014b, S. 540–541; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011)
- Die **Risikowahrnehmung** dient der Abwehr wahrgenommener Bedrohung. Es werden sowohl der subjektive Schweregrad als auch die eigene Betroffenheit in Bezug auf die Erkrankung beurteilt. Bei Wahrnehmung einer Bedrohung erfolgt das Abwägen positiver und negativer Handlungsergebniserwartungen (Schneider, 2006, S. 428–429).
- Die **Handlungsergebniserwartung** beschreibt das Abwägen einer Person von Für und Wider der verschiedenen Handlungsalternativen. Überwiegen die positiven Konsequenserwartungen und liegt eine hohe Selbstwirksamkeits-

erwartung vor, kommt es zu einer Intentionsbildung in Richtung auf eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens.

**Volitionsphase.** Nach der Zielsetzung (Intention) werden motivierte Personen als „Intender“ bezeichnet und es erfolgt der Übergang in die Volitionsphase. Zur volitionalen Phase zählen Teilprozesse, die zwischen den Phasen der Entscheidung für die Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens und der konkreten Handlung stattfinden. Darüber hinaus wird die Verhaltensänderung und ihre Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung von den vorhandenen Ressourcen, der Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie von Barrieren beeinflusst (Schwarzer et al., 2011).

- Die **präaktionale Phase** beschreibt, wie die Person das Verhalten realisieren möchte (Wann, Wie und Wo der Handlungsdurchführung). Auf diesen Prozess nimmt ebenso die Intention und die Selbstwirksamkeit Einfluss.
- Im Anschluss daran kann die Handlung initiiert werden, das heißt das Verhalten wird in die Tat umgesetzt und aufrechterhalten. Die Person befindet sich nun in der **aktionalen Phase**. Diese findet unter ständiger Handlungskontrolle (z. B. Abschirmen von Ablenkungen) statt. Das gewünschte Verhalten wird nur dann aufrechterhalten bzw. wiederhergestellt, wenn die Person von ihrer Handlungskontrolle und Selbstwirksamkeit überzeugt ist.
- Die dritte und somit letzte Phase wird als **postaktionale Phase** bezeichnet. In dieser letzten Phase wird die Person als „Handelnder“ („Actor“) bezeichnet. Diese beschreibt die Bewertung der Handlung dahingehend, ob sie erfolgreich oder nicht erfolgreich war. Aufgrund unzureichender Volitionsstärke und Selbstregulationsfehler kann es an dieser Stelle zu einer Zielentbindung („Disengagement“) kommen. Untersuchungen zufolge sind die postaktionalen Phasen weniger gut untersucht als die Motivationsphase (vgl. Schneider, 2006, S. 428–429).

Die folgende Abbildung 4 stellt die eben beschriebenen Prozesse im HAPA-Modell schematisch dar:



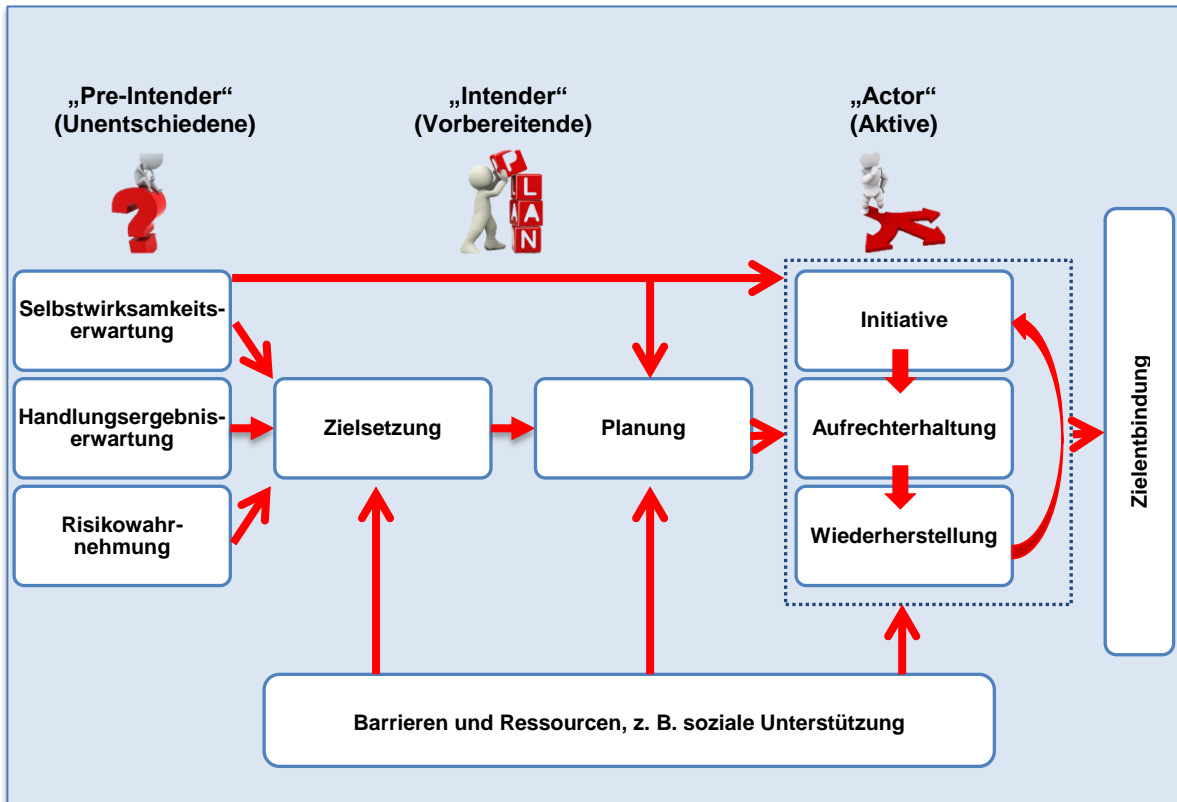


Abbildung 4: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (modifiziert nach Schwarzer, 2002).

**Barrieren.** Die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wird darüber hinaus maßgeblich von den vorhandenen Barrieren beeinflusst. Barrieren bezeichnen **Hindernisse, die einen Menschen von der Umsetzung eines Verhaltens abhalten**, wie z. B. somatische Beschwerden (Paech, Lippke & Ziegelmann, 2012). Barrieren lassen sich in negative Konsequenzerwartungen (Überzeugung, dass bestimmtes Verhalten mit bestimmter Wahrscheinlichkeit zu bestimmten negativ bewerteten Konsequenzen führt) und situative Barrieren (zeitlich-variablen situativen Umstände) unterscheiden und erschweren Menschen die Umsetzung eines Verhaltens (Bandura, 2004).

Als Barriere wird von Rehabilitanden vornehmlich die **mangelnde Gesundheitskompetenz** benannt. Unter Gesundheitskompetenz oder auch „health literacy“ wird die

*„Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen und Angebote, die für angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen und Handlungen erforderlich sind, zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen“ (Dirmaier & Härter, 2011, S. 415).*

Des Weiteren wird das **geringe Ausmaß der individuellen Aktivierung** von den Rehabilitanden benannt (s. Motivation und Volition). Darüber hinaus gibt es laut Grande und Romppel (2010, S. 380) Hinweise darauf, dass der Rehabilitationsbedarf von den Rehabilitanden selbst ganzheitlicher wahrgenommen wird. Demzufolge erkennen die

Rehabilitanden, dass der „*Abbau von Defiziten oder gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen*“ nicht nur positive Konsequenzen, sondern ebenso Konflikte und Defizite in Lebensbereichen und sozialen Beziehungen zur Folge haben kann (**negative Konsequenzenerwartung**). Ein etabliertes Instrument zur Förderung der Änderungsbereitschaft und Eigenmotivation ist das Konzept der motivierenden Gesprächsführung (Rau & Petermann, 2008, S. 216; Miller & Rollnick, 2015). Dabei wird das Ziel verfolgt, die Änderungsmotivation des Rehabilitanden zu fördern sowie sein Ziel zu festigen und Unterstützung beim Planen zu bieten. Der Fokus soll dabei auf dem Führen eines Gesprächs auf Augenhöhe liegen, dass dadurch gekennzeichnet ist, dass Empathie gezeigt, Diskrepanz erzeugt, Widerstand umgelenkt sowie Zuversicht gestärkt wird.

Ergebnisse weiterer Studien konnten belegen, dass insbesondere **persistierende, psychische und berufliche Problemlagen** Barrieren darstellen und somit eine weitere Chronifizierung fördern (Grande & Rompell, 2010; Sibold et al., 2011). Zudem können aber auch **situative Barrieren** wie beispielsweise schlechtes Wetter oder Stau Barrieren darstellen (Schwarzer, 2016). Diese beeinflussen vor allen Dingen die volitionale Phase (Krämer & Fuchs, 2010).

**Barrierenmanagement.** Das Barrierenmanagement bezeichnet die Strategien die genutzt werden, um auftretende Barrieren zu überwinden und das geplante Verhalten umzusetzen und ist ebenso der volitionalen Kompetenz zuzuordnen (Krämer & Fuchs, 2010). Das Management der Barrieren hängt maßgeblich von den vorhandenen Ressourcen ab (Jegan et al., 2013). So stellt die **soziale Unterstützung** einen wichtigen Aspekt des Barrierenmanagements dar. Mau und Smolenski (2014, S. 231) zufolge wird der Stellenwert sozialer Unterstützung jedoch bislang nur ungenügend in der Rehabilitationsforschung beachtet.

Für ein erfolgreiches Barrierenmanagement muss insbesondere die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unter alltäglichen Bedingungen gewährleistet werden (Faller et al., 2008). Dafür ist die Ermittlung der individuellen Bedürfnisse von Patienten mit CRS indiziert (Jahed et al., 2012). Um Rückfällen und einer Chronifizierungsgefahr entgegenzuwirken sind darüber hinaus langfristige Verhaltensanpassungen, wie z. B. ein angemessenes Aktivitätsniveau, gedankliche Ablenkungstechniken und/oder ein angemessener Umgang mit Emotionen, erforderlich (Rau & Petermann, 2008). Die **Selbstwirksamkeit** ist ein wichtiger Moderator für das Management von Barrieren, da die Person durch Beurteilung ihrer Kompetenzen entscheiden muss, ob sie die vorhandenen Barrieren überwinden kann oder nicht. Darüber hinaus haben sich hinsichtlich des Barrierenmanagement insbesondere die

Berücksichtigung individueller Risiko- und Schutzfaktoren (s. Kap. 1.4) als förderlich erwiesen.

Zusammenfassend wird die Lebenswelt von Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität sowohl vom Krankheitsbild, von patientenseitigen Überzeugungen als auch von Risiko- und Schutzfaktoren geprägt. Die Ermittlung von Risikofaktoren ist auch deshalb von großer Relevanz, da Interventionen in Abhängigkeit von spezifischen Problemlagen entwickelt werden sollten. Für die Schmerzbewältigung sind adaptive problem- und emotionsorientierte Bewältigungsstrategien sowie die Wahrnehmung und Mobilisierung familiärer und sozialer Ressourcen entscheidend. Diese tragen nicht nur zu einer Verringerung psychischer Belastungen sondern ebenso zum Erhalt und zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei. Wesentliche Voraussetzung für die Veränderungsbereitschaft sowie für die Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung ist die Therapiebereitschaft sowie die motivationale Ausgangslage. Es sollte demzufolge eine gezielte Betrachtung der Bedürfnisse und der Lebenswelt der Rehabilitanden erfolgen, um sowohl die Wirksamkeit als auch Passgenauigkeit von Behandlungsmaßnahmen wie die der Rehabilitation zu erreichen.

## 1.5 Rehabilitation

Die Rehabilitation blickt auf eine lange Tradition zurück und ist etabliertes Element des deutschen Gesundheitssystems. Das primäre Ziel der Rehabilitation ist es, die **Teilhabe zu sichern sowie die Vermeidung einer möglichen Erwerbsunfähigkeit** bzw. Pflegebedürftigkeit (vgl. Bitzer & Spörhase, 2015, S. 983). Das Verständnis und die Konzeption der Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend geändert, sodass die Betrachtung körperlicher Erkrankungen immer auch im Kontext komplexer biopsychosozialer Zusammenhänge erfolgt (Koch et al., 2011, S. 30). Dieses Verständnis spiegelt sich besonders in den Zielen der Rehabilitation (s. Kasten 4) wider.

Kasten 4: Rehabilitationsziel (DRV-Bund, 2013, S. 11; Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 90).

Die Rehabilitation hat zum Ziel, Menschen mit chronischen Erkrankungen dabei zu unterstützen, ihre Erkrankung und deren Folgen zu bewältigen, um ihre funktionale Gesundheit sicher- und/oder wiederherzustellen bzw. wesentlich zu verbessern. Auf diesem Wege soll ihnen eine möglichst selbstständige Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ermöglicht werden.

Das Vorhandensein einer chronischen Krankheit ist mit Beeinträchtigungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene verbunden. Die rehabilitative Behandlung von CRS erfolgt in Deutschland in der Regel durch **multimodale Schmerztherapie** (s. Kap. 1.5.1). Multidisziplinäre Programme zählen somit zu den Behandlungsstandards in der Rehabilitation (Arnold et al., 2015). Diese sollte den europäischen Leitlinien zufolge sowohl **medizinische, körperliche, berufliche als auch verhaltensspezifische Elemente** beinhalten. Der erhöhte Unterstützungsbedarf der Rehabilitanden wird in der Rehabilitation durch die Zusammenarbeit in einem **multiprofessionellen Team** versorgt (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 4). Dementsprechend sollte die Durchführung durch verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitssystems, wie z. B. Ärzte und Psychologen, erfolgen (BÄK, 2015). Insbesondere im europäischen Vergleich zeichnet sich die deutsche multimodale Therapie durch eine Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychotherapie aus (Pfungsten et al., 2015, S. 548).

Um die Reintegration in die Arbeitswelt und das Alltagsleben zu erreichen, sollten im Rahmen der Rehabilitation von CRS folgende Ziele in Bezug auf die Rehabilitanden erreicht werden (s. Kasten 5):

Kasten 5: Ziele der Rehabilitation von CRS (Pfungsten & Hildebrandt, 2011; Schiltenswolf, 2008).

- Reduktion der Schmerzstärke und -häufigkeit
- Beeinflussung der kognitiven Bewertung und emotionalen Verarbeitung des Schmerzes
- Aufbau und Verbesserung des Selbstwirksamkeitsempfindens
- Aufbau und Verbesserung der Compliance
- Aufbau und Verbesserung der Handlungsstabilität

**Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation.** Wie bereits beschrieben sind etwa ein Drittel der Rehabilitanden zu Rehabilitationsbeginn psychisch belastet (Jahed et al., 2012) und weisen psychische Komorbiditäten bei CRS auf (Jegan et al., 2013). Die Etablierung ergänzender psychotherapeutischer Bausteine in das Behandlungskonzept stellt eine Reaktion auf die Zunahmen psychischer und sozialer Belastung von Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen dar. Die VMO stellt eine **Erweiterung der orthopädischen Rehabilitation (OR)** dar (DRV-Bund, 2013). Ein wesentliches Zuweisungskriterium für die VMO ist das Vorliegen einer psychischen Komorbidität. Das Ziel der VMO ist eine **Integration von biopsychosozialen Behandlungsansätzen**, im Besonderen die Kombination niederschwelliger psychologischer sowie bewegungstherapeutischer Methoden, um den Einfluss somatischer und psychosozialer Faktoren auf das Krankheitserleben und –verhalten der Rehabilitanden zu vermitteln. Die Dauer einer VMO-Maßnahme beträgt in der Regel drei Wochen. Eine Verlängerung auf vier Wochen erfolgt bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit (DRV-Bund, 2013).

### 1.5.1 Multimodale Schmerztherapie

Multimodale Schmerztherapieprogramme (MMST) basieren auf den Zielen der funktionellen Wiederherstellung (functional restoration) sowie des biopsychosozialen Modells. Das integrierte Zusammenwirken somatischer, psychotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Ansätze ist Kernelement einer solchen Therapie. Darüber hinaus stellt die Multimodale Schmerztherapie eine ...

*„inhaltlich, zeitlich, in Therapieziel und in der Vorgehensweise eng aufeinander abgestimmte umfassende Therapie unter Einbindung somatischer, körperlich übender, psychologisch übender und psychotherapeutischer Verfahren“*

dar (Arnold & Pflingsten, 2008, S. 87). In der MMST werden medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen kombiniert angewendet (Raspe, 2012). Zu den Indikationen für die MMST zählen die generelle Indikation (unspezifische CRS >12 Wochen), die frühe Indikation bei unspezifischen CRS (Spätestens nach 6 Wochen anhaltender Schmerzsymptomatik) und alltagsrelevante Aktivitätseinschränkungen trotz leitliniengerechter Behandlung. Sie findet Anwendung in der Kuration und Rehabilitation sowie im ambulanten, ambulant-teilstationären oder vollstationären Setting. Zu den Therapiebereichen der Rehabilitation für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zählen laut (DRV-Bund, 2011, S. 8):

- Bewegungstherapie (exercise),
- verhaltenstherapeutische Maßnahmen (behavioral therapy) und
- Schulung (active back school).

Zur Behandlung chronischer Schmerzen werden auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene verschiedenste Therapiemaßnahmen und Behandlungsbausteine genutzt. Die Behandlungsmaßnahmen bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen setzen sich, in Anlehnung an die Nationalen Versorgungsleitlinien (vertiefend s. BÄK, 2015; Raspe, 2012, S. 17-19), wie folgt zusammen (s. Abb. 5):

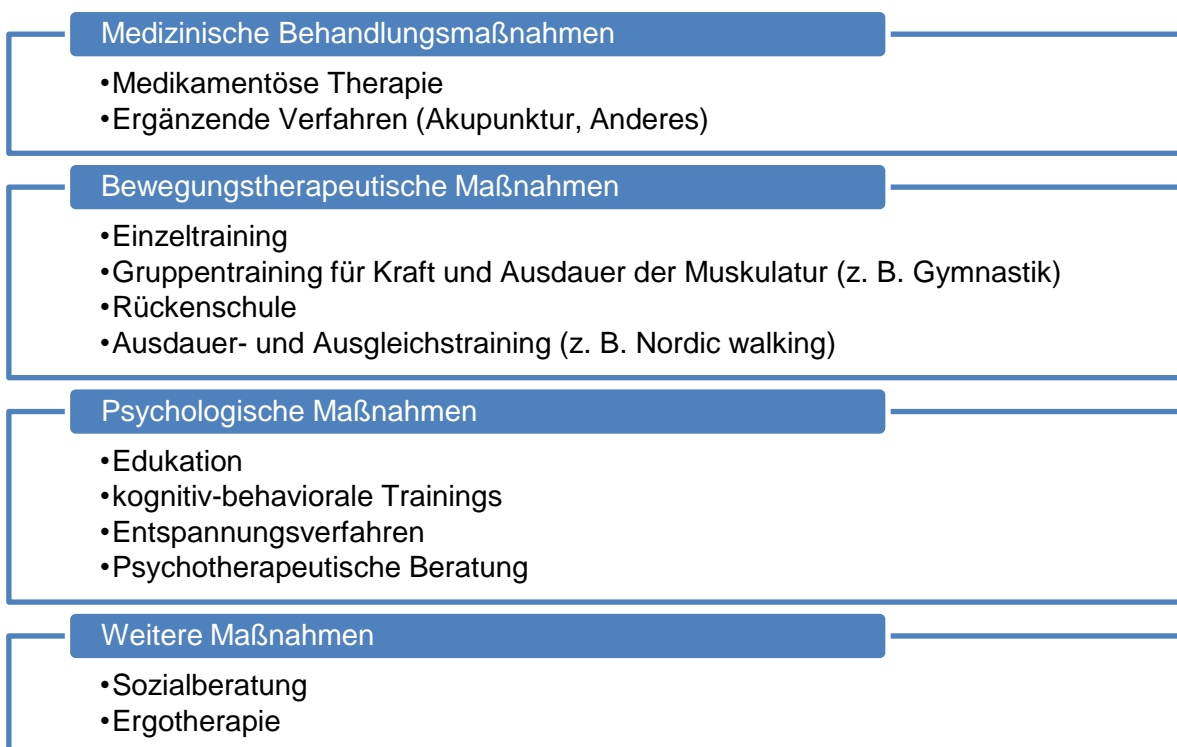


Abbildung 5: Behandlungsmaßnahmen.

Die Therapiemaßnahmen und Behandlungsbausteine werden meist zusammen angewandt und sind nicht strikt voneinander abgrenzbar. So wirken beispielsweise Maßnahmen wie das Entspannungstraining auf mehreren Ebenen. Die Vermittlung der psychologischen Inhalte erfolgt meist in Form von kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapien, die in Form von Gruppeninterventionen durchgeführt werden (vgl. Bethge & Müller-Fahrnow, 2008).

Arnold und Kollegen (2014) fordern in der Behandlung die Anwendung eines übergreifenden Ansatzes, der möglichst auf chronische Schmerzpatienten zugeschnitten ist. Sie erstellten für die verschiedenen Problembereiche chronischer Schmerzpatienten eine Übersicht, die die Ziele und Methoden psychotherapeutischer Maßnahmen zusammenfasst und auf den Angaben von Kröner-Herwig (2011) und Egle, Derra, Nix und Schwab (1999) basiert. Die zentralen Methoden von Arnold werden im folgenden Kasten 6 zusammengefasst:

Kasten 6: Psychotherapeutische Maßnahmen (vertiefend s. Arnold et al., 2014, S. 6–7).

#### Psychotherapeutische Maßnahmen

- Edukation, Patientenschulung
- Übungen zum Schmerz-Coping: Entspannungs-, Achtsamkeits- und Genusstraining, Imaginationen
- Schulung der Selbstbeobachtung und Körperwahrnehmung
- Erarbeiten von Stressbewältigungsstrategien
- Biografische Anamnese, Ermittlung von Werten, Zielanalyse
- Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen Schmerzsymptomatik und interpersonellen intrapsychischen Konflikten
- Analyse symptomfördernder Bedingungen (z. B. Rollenspiele)
- Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen und Beziehungsmustern
- Systematische Analyse von Problemen und Problemlösefertigkeiten
- Training sozialer Kompetenzen
- Kommunikationsübungen
- kognitive Umstrukturierung
- Austausch in der Gruppe hinsichtlich möglicher Verhaltensweisen
- Analyse und Stärkung der eigenen Ressourcen
- Aufmerksamkeitslenkung, Ablenkungsstrategien
- Verhaltensübungen zur Balance zwischen Be- und Entlastung
- Einbezug von Bezugspersonen
- Intensivierung der therapeutischen Begleitung, Unterstützung durch Hilfs-Ich-Angebote des Therapeuten

### 1.5.2 Kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) beschäftigt sich hauptsächlich mit den **psychologischen Faktoren des Schmerzgeschehens**, lässt dabei aber meist die Multidimensionalität des Schmerzgeschehens außer Acht (vertiefend s. Airaksinen et al., 2006). Ziel der KVT ist der Abbau schmerzbedingten Vermeidungs- und Rückzugverhaltens (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011). Die KVT wird oft als ressourcenschonende Gruppentherapie als Bestandteil der interdisziplinären multimodalen Schmerzbehandlungen eingesetzt (Rolli Salathé, Elfering & Melloh, 2012, S. 131).

Kröner-Herwig (2014a) formulierte elf typische Ziele und Interventionen eines kognitiv-behavioralen Schmerztherapieprogramms. Zentraler Bestandteil und Basis für alle weiteren Prozesse ist die **Edukation**, die sowohl schmerzbedingten Kognitionen entgegenwirkt als auch durch die Vermittlung von Information die Veränderung von Verhaltensänderung bewirkt sowie Copingstrategien vermittelt. Hier werden insbesondere durch ein Bewirken der Akzeptanz des biopsychosozialen Erklärungsmodells Ansatzpunkte für die Einflussnahme aufgezeigt (Frettlöh & Hermann, 2011).

Ein weiteres Element der KVT stellen die Entspannungsübungen zur Stressbewältigung dar. Durch eine vegetative Stabilisierung bewirken diese Verfahren nicht nur eine Senkung des allgemeinen Erregungs- und Spannungsniveaus (Frettlöh & Hermann, 2011) sondern stellen ein wichtiges Instrument zur Aufmerksamkeitslenkung dar. Ähnlich den Entspannungsübungen ist die Aufmerksamkeitslenkung in Form von z. B. Meditationsübungen oder auch das Achtsamkeits- und Genusstraining konzipiert. Sowohl Entspannungsübungen als auch **Aufmerksamkeitslenkungen** können dann als Repertoires positiver Aktivitäten verstanden werden, die den Patienten bei der Ablenkung vom Schmerz unterstützen. Die Auslastung bzw. Lenkung von Aufmerksamkeit hat nachweislich schmerzreduzierende Effekte (Roa Romero, Miltner & Weiss, 2014).

Die **Selbstbeobachtung** in Form von z. B. Schmerztagebüchern dient der Identifikation von Schmerzauslösern oder Schmerzverstärkern (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011). Die Selbstbeobachtung verdeutlicht den Patienten, dass die Intensität und Qualität des Schmerzes variiert und tatsächlich beeinflussbar ist. Dieses Element bietet sich an, um den Einfluss von Gedanken und Gefühlen auf das Verhalten zu verdeutlichen.

Die **Entdeckung und die Modifikation negativer und positiver Verstärker** und somit aufrechterhaltender Bedingungen beziehen sich auf negative Copingstrategien wie das Angst-Vermeidungs-Verhalten. Zur Reflexion und zum Erkennen des eigenen Verhaltens sind die Förderung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten, wie z. B. das Problemlösetraining erforderlich, um kommunikative sowie soziale Fertigkeiten und



demzufolge die Selbstsicherheit und Kontrollüberzeugung zu verbessern (Frettlöh & Hermann, 2011).

**Transfer und Rückfallprophylaxe** bezeichnet die Umsetzung erlernten Verhaltens in konkreten Alltagssituationen sowie das Vorbeugen von Rückfällen und sind ein weiteres sehr wichtiges Element der KVT. Ziel ist es, dass die Teilnehmer das Erlernte reflektieren und sich bewusst machen, um die Selbstwirksamkeit zu fördern sowie individuelle Ziele nach der Therapie zu erarbeiten (Kröner-Herwig, 2014a).

Die typischen Interventionen einer KVT sind im Kasten 7 zusammenfassend dargestellt.

Kasten 7: Typische Interventionen eines kognitiv-behavioralen Schmerztherapieprogramms (entnommen aus Kröner-Herwig, 2014a, S. 66).

- Edukation
- Aufbau von Kompetenzen für den Umgang mit dem medizinischen Versorgungssystem Entspannungstraining
- Selbstbeobachtung
- Verhaltensanalyse
- Zielplanung
- Aufmerksamkeitslenkung
- Aktivitätenregulation
- Aufdeckung und Modifikation operanter Prozesse Modifikation dysfunktionaler Kognitionen
- Kompetenztraining
- Rückfallprophylaxe
- Bearbeitung von Konflikten und Sinnproblemen hinsichtlich der zukünftigen Lebensführung

### 1.5.3 Effektivität und Nachhaltigkeit von Rehabilitation

In den letzten Jahren hat die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen konstant zugenommen (Klosterhuis, Zander & Naumann, 2009, S. 394). Die Erkenntnisse eines systematischen Reviews von Kamper et al. (2015, S. 4) zeigen, dass **multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme effektiver** sind als die **übliche Versorgung**, um die Schmerzen und Behinderungen bei Menschen mit CRS zu verringern. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit einer Person hat diese demnach eine doppelt so hohe Chance nach 12 Monaten wieder arbeitsfähig zu sein, wenn sie an einem multidisziplinären Rehabilitationsprogramm und nicht an einer rein physikalischen Behandlung teilgenommen hat. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass eine koordinierte Intervention **mehrere Ebenen des biopsychosozialen Modell abdeckt** und von einem **multiprofessionellen Team** durchgeführt werden sollte, damit Patienten mit chronischen

Rückenschmerzen auf lange Sicht profitieren (Kamper et al., 2015, S. 5). Ebenso bestätigte Mattivi (2016, S. 18) anhand eines systematisch, nach Cochrane Richtlinien durchgeführten Reviews, dass Patienten mit CRS stärker von multidisziplinärer Rehabilitationen als von der Standardversorgung, in Bezug auf ihre Schmerzen, profitierten.

Zudem zeigten sich differenzielle Behandlungserfolge bei Patienten mit einer psychischen Störung zugunsten der VMO (Schwarz et al., 2008, S. 74). **Patienten mit psychischen Störungen sollten demzufolge eher einer verhaltensmedizinisch orthopädischen als einer klassischen orthopädischen Behandlung zugewiesen werden.** Die Wirksamkeit von in der Rehabilitation angewandten Therapieverfahren (MMST oder KVT), die psychologisch orientiert sind, wurde in Bezug auf eine Reduktion von Schmerzintensität, schmerzassoziierten Beeinträchtigung, dysfunktionaler Überzeugungen, Depressivität, Arbeitsfehltagen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität nachgewiesen (vgl. Kröner-Herwig, 2011). Darüber hinaus sind länger anhaltende Effekte interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie in Bezug auf die **Verbesserung der Lebensqualität sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit** nachgewiesen (Ahrens et al., 2010, S. 251). Rolli Salathé, Elfering und Melloh (2012, S. 146) führten eine systematische Literaturrecherche zu den Behandlungskriterien der interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie zur Behandlung von CRS durch. Die Resultate zeigen, dass „*Multidisziplinäre Verfahren, die auf den Prinzipien der KVT basieren (...) in der Behandlung von Personen mit CLBP wirksam, wirtschaftlich und zweckmäßig*“ sind (Rolli Salathé et al., 2012, S. 146). Die durch die multimodale Therapie entstehenden höheren Kosten, wiegen die höheren indirekten Kosten der herkömmlichen Therapie langfristig auf. Darüber hinaus haben psychologische Verfahren im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung im Vergleich zu medizinischen Verfahren das Potenzial „*den Patienten selbst zum Hüter seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens*“ zu machen (Kröner-Herwig, 2014a, S. 71).

**Nachhaltigkeit.** Ergebnisse aktueller Studien belegten, dass Rehabilitationsmaßnahmen zwar eine erfolgreiche Intervention darstellen, doch die **Nachhaltigkeit der Maßnahmen einer Optimierung bedarf** (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 92; Reese & Mittag, 2013a, S. 835–836; Sibold et al., 2011). Die geringen mittel- und langfristigen Effekte sowie das Defizit an randomisierten Effektivitätsstudien im Bereich des CRS wird in der Forschung beanstandet (Hüppe & Raspe, 2005). Zu den Faktoren, die die geringere Nachhaltigkeit der Rehabilitation bedingen, zählen (s. Kasten 8):

Kasten 8: Faktoren der geringen Nachhaltigkeit der Rehabilitation (angelehnt an Dibbelt, Greitemann & Büschel, 2006; Hüppe & Raspe, 2005; Sibold et al., 2011, S. 369).

- Zuweisung der Rehabilitanden in die Rehabilitation nach fortgeschrittener Chronifizierung
- Mangel an differenziellen Behandlungsangeboten für unterschiedliche Belastungsprofile
- Ungenügende Gewährleistung der Nachsorge
- Zunahme persistierender psychischer und beruflicher Problemlage

Der **Einsatz bedarfsgerechter, auf die psychischen Problemlagen der Rehabilitanden ausgerichteter, Behandlungsmodule in der Rehabilitation** ist demnach **indiziert** (Mohr et al., 2008; Schwarz et al., 2008). Es ist davon auszugehen, dass die geringen und zeitlich instabilen Effekte durch den Einsatz störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlungselemente, wie Angst- oder Depressionsbewältigungstrainings, verbessert werden können (Hampel et al., 2014, S. 2). Die Komorbidität ist derzeit nicht Gegenstand der Reha-Therapiestandards, sollte im Rahmen der medizinischen Rehabilitation jedoch ebenfalls behandelt werden, um „*Einschränkungen der Aktivität oder Partizipationsstörungen*“ zu vermeiden (DRV-Bund, 2011, S. 13). Eine Form der störungsspezifischen, psychotherapeutischen Behandlungselemente in der stationären VMO sowie im ambulanten Setting sind Patientenschulungen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Rehabilitation mit der VMO auf die Zunahme psychischer Komorbidität reagiert und ein auf Grundlage biopsychosozialer Behandlungsansätze basierendes Behandlungselement für Patienten mit CRS und psychischer Komorbidität etabliert hat. Insbesondere die MMST sowie die KVT als psychologisch orientierte Behandlungsverfahren in der VMO zeigten Behandlungserfolge. Dennoch ist es erforderlich, die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte durch den Einsatz störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlungselemente in der stationären VMO sowie im ambulanten Setting zu verbessern.

## 1.6 Patientenschulung

Patientenschulungen werden unter verschiedensten Synonymen wie z. B. Gesundheitstraining oder psychoedukative Intervention in unterschiedlichen Settings mit divergenten Rahmen- und Durchführungsbedingungen (z. B. stationär oder ambulant) für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Erwachsene, Kinder) und Gruppengrößen durchgeführt (Vries & Petermann, 2010). In der medizinischen Rehabilitation gelten Patientenschulungen als etabliertes Element und werden in den „Therapiestandards chronischer Rückenschmerz“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Bund, 2011) vorgegeben. Patientenschulungen bezeichnen Schulungen, die **standardisierte, interaktive Gruppenprogramme** für Menschen mit chronischen Erkrankungen thematisieren. Die Kernziele, die eine Patientenschulung verfolgen sollte, definieren sich laut des Zentrums für Patientenschulungen (ZP) in einer Stärkung der Compliance, des Selbstmanagements sowie des Empowerments (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Ziele von Patientenschulungen (ZP, 2014).

<b>Compliance</b>	Verbesserung der Mitarbeit der Patienten bei der medizinischen Behandlung.
<b>Selbstmanagement</b>	Stärkung der Fähigkeit, mit der Erkrankung selbstverantwortlich umzugehen.
<b>Empowerment</b>	Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen, um informierte Entscheidungen treffen zu können.

**Wirkmodell.** Faller, Ehlebracht-König und Reusch (2015) entwickelten auf Basis impliziter Wirkannahmen und empirisch überprüfter Modelle ein Wirkmodell für Patientenschulungen. Das nahegelegene (proximale) Ziel einer solchen Schulung ist es, **durch den Einsatz psychoedukativer Elemente die Bereiche Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung der Patienten zu beeinflussen.** Auf diesem Weg soll das übergeordnete Ziel, die selbstständige und eigenverantwortliche Bewältigung der Krankheit (Empowerment), erreicht werden. Ein verbessertes Empowerment unterstützt die Patienten beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung. Darüber hinaus wird angenommen, dass auf diesem Weg das Gesundheitsverhalten optimiert wird. Zudem wird dadurch die Adhärenz, bzw. die tatsächliche Umsetzung dieses, bewirkt. Dies soll langfristig die Morbidität verringern sowie die Funktionsfähigkeit erhöhen, um schließlich positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und Teilhabe der Patienten zu haben. Diese

Verhaltensänderungen unterliegen komplexen, personenbezogenen und umweltbezogenen Prozessen (Faller et al., 2015). Im Rahmen von Patientenschulungen sollten diese Prozesse berücksichtigt werden, da sie sich nachteilig auf das Erreichen der distalen Zielgrößen auswirken können, eine Beeinflussung ist im Rahmen von Patientenschulungen jedoch oftmals nicht möglich (vgl. Ullrich, Schöpf, Nagl & Farin, 2015). Die folgende Abbildung 6 von Faller et al. (2015) fasst die Wirkmodelle von Patientenschulungen nochmals schematisch zusammen.

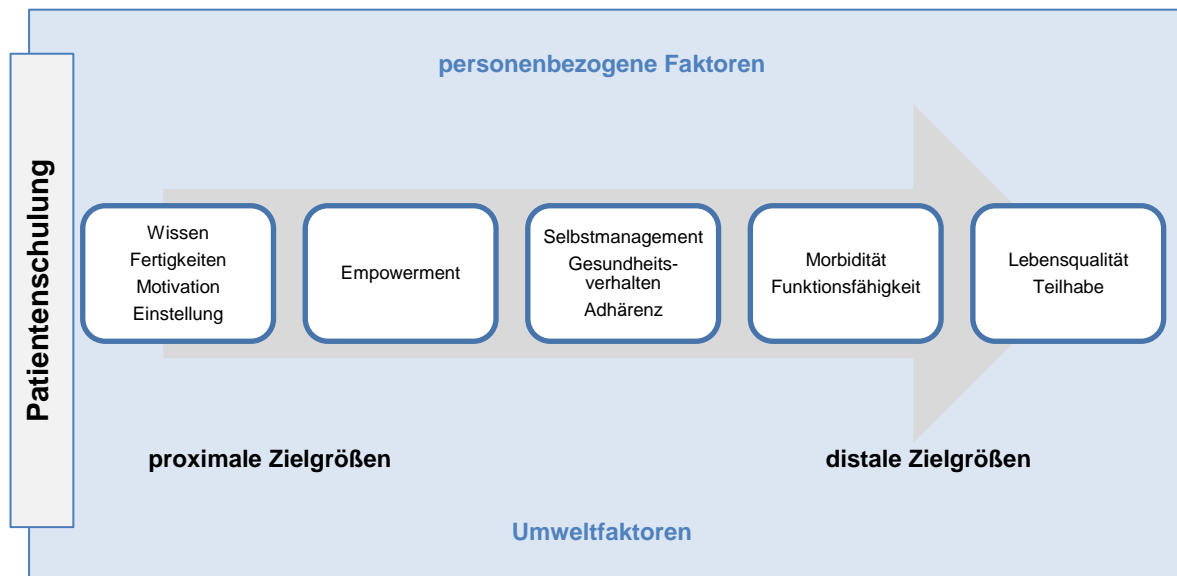


Abbildung 6: Wirkmodell der Patientenschulung (modifiziert nach Faller et al., 2011a, S. 285).

**Inhalte.** Inhaltlich orientieren sich die Schwerpunkte von Patientenschulungen an denen des **biopsychosozialen Modells**, der **MMST** und der **KVT** und demzufolge an den Ebenen Kognitionen, Emotionen, Motivation und Verhalten (ZP, 2014). Kennzeichen von Patientenschulungen sind ein breites Spektrum von Themen (Faller et al., 2015; Faller et al., 2011a). Zu den festen Bestandteilen sollten jedoch folgende Inhalte gehören (Faller et al., 2015, S. 604):

- „Information über die Krankheit und ihre Therapie (z. B. Bedeutung der Medikamente),
- Training von Fertigkeiten (z. B. zur Symptombeobachtung),
- Motivierung zur Lebensstiländerung (z. B. Bewegung, Übungen),
- Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz (z. B. Entspannung),
- Unterstützung der Emotionsregulation (z. B. Angst und Depressivität reduzieren),
- Training sozialer Kompetenzen (z. B. Kommunikation mit Behandlern, Angehörigen).“

**Methodik.** Patientenschulungen bestehen aus mehreren Schulungseinheiten bzw. Modulen, die sich durch **Methodenvielfalt** auszeichnen. Interaktive Methoden, wie z. B. Diskussionen und Rollenspiele, stellen dabei die Kernelemente von Patientenschulungen dar. Im Fokus liegt dabei eine interaktive, aktivierende Methodik, um Eigenverantwortlichkeit und Engagement der Teilnehmer zu fördern (Faller et al., 2008). Darüber hinaus ersetzt diese Methodik den Frontalunterricht, um Lernprozesse nicht von außen zu steuern, sondern die **Eigenmotivation zu steigern** (Feicke & Spörhase, 2012, S. 301). Dennoch wurde laut einer Untersuchung von Ströbl et al. (2007) von 1.740 Schulungsprogrammen immer noch bei über drei Viertel der Schulungen der Vortragsstil als Methode gewählt.

In Bezug auf die Durchführung des Trainers sind **Fachkompetenzen, didaktische und methodische Kompetenzen** sowie die persönliche Eignung (z. B. Motivation und kommunikative Kompetenzen) relevant für die Qualität einer Schulung (Feicke & Spörhase, 2012). Reusch, Schug, Küffner, Vogel und Faller (2013) führten bei 1.473 stationären und ambulanten Einrichtungen in der medizinischen Rehabilitation schriftliche Befragungen durch, von denen 908 Einrichtungen über ihre Schulungsprogramme berichteten. Die Daten wurden mit Erhebungen aus dem Jahr 2005 verglichen und ergaben, dass weiterhin Bedarf an der Weiterentwicklung der Konzepte sowie der Stärkung der didaktischen Kompetenzen der durchführenden Dozenten von Patientenschulungen besteht.

### 1.6.1 Qualität von Patientenschulungen

Die Ergebnisse einer systematischen Überprüfung von randomisierten kontrollierten Studien zeigte, dass eine koordinierte Intervention, die mehrere Ebenen des biopsychosozialen Modells thematisiert und von verschiedenen Professionen durchgeführt wird, dazu führt, dass Patienten mit chronischen Rückenschmerzen langfristig mehr profitieren als wenn sie lediglich die Standardbehandlung erhalten (Kamper et al., 2015). Ströbl und Kollegen (2009) formulierten Qualitätskriterien für Patientenschulungen Erwachsener in der stationären medizinischen Rehabilitation. Eine Schulung sollte demnach:

- manualisiert sein,
- multiple Zieldimensionen verfolgen,
- eine interdisziplinäre Schulungskonzeption nutzen,
- aktivierender Elemente integrieren sowie
- den Alltagstransfer gewährleisten.

Die Qualitätskriterien für ein qualitativ hochwertiges Schulungskonzept wurden explizit in vier Bereiche eingeteilt, die sich wiederum 11 Dimensionen zuordnen lassen (I.1 bis IV.2; s. Tab. 8, vertiefend s. Ströbl et al., 2009). Diese Qualitätskriterien haben zum Ziel, für Qualitätsaspekte in der Schulungsdurchführung zu sensibilisieren. Auf diesem Weg wird es ermöglicht, die Qualität von Patientenschulungen zu überprüfen und ggf. zu optimieren, um die Strukturqualität zu wahren. Darüber hinaus hat das ZP (2014) **wünschenswerte Qualitätsmerkmale zur Steigerung der Qualität von Patientenschulungen** formuliert. Eine ausführliche Checkliste der Teile 1-4 der Qualitätskriterien ist über das Zentrum für Patientenschulungen zu erhalten (vertiefend s. ZP, 2009). Sowohl die Qualitätskriterien als auch die Qualitätsmerkmale werden in der folgenden Tabelle 7 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 7: Qualitätskriterien für ein qualitativ hochwertiges Schulungskonzept (Ströbl et al., 2009; ZP, 2014).

Qualitätskriterien für ein qualitativ hochwertiges Schulungskonzept	
<b>Teil 1: Rahmenbedingungen</b>	1.1. Adäquater Schulungsraum
	1.2 Verfügbarkeit von Medien und Materialien
	1.3 Geeignete Schulungszeit
	1.4 Zugang zur Schulung
<b>Teil 2: Schulungsteam</b>	2.1 Organisation des Schulungsteams
	2.2 Voraussetzungen der Schulungsleiter/Einarbeitung
	2.3 Kontinuierliche Fortbildung der Schulungsleiter
<b>Teil 3: Einbindung der Schulung in das Klinikgesamtkonzept</b>	3.1 Schulungseinbindung
	3.2 Engagement der Klinikleitung
<b>Teil 4: Maßnahmen des Qualitätsmanagement</b>	4.1 Schulungsspezifisches Qualitätsmanagement
	4.2 Allgemeines Qualitätsmanagement
Zusätzliche Qualitätsmerkmale zur Steigerung der Qualität	
<b>Konzept</b>	Entwicklung der Schulung durch ein multiprofessionelles Team
	Vorsehen von Kontakte zur Nachsorge
<b>Durchführung</b>	Durchführung in einer geschlossenen Gruppe
	Einbezug von Angehörigen
<b>Manual</b>	Beschreibung der Qualifikation und Berufsgruppe der an der Schulung beteiligten Dozenten sollten
	Vorhandensein von Inhalten und Materialien, die schriftliche telefonische oder persönliche Vorbereitung der Teilnehmer ermöglichen.
	Vorhandensein von Materialien zur Lernerfolgskontrolle

Bezüglich der Zielgruppe und der Effektivität von Patientenschulungen ist ebenso die **Motivation der Rehabilitanden** zu beachten. Eine Einschätzung der Therapiebereitschaft sowie der motivationalen Ausgangslage der Rehabilitanden ist demzufolge notwendig. Verschiedenste Gesundheitsverhaltensmodelle wie das HAPA (s. Kap 1.4.3; Schwarzer et al., 2011) wurden zu diesem Zweck entwickelt. Diese Modelle haben gemein, dass die Phasen der Motivation und Volition eine zentrale Voraussetzung für die Veränderungsbereitschaft der Rehabilitanden (Baschin et al., 2012) und daher für den Erfolg der Patientenschulung darstellen (Feicke & Spörhase, 2012). Darüber hinaus wird die Verhaltensänderung und ihre Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung nach Schwarzer et al. (2011) von den vorhandenen Ressourcen, der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie von Barrieren beeinflusst.

Nach Feicke und Spörhase (2012) ist die Ermittlung der Bedürfnisse von Rehabilitanden umso wichtiger, um ein **teilnehmerorientiertes Sozialklima** innerhalb der Patientenschulung gewährleisten zu können. Darüber hinaus fordern sie, dass Patientenschulungen eine **klare Strukturierung** und **kognitive Aktivierung** durch fachspezifische Arbeitsweisen aufweisen sollten. Des Weiteren ist zu beachten, dass Gelerntes erst dann verinnerlicht wird, wenn es sich für die Zielgruppe als **handlungsrelevant und alltagspraktisch** erweist (Siebert, 2012). Der Alltagsbezug einer Patientenschulung sollte somit immer gegeben sein. Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte kann langfristig die Wirksamkeit von Patientenschulungen verbessert werden und diese den Bedürfnissen und der Lebenswelt von Rehabilitanden angepasst werden.

### 1.6.2 Patientenschulungsprogramme bei CRS

Die Effektivität von Patientenschulungen wurde in zahlreichen Studien belegt (Faller et al., 2008). Morfeld und Kollegen erstellten 2010 eine Übersicht, auf der Basis von Literaturrecherche, zur Erfassung und Gegenüberstellung manualisierter multimodaler Patientenschulungsprogramme. Einschlusskriterium für diese Untersuchung war die Entwicklung und der Einsatz in der ambulanten und stationären Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten in Deutschland. Es wurden lediglich Patientenschulungen untersucht, die sowohl frontale als auch aktivierende Methoden verwenden, ein Manual nutzen und folgende Ziele verfolgen (Morfeld et al., 2010):

- Wissenserwerb,
- Training von Fertigkeiten,
- Motivation zu gesundheitsgerechtem Lebensstil,
- Krankheitsbewältigung und Training krankheitsspezifischer sozialer Kompetenz.



Es handelte sich dabei um Gruppensettings, die im Schnitt 6 bis max. 16 Teilnehmer zulassen sowie 7 bis 24 Einheiten im Umfang von jeweils 0,5 bis 2,5 Stunden umfassten. Die folgende Tabelle 8 zeigt die Zielgruppe und den Fokus der Programme:

Tabelle 8: Überblick über Programme (entnommen aus Morfeld et al., 2010, S. 75).

Programm	Zielgruppe	Fokus
Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Rückenschmerzen</li> <li>▪ Körperliche Belastbarkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Functional restoration</li> </ul>
Chronische Kopf- und Rückenschmerzen - Psychologisches Trainingsprogramm	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Kopf- und Rückenschmerzen</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der chronischen Schmerzbewältigung</li> <li>▪ Aufbau internaler Kontrollüberzeugung</li> </ul>
Münchener Rücken-Intensiv-Programm (MRIP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Rückenschmerzen</li> <li>▪ Körperliche Belastbarkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Functional restoration</li> </ul>
Back to Balance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Rücken-OP</li> <li>▪ Chronische Rückenschmerzen</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erlernen subjektiver Schmerzbewältigungsstrategien</li> <li>▪ Aufbau internaler Kontrollüberzeugung</li> </ul>
Arbeiten und Leben – Back to Balance (ALEBABA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Rückenschmerzen</li> <li>▪ Körperliche Belastbarkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schmerzreduktion</li> <li>▪ Erhöhung der schmerzbezogenen Selbstkompetenz</li> <li>▪ Erweiterung der psychosozialen Kompetenzen</li> </ul>
Rückenfit: Lebenslust statt Krankheitsfrust	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Rückenschmerzen</li> <li>▪ Psychosoziale Probleme (beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten Empowerment</li> <li>▪ Verhaltensänderung</li> </ul>

Laut Morfeld et al. (2010) sind die Interventionsprogramme für die Rehabilitation von chronisch unspezifischen Rückenschmerzen gut geeignet. Dennoch war eine einheitliche Aussage zur Evaluation aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit nicht möglich. Die

Berücksichtigung qualitätsgesicherter Schulungskonzepte in die Praxis ist dringend erforderlich. Doch wie zahlreiche Studien belegten, stellt die Implementierung von neuen Patientenschulungen eine Herausforderung im Klinikalltag dar, unter denen die Wirksamkeit und Qualität von Patientenschulungen nicht immer vollständig gegeben ist (Faller et al., 2011a, S. 291).

### 1.6.3 Effektivität und Nachhaltigkeit

In verschiedenen Studien konnte die **Wirksamkeit von Patientenschulungen für chronische Erkrankungen bereits belegt werden** (Faller, Reusch, Vogel, Ehlebracht-König & Petermann, 2005; Newman, Steed & Mulligan, 2004). In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie wurde von Meng und Kollegen (2009) ein standardisiertes Rückenschulungsprogramm bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen ( $N=360$ ) untersucht, in der die mittel- und langfristige Wirksamkeit belegt werden konnte. Ebenso ist die Wirksamkeit klinisch-psychologischer Interventionen für eine Vielzahl von psychischen Belastungen und Störungen belegt, dennoch besteht eine Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis (Beelmann & Karing, 2014).

Bei Betrachtung von psychologischen Patientenschulungen für chronische Rückenschmerzpatienten konnte gezeigt werden, dass bereits eine Vielzahl von gut manualisierten, multimodalen Interventionsprogrammen vorliegen. Morfeld et al. (2010) zufolge unterscheiden sich diese häufig in Aufbau und Umfang sowie daraus resultierend in der Anwendbarkeit im Setting. Eine Vergleichbarkeit der Programme ist aufgrund der Divergenz in Aufbau und Inhalten sowie uneinheitlichen Verwendungen der Zielparameter nicht möglich. Darüber hinaus erfolgt die Implementierung in den Rehabilitationskliniken häufig nicht vollständig bzw. modifiziert, was wiederum die Prüfung der Effektivität erschwert (Meng, Peters, Schultze, Pfeifer & Faller, 2015). Darüber hinaus weist eine Vielzahl von Schulungen Optimierungsbedarf hinsichtlich des Nachweises der Effektivität auf (Ströbl, Friedl-Huber, Küffner, Reusch, Vogel, & Faller, 2007). **Die Verbreitung evidenzbasierter Interventionen ist demnach noch beschränkt** (Baumeister, 2014). In einer Untersuchung von Reese und Mittag (2013a, S. 833) wurde ebenfalls belegt, dass zwischen den orthopädischen Einrichtungen große Unterschiede hinsichtlich durchgeführter psychologischer Screenings und angebotener psychologischer Interventionen existiert. In einer qualitativen Erhebung wurde darüber hinaus festgestellt, dass im Rahmen einer 3-wöchigen Rehabilitation eine intensive psychologische Schmerztherapie im anvisierten zeitlichen Rahmen von 6 Mal 90 min kaum umsetzbar waren (Reese & Mittag, 2013a, S. 834).

Patientenschulungen zählen zu den etablierten Instrumenten in der Rehabilitation. Zur Erreichung des Ziels von Patientenschulungen, der Stärkung der Compliance, des Selbstmanagements sowie des Empowerments, wurden bereits eine Reihe von Wirkfaktoren und Qualitätskriterien für Patientenschulungen entwickelt. Multimodale Programme mit psychologischen Ansätzen zeigen eine starke Überlegenheit und sollten demzufolge fest in den Rehabilitations-Prozess integriert werden. Zurzeit liegen bereits eine Vielzahl manualisierter, multimodaler Interventionsprogramme vor, dennoch erfolgt die Implementierung in den Rehabilitationskliniken häufig nicht vollständig bzw. lediglich modifiziert. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit der formativen Evaluation, um die Akzeptanz und Machbarkeit von Seiten der beteiligten Akteure zu ermitteln und so die Dissemination von Patientenschulungen zu unterstützen.

## 1.7 Beschreibung des Forschungsprojektes Debora

Multimodale Maßnahmen in der VMO sind bislang unspezifisch konzipiert und weisen keine nachhaltigen Effekte auf. In dem Vorläuferprojekt „Depression als Prädiktor für den Misserfolg der Rehabilitation von chronischem Rückenschmerz“, das durch die DRV Oldenburg Bremen und die Universität Bremen entwickelt wurde (Hampel, Graef, Krohn-Grimberghe & Tlach, 2009), deuteten sich bei Anpassung psychologischer Maßnahmen an die Bedarfe und Bedürfnisse der unterschiedlich belasteten Rehabilitanden langfristig verbesserte Rehabilitationseffekte an (siehe Kap 1.7.1).

Das Forschungsprojekt **Debora** hat zum Ziel die „Wirksamkeit eines **Depressionsbewältigungstrainings** in der stationären verhaltensmedizinisch **orthopädischen Rehabilitation**“ zu prüfen und wird durch Mittel der DRV-Bund finanziert. Der Titel wurde im Laufe des Forschungsprojektes von „Depressionsbewältigungstraining“ in „**Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining**“ geändert, um den präventiven Ansatz stärker hervorzuheben. Das Forschungsprojekt hat eine voraussichtliche Gesamtlaufzeit von 37,5 Monaten (s. Abb. 7; vertiefend s. Anhang B1).

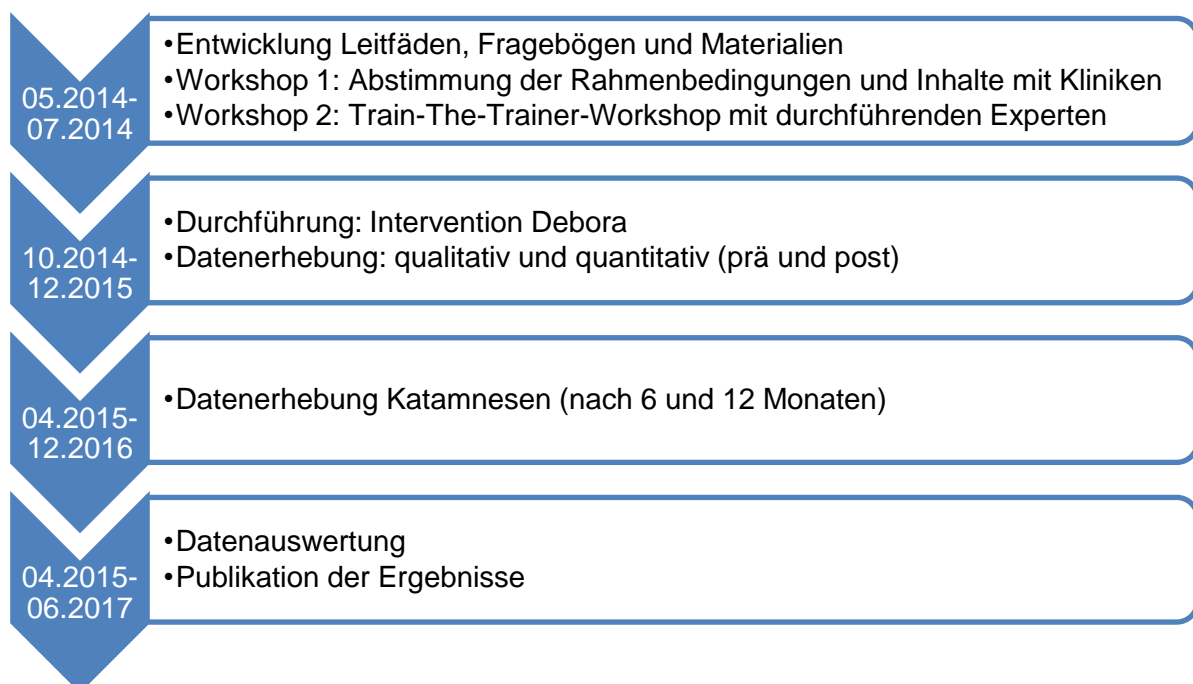


Abbildung 7: Kurzfassung des zeitlichen Ablaufplans von Debora.

Beim Studiendesign handelt es sich um eine prospektive Kontrollgruppenstudie mit Randomisierung. Die Längsschnitterhebung mit Follow-Up-Design wird quantitativ und qualitativ sowie multizentrisch durchgeführt.

Das Forschungsprojekt wird unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Petra Hampel geführt. Für die Entwicklung und Manualisierung sind neben Frau Hampel, Frau Dr. Beate Mohr, M. Sc. Svenja Roch sowie die Autorin zuständig. Die quantitative Evaluation wird von Roch, die qualitative Evaluation von der Autorin durchgeführt.

Das neue Trainingskonzept ist ein kombiniertes Trainingsprogramm für die psychologische Intervention bei CRS (Schmerzkompetenztraining) und depressiven Symptomen (Depressionspräventionstraining) und wird seit Oktober 2014 evaluiert. Die Fragestellung des Forschungsprojektes lautet wie folgt (s. Kasten 9):

Kasten 9: Fragestellung des Forschungsprojektes Debora.

Verbessert das Depressionspräventionstraining zur Prävention und Behandlung von depressiven Symptomen bei Patienten in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation den langfristigen Rehabilitationserfolg im Vergleich zu der Standardbehandlung?

**Kooperationspartner.** Im Gegensatz zu dem Vorläuferprojekt wird diese Studie nicht in der klassisch orthopädischen Rehabilitation sondern in der VMO durchgeführt. Die Studie wird in Kooperation mit folgenden Kliniken durchgeführt:

- Paracelsus-Klinik an der Gande (Dr. Herbold)
- Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf (Dr. Roßband)
- Rehabilitationsklinik Bad Steben (Dr. Geigner)
- Rehabilitationsklinik Göhren (A. Beddies)

In diesen Kliniken findet die Datenerhebung vor und nach der Rehabilitation statt. Darüber hinaus wurden in einem ersten Workshop mit den Klinikleitungen die Rahmenbedingungen für das Training sowie die Inhalte abgestimmt. In einem zweiten Workshop wurden die Psychologen vor Trainingsbeginn maßgeblich an der Weiterentwicklung des Trainings beteiligt sowie in einem Train-the-Trainer-Workshop (TTT) geschult, um später eine erfolgreiche Umsetzung des Trainings zu ermöglichen.

**Ziel.** Es sollen bei der Patientengruppe mit CRS und unterschiedlichem Depressivitätsgrad an einer Stichprobe aus vier Rehabilitationskliniken die kurz-, mittel- und langfristigen Effekte des kognitiv-behavioralen Depressionspräventionstrainings auf den psychosozialen Rehabilitationserfolg im Vergleich der Interventions- (IG: Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining) zur Kontrollgruppe (KG:

Schmerzkompetenztraining; s. Kap. 1.8) untersucht werden. Im aktuellen Projekt soll im Auftrag der DRV-Bund das Training wesentlich überarbeitet, aktualisiert und manualisiert werden.

**Methodische Vorgehensweise.** Methodisch erfolgt sowohl eine **quantitative als auch eine qualitative Evaluation**. Das Ziel des Mixed-Methods-Ansatzes (vertiefend s. Kell, 2014; vgl. Wirtz & Strohmer, 2016) ist es, durch eine Kombination der qualitativen und quantitativen Ergebnisse eine Überprüfung der Akzeptanz und Machbarkeit sowie der Wirksamkeit des Depressionspräventionstrainings zu ermöglichen, um ggf. das Training anpassen zu können und somit dessen Qualität zu sichern. Unter anderem können auf diesem Weg durch das Forschungsprojekt Debora die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte unter Berücksichtigung von psychologischen Gruppenangeboten in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation verbessert werden. Das Vorgehen orientiert sich somit am Aufbau des Public-Health-Action-Cyklus (PHAC; Kolip, 2006). Die vier Bereiche des PHAC werden nun kurz näher erläutert:

- **Konzeptqualität:** Das Ziel der Prüfung der Konzeptqualität ist es, den Bedarf und die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe festzustellen. Im Zuge der formativen Evaluation wurden daher im Vorfeld der Intervention **schriftliche Befragungen** mit den Rehabilitanden zu Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen durchgeführt (s. Kap. 1.7.2). Darüber hinaus wurden diese ebenso über **Einzelinterviews** und **Fokusgruppen** mit den Rehabilitanden sowie über Fokusgruppen mit den Experten erfasst (s. Kap. 3-5, Teilstudie 1-3).
- **Strukturqualität:** Die Prüfung der Strukturqualität beinhaltet eine Überprüfung der für die Umsetzung und Zielerreichung der Intervention notwendigen Rahmenbedingungen. Die formative Evaluation beinhaltet daher **Fokusgruppen** mit den durchführenden multiprofessionellen Teams in den Rehabilitationskliniken sowie **Einzelinterviews** und Fokusgruppen mit den Rehabilitanden, die die Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention prüfen (s. Kap. 3-5, Teilstudie 1-3).
- **Prozessqualität:** Innerhalb der Prüfung der Prozessqualität werden alle Aktivitäten, die zur Erreichung der zuvor formulierten Ziele, wie z. B. Umsetzung durch das Schulungsteam, geprüft. Die formative Evaluation prüft daher in diesem Verfahren ebenso die Machbarkeit über **Einzelinterviews** und **Fokusgruppen** mit den Rehabilitanden (s. Kap. 3-5, Teilstudie 1-3).



**Ein- und Ausschlusskriterien.** Im Vergleich zum Vorläuferprojekt wird in das aktuelle Forschungsprojekt ein größeres Spektrum von M-Diagnosen nach ICD-10 mit einbezogen. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme der Rehabilitanden am Forschungsprojekt sind in der Tabelle 9 aufgeführt.

Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien der Studie.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 65 Jahren	operative Eingriffe am Bewegungsapparat, Unfälle innerhalb der letzten sechs Monate vor Rehabilitationsbeginn
Hauptdiagnose: Chronische Rückenschmerzen (ICD-10: M51, M53, M54; Dauer $\geq$ 6 Monate)	somatische Erkrankungen, die für Rückenschmerzen verantwortlich sein könnten (Tumore, Entzündungen)
freiwillige Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie mit schriftlicher Einverständniserklärung	Infektionen, kardiovaskuläre Erkrankungen oder metabolische Erkrankungen, welche die Rehabilitation zusätzlich erschweren würden
Beherrschung der deutschen Sprache (Lese- und Schreibfähigkeit)	psychiatrische Erkrankungen (schwere Angststörungen und Depressionen, Psychosen, PTBS)
	Schwangerschaft

### 1.7.1 Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt

Auf Grundlage des Vorgängerprojekts wurden bereits Ergebnisse veröffentlicht (z. B. Hampel et al., 2014; Hampel, Gräf, Krohn-Grimberghe, Thomsen & Mohr, 2009; Hampel & Tlach, 2015; Mohr et al., 2008; Tlach & Hampel, 2011), die für die Weiterentwicklung und Evaluation des Trainings Debora genutzt wurden und den Entstehungsprozess und die Relevanz des aktuellen Forschungsvorhabens verdeutlichen. Darüber hinaus dienen diese Ergebnisse der Bekräftigung der Notwendigkeit und Effektivität störungsspezifischer psychologischer Behandlungsmaßnahmen in der VMO. Deshalb werden die wesentlichen Ergebnisse im folgenden Verlauf kurz zusammengefasst.



In einer Untersuchung zum **Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz** (Mohr et al., 2008) wurde untersucht, ob Rehabilitanden mit unspezifischen CRS und psychischer Komorbidität mittelfristig (6 Monate nach Rehabilitationseende) im Vergleich zu Rehabilitanden ohne komorbide Depressivität geringer von den Rehabilitationsmaßnahmen profitierten.

**Design.** Neben der orthopädischen Standardrehabilitation erhielten alle Rehabilitanden eine psychologische Gruppenintervention in Form von vier Modulen zur Schmerzkompetenz, sechs Modulen zur Entspannung sowie weiteren Therapie-maßnahmen in Form von physiotherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen, Bewegungsbad, Rückenschule und ggf. physikalische Anwendungen.

**Ergebnisse.** Die Untersuchung einer Stichprobe von 116 Rehabilitanden ( $N=116$ ;  $n=41$  niedrige,  $n=39$  mittlere und  $n=36$  hohe Werte in der ADS; Hautzinger et al., 2012) ergab,...

dass Rehabilitanden mit mittlerer und hoher Depressivität kurzfristig durch verbesserte behaviorale Schmerzbewältigungsstrategien (Entspannung und gegensteuernde Aktivitäten) profitierten. Bei Rehabilitanden ohne bzw. mit geringer Depressivität hielten die positiven Behandlungseffekte insbesondere im Bereich der behavioralen Schmerzbewältigungsstrategien bis zur 6-Monatskatamnese an. Rehabilitanden mit einem erhöhtem Depressivitätsgrad, die am Depressionsbewältigungstraining teilnahmen, wiesen nachhaltig stabilere Rehabilitationseffekte auf als Teilnehmer, die ausschließlich die Basismodule erhielten.

Es erfolgte eine weitere Untersuchung **unspezifischer Effekte des kombinierten Schmerzkompetenz- und Depressionsbewältigungstrainings** von Hampel et al. (2014)

**Design.** Die Untersuchung erfolgte an einer Stichprobe von  $N=84$  (Alter:  $M=50.53$  Jahren,  $SD=5.87$ ; 39% klinisch auffällig erhöhte Werte in der Depressivität; 60% klinisch auffällig erhöhte Werte in der Angst). Die Gesamtstichprobe wurde in die Untersuchungsgruppen IG und KG unterteilt. Die IG erhielt sowohl das Schmerzkompetenz- als auch das Depressionsbewältigungstraining. Die KG erhielt ausschließlich das Schmerzkompetenztraining (vgl. auch Mohr et al. 2008).

**Ergebnisse.** Die Untersuchung zeigte, dass...

die Rehabilitanden kurz-, mittel- und langfristig bis zwei Jahre nach der Rehabilitation eine Verbesserung der kognitiven Schmerzbewältigung (Handlungsplanungskompetenzen und kognitive Umstrukturierung) sowie im Bereich der behavioralen Schmerzverarbeitungsstrategien (mentale Ablenkung, gegensteuernde Aktivitäten, Ruhe- und Entspannung) aufwiesen. Für die Verbesserung psychischer Symptome ist die Implementierung störungsspezifischer psychologischer Interventionen notwendig.

Zudem erfolgten Untersuchungen zur **nachhaltigen Effektivität des störungsspezifischen kombinierten Trainings zur Schmerzkompetenz und Depressionsbewältigung** (Hampel et al., 2009; Tlach und Hampel, 2011).

**Design.** In Gesamtstichproben von  $N=199$  (Alter:  $M=49.00$  Jahre,  $SD=7.03$ ) und  $N=153$  (Alter:  $M=50.5$  Jahre,  $SD=6.1$ ) wurden der Einfluss der Teilnahme am Depressionsbewältigungstraining auf die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte bei Patienten mit CRS und depressiver Komorbidität untersucht. Im Gegensatz zur Studie von Hampel et al. (2009) erfasste die ergänzende Studie von Tlach und Hampel (2011) neben kurz- und mittelfristigen (bis zur 6-Monatskatamnese) ebenso die langfristigen Rehabilitationseffekte (24-Monatskatamnese). Die Analyse der langfristigen Rehabilitationseffekte bezog sich auf psychologische und schmerzbezogene Parameter von drei Behandlungsgruppen. Die zwei KGs erhielten lediglich ein Schmerzkompetenztraining, welches sich aus vier Basismodulen zusammensetzte. Die IG erhielt zusätzlich ein Depressionsbewältigungstraining mit fünf Zusatzmodulen.

Die Vergleiche zwischen den Behandlungsgruppen  $IG_{depr}$  und  $KG_{depr}$  ergaben, dass bei Patienten der Interventionsgruppe die Depressivität und Ängstlichkeit sechs Monate und die Ängstlichkeit zusätzlich noch nach 24 Monaten signifikant verringert war im Unterschied zur  $KG_{depr}$ .

**Ergebnisse.** Aus den Ergebnissen lässt sich konstatieren, ...

dass die Rehabilitanden der KG ohne oder mit niedriger Depressivität langfristig eine negative Entwicklung von Depressivität mit klinisch-auffälligen Werten zeigten. Rehabilitanden mit somato-psychischer Komorbidität von CRS und Depressivität aus der IG wiesen hingegen nachhaltig stabilere Rehabilitationseffekte in den psychosozialen Parametern Depressivität und Angst auf und zeigten bis 6 Monate Rehabilitationseende nach eine erhöhte Lebensqualität.

### 1.7.2 Bisherige Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt Debora

Im Rahmen des Forschungsprojektes Debora wurden bereits erste Ergebnisse erzielt und teilweise veröffentlicht, die nun ebenfalls kurz zusammengefasst werden, um den aktuellen Fortschritt im Projekt zu verdeutlichen.

Zu den ersten Publikationen im Rahmen des Forschungsprojektes zählte die **„Erfassung von Depressivität und Ängstlichkeit in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation – eine Fragebogenvalidierung mithilfe des SKID“** (Roch et al., 2016).

**Design.** Im Zuge dessen wurde mithilfe des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) an Daten von 42 Rehabilitanden ( $N=42$ ; Alter:  $M=52.6$  Jahren,  $SD=7.6$ ) eine Validierung der ADS, der Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D/A) und des Patient Health Questionnaire-4 (Depressions-Skala: PHQ-2; Angst-Skala: GAD-2) durchgeführt.

**Ergebnisse.** Aufgrund der positiven Ergebnisse im Bereich der Sensitivität (zwischen 0.58 und 1), der Spezifitäten (zwischen 0.67 und 0.82), der negativen Vorhersagewerte (von 0.80 bis 1) sowie der positiven Vorhersagewerte (zwischen 0.41 und 0.50) lässt sich schlussfolgern, ...

dass die hohen negativen Vorhersagewerte der Fragebögen auf eine gute Eignung als Screening-Instrumente deuten.

Die Untersuchung **„Förderfaktoren, Barrieren und Barrierenmanagement zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz – eine qualitative Analyse“** (Korsch et al., 2016) soll an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt werden, weil sie zur Problemdefinition und Strategieformulierung des Trainings Debora genutzt wurde. Die Studie hatte zum Ziel, sowohl förderliche Faktoren als auch Barrieren des Alltagstransfers gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu ermitteln. Darüber hinaus sollten Unterstützungsangebote für das Barrierenmanagement identifiziert werden. Des Weiteren wurden bei einer Teilstichprobe mit erhöhter Depressivität ebenso Förderfaktoren, Barrieren und Möglichkeiten des Barrierenmanagements erhoben, um passgenaue Unterstützungsangebote für die wachsende Anzahl der Rehabilitanden mit komorbiden depressiven Symptomen entwickeln zu können.

**Design.** Anhand einer schriftlichen Befragung, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet wurde, wurden 28 Frauen und 7 Männer ( $N=35$ ; Alter: 43-62 Jahre;  $M=54,0$ ;  $SD=5,6$ ; klinisch-auffällige Werte in der Depressivität lt.  $ADS=15$ , Hautzinger et al., 2012) mit CRS befragt.

**Ergebnisse.** Zu den Förderfaktoren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen der Rehabilitanden zählten das Erlernen von Methoden zur Schmerz- und Stressbewältigung sowie die Stärkung von Volition und Lebensqualität. Bei Rehabilitanden mit klinisch-auffälligen Werten in der Depressivität wurden als Barrieren eine unzureichende Volition sowie familiäre und berufliche Belastungen identifiziert. Insbesondere soziale Unterstützung wurde als förderlicher Faktor für die Alltagsimplementierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen benannt.

Die Befunde legen nahe, dass der langfristige Rehabilitationserfolg durch den Einsatz alltagsnaher Übungen, ein individualisiertes Barrierenmanagement sowie flächendeckende post-rehabilitative Behandlungsangebote verbessert werden kann.

Die Untersuchung „**The impact of group and therapist on patients' depressive symptoms and anxiety in multidisciplinary inpatient rehabilitation: a mixed methods analysis**“ (Roch, Korsch & Hampel, eingereicht) hatte zum Ziel den Einfluss von Bezugsgruppe und Therapeut auf Depressivität und Angst bei Patienten mit chronischen Rückenschmerz zu untersuchen.

**Design.** Der Mixed-Methods Ansatz untersuchte die Ergebnisse von 1.151 Rehabilitanden anhand von standardisierten Fragebögen ( $N=1.151$ ; Alter:  $M=52,04$  Jahren,  $SD=7,30$ ) sowie die Aussagen von 26 Rehabilitanden anhand problemzentrierter Einzelinterviews ( $N=26$ ; Alter:  $M=50,6$  Jahren,  $SD=7,4$ ).

**Ergebnisse.** Aus den Ergebnissen resultierten...

kleine bis mittlere Effekte der Bezugsgruppe sowie kleine Effekte des Therapeuten auf die Akzeptanz und Machbarkeit. Die Qualitative Analyse verdeutlichte den Einfluss der Gruppenatmosphäre sowie der daraus resultierenden sozialen Unterstützung auf die psychischen Kennwerte.

Die Ergebnisse aus dem Vorläuferprojekt bestätigen die unspezifische Wirksamkeit eines Schmerzkompetenztrainings im Rahmen einer orthopädischen Standardrehabilitation (OR) auf die Schmerzbewältigung und verdeutlichen die Notwendigkeit der Implementierung störungsspezifischer psychologischer Interventionen in der OR. Die bisherigen Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt Debora bestätigen das Vorhandensein geeigneter Screeninginstrumente für Angst und Depressivität. Darüber hinaus bestätigen sie, dass die im Rahmen der Rehabilitation erfahrene soziale Unterstützung positive Effekte auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden hat.

## 1.8 Die Intervention Debora

Die Intervention Debora ist ein **neu entwickeltes störungsspezifisches psychologisches Gruppentraining**. Das Training kann sowohl zur Prävention von depressiven Erkrankungen als auch zur Mitbehandlung bereits vorhandener leichter bis mittelgradiger komorbider depressiver Erkrankungen bei CRS eingesetzt werden. Das Training richtet sich an folgende Zielgruppen:

- Patienten mit CRS und leichten bis mittelgradigen komorbiden unipolaren depressiven Störungen bzw. depressiven Reaktionen (somato-psychische Komorbidität)
- Patienten mit CRS, die keine oder nur leichte depressive Symptome aufweisen (ohne die Kriterien einer depressiven Störung zu erfüllen).

Zu den Ausschlusskriterien für die Teilnahme zählt das nichtvorhandensein von Gruppenfähigkeit.

**Ziele des Trainings.** Ziele des Trainings sind eine Verringerung unspezifischer CRS und komorbider depressiver Symptome durch störungsspezifische psychologische Interventionen sowie die Prävention der Entwicklung komorbider depressiver Erkrankungen. Auf Grundlage des biopsychosozialen Modells (s. Kap. 1.2.2) werden die Rehabilitanden dabei unterstützt,

- den wechselseitigen Einfluss von Verhalten, Gefühlen, Gedanken und Stress auf ihren Schmerz zu verstehen,
- langfristige Auswirkungen von ungünstigen Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Schmerzen frühzeitig zu erkennen,
- verschiedene Techniken zur Vorbeugung langfristiger Auswirkungen zu erlernen,
- ihre persönlichen Stärken zu erkennen und zu fördern, die Sie dabei unterstützen ihr Schmerzempfinden positiv zu beeinflussen,
- ungünstige Kognitionen abzubauen sowie
- Strategien zur Stressbewältigung zu erlernen (Mohr et al., 2017, S. 68).

Das übergeordnete Ziel des Trainings ist es, im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention **Folgeerkrankungen zu vermeiden und Ressourcen zu stärken** und demzufolge dem Rehabilitanden „Starthilfe“ zu geben, damit er selbst zum Experten für seine Gesundheit wird. Dies hat langfristig sowohl eine Verbesserung der Schmerzkompetenz bei CRS, der biopsychosozialen Funktionsfähigkeit im Alltag und Beruf als auch der Lebensqualität der Rehabilitanden zum Ziel. Dies stimmt mit den Zielen von Patientenschulungen aus Sicht des Zentrums für Patientenschulungen (ZP,

2014) überein: Wissenserwerb, Training von Fertigkeiten, Motivation zu gesundheitsgerechtem Lebensstil, Krankheitsbewältigung und Training krankheits-spezifischer sozialer Kompetenz.

**Standardbehandlung.** Alle teilnehmenden Rehabilitanden erhalten eine identische Standardbehandlung. Zu dieser Standardbehandlung zählen neben der medikamentösen Behandlung weitere Maßnahmen. Der folgende Kasten 10 zeigt eine Übersicht der Maßnahmen.

Kasten 10: Übersicht über Maßnahmen der Standardbehandlung.

- Bewegungstherapie
- Rückenschule
- Psychologische Schmerzbewältigung
- Entspannungstraining
- Information
- Im Bedarfsfall physikalische Anwendungen sowie psychologische, soziale und sozialrechtliche Beratung

**Debora.** Um die interaktive Gestaltung des Trainings zu gewährleisten, wurden theoretische Inhalte in Vorträge ausgelagert. Daraus resultierten diese **drei Vorträge**:

- 1 Psychologische Grundlagen von Schmerz
- 2 Medikamentöse Schmerztherapie
- 3 Psychische Komorbiditäten bei chronischen Rückenschmerzen

Der erste Vortrag sollte vor Beginn des Trainings gehalten werden, um eine theoretische Basis in Bezug auf das Wissen über die psychologischen Grundlagen von Schmerz zu vermitteln. Vortrag 2 und 3 können parallel zum Training erfolgen.

Durch die Wissensvermittlung in den Vorträgen bleibt in den Trainingseinheiten mehr Zeit für praktische Übungen und Diskussionen. Darüber hinaus besteht das gesamte Training aus acht Trainingseinheiten (s. Abb. 9). Das Basistraining umfasst das **Schmerzkompetenztraining** in Form der Einheiten **1, 2, 3 und 4** (vgl. Abb. 1). Die IG enthält zusätzlich vier Trainingseinheiten mit Inhalten zur Depressionsprävention. Die Module des **Depressionspräventionstrainings** bauen thematisch jeweils auf den Inhalten der vorangegangenen Module zur Schmerzkompetenz auf. Dabei handelt es sich um die Trainingseinheiten **1a, 2a, 3a und 4a** (vgl. Abb. 9), die ebenfalls als 75 minütige kognitiv-behaviorale Gruppenintervention, zuzüglich 25 Minuten

Kleingruppenworkshop konzipiert wurden. Die Durchführung der Schmerzkompetenz- und der Depressionspräventionsmodule sollte in alternierender Reihenfolge erfolgen.

Jede Einheit dauert demzufolge 100 Minuten, die sich aus 75 Minuten Gruppentraining und 25 Minuten Kleingruppenworkshop zusammensetzen. Pro Einheit wird ein Themenschwerpunkt über folgende Trainingselemente behandelt: Rückmeldung zum Kleingruppenworkshop, Psychoedukation, Praxisbezug, Feedback.

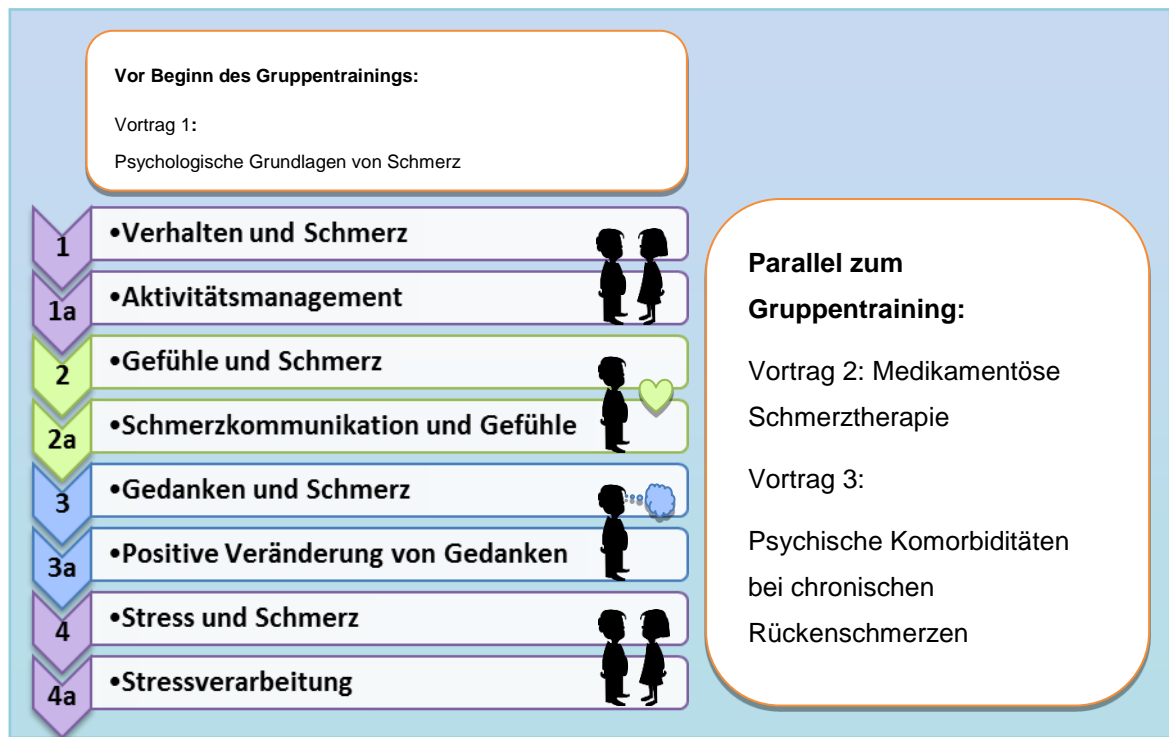


Abbildung 9: Überblick über das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining Debora (Mohr et al., 2017, S. 69).

Alle acht Trainingsmodule enthalten eine Einführungs-, Edukations-, Übungs- und Abschlussphase. Der an die Module anschließende Workshop dient der anschließenden Transferphase. Die Lernziele des Trainings sind in folgender Tabelle 10 stichpunktartig aufgeführt.



Tabelle 10: Module und Ziele von Debora im Kurzüberblick.

Nr.	Modul Ansatzpunkt	Ziel
1	Verhalten und Schmerz (behavioral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundlagen des biopsychosozialen Modells</li> <li>▪ Wechselseitiger Zusammenhang von Verhalten und Schmerz</li> <li>▪ ungünstige und günstige Verhaltensweisen</li> </ul>
1a	Aktivitätsmanagement (behavioral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechselwirkung von depressiven Symptomen und chronischen Schmerzen</li> <li>▪ Auswirkungen ungünstiger Verhaltensstrategien</li> <li>▪ Prinzipien ausgewogener Aktivitäten</li> <li>▪ Steigerung angenehmer Aktivitäten</li> </ul>
2	Gefühle und Schmerz (emotional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechselseitiger Zusammenhang von Gefühlen und Schmerz</li> <li>▪ Schmerzen verringernden bzw. verstärkende Gefühle</li> </ul>
2a	Schmerzkommunikation und Gefühle emotional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nonverbale Schmerzkommunikation</li> <li>▪ eigenen Schmerzkommunikation</li> <li>▪ Wechselbeziehung zwischen Körpersprache und emotionaler Ebene</li> </ul>
3	Gedanken und Schmerz (kognitiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechselseitiger Zusammenhang von Gedanken und Schmerz</li> <li>▪ Formulieren positiver Gedanken</li> <li>▪ Relevanz der Rolle der Aufmerksamkeit für die Schmerzwahrnehmung</li> </ul>
3a	Positive Veränderung von Gedanken (kognitiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bedeutung automatischer negativer Gedanken und Bewertungen</li> <li>▪ Positive Selbstinstruktionen</li> </ul>
4	Stress und Schmerz (sozial-interaktiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechselseitiger Zusammenhang von Stress und Schmerz</li> </ul>
4a	Stressverarbeitung (sozial-interaktiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenhänge von Stressbewältigung und Problemlöseprozess</li> <li>▪ Günstiger und ungünstiger Stressverarbeitungsstrategien</li> </ul>

Eine ausführlichere Darstellung des Trainings ist dem Manual zu entnehmen, das voraussichtlich im Frühjahr 2017 erscheint (Mohr et al., 2017).

**Methodik.** In den Trainingsmodulen wurden lediglich Kurzvorträge zur Wissensvermittlung von max. fünf Minuten integriert, um den Fokus auf **aktivierende interaktiv-didaktische Methoden** legen zu können und frontale Vortragstechniken zu vermeiden (vgl. Reusch et al., 2013). Zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Erlebens von Handlungskompetenz wurden bewusst interaktive Methoden gewählt. Hierzu zählen z. B.:

- Karteikartenmethoden,
- Rollenspiele,
- Videoanalysen und
- aktivierende Übungsmethoden (z. B. Stimmungsbarometer, World Café).

Die anschließenden **Workshops ersetzen das Format der „Hausaufgaben“** und dienen der Ressourcenaktivierung, dem Empowerment, der Förderung der Selbstmanagementkompetenzen sowie der sozialen Unterstützung. Darüber hinaus enthält das Training achtsamkeitsbasierte Elemente wie z. B. eine Genussübung. Des Weiteren wurde für die Umsetzung auf verschiedene Gruppengrößen innerhalb der Behandlungsgruppe, z. B. Klein- und Großgruppe geachtet.

**Setting und Gruppengröße.** Das Training wurde für das Setting VMO entwickelt. Dennoch kann es sowohl im rehabilitativen oder kurativen Anwendungsbereich im ambulanten, teilstationären sowie vollstationären Setting eingesetzt werden. Zudem ist die Integration in psychologische Gruppentrainings sowie multidimensionale Behandlungsprogramme möglich. Das Training findet zwecks Vertrauensbildung, Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterstützung in einer **geschlossenen Gruppe** von mindestens sechs Teilnehmern statt. Lediglich die Vorträge können unabhängig von der Gruppe erfolgen. Die maximale Teilnehmerzahl von 10 bis 12 sollte jedoch nicht überschritten werden, um interaktive Methoden umsetzen zu können und die Gruppenkohäsion nicht zu gefährden.

**Räumlichkeiten.** Im Kontext der aktivierenden interaktiv-didaktischen Methodennutzung sind für die Durchführung **ruhige und ausreichend große Gruppenräume** erforderlich, die den gültigen Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung entsprechen (Ströbl et al., 2009). Darüber hinaus sollten Laptop, Beamer, Flip-Chart, Whiteboard und Magnete, Stühle und optional kleine Tische vorhanden sein.

**Leitung.** Das Schmerzkompetenztraining kann von verschiedenen Berufsgruppen wie **Psychologen oder Gesundheitspädagogen** durchgeführt werden. Es wird empfohlen, dass es im Verlauf des Trainings **keinen Wechsel in der Leitung** geben sollte, um die Beziehung zwischen Gruppe und Leitung nicht zu gefährden. Sofern ebenfalls das Depressionspräventionstraining durchgeführt wird empfiehlt sich die Leitung durch Psychologen mit Diplom-/Masterabschluss bzw. Berufsgruppen aus dem gesundheitswissenschaftlichen Bereich mit umfangreichen Erfahrungen im Umgang mit klinischen Gruppen. Da im Fokus des Trainings das Erzielen einer Verhaltensänderung liegt, sollte die Leitung über einen motivierenden, selbstwirksamkeits- und selbstmanagementfördernden Gesprächsstil verfügen (Feicke & Spörhase, 2012).

**Aktueller Stand.** Die Intervention wird im Rahmen des Forschungsprojekts „Wirksamkeit eines Depressionspräventionsstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation“ sowohl formativ als auch summativ evaluiert (s. Kap. 1.7). Die formative Evaluation ist bis auf die Datenauswertung abgeschlossen. Die summative Evaluation befindet sich derzeit in der Erhebungsphase, wobei die Erhebung zu prä (t0) und post (t1) bereits abgeschlossen ist. Ein Manual zum Training wurde bereits zur Veröffentlichung eingereicht und erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2017 (Mohr et al., 2017).

Die Intervention Debora ist ein neu entwickeltes störungsspezifisches psychologisches Gruppentraining. Konzipiert wurde es auf Grundlage eines bereits evaluierten Vorläuferprojekts zur Behandlung komorbider psychischer Störungen in der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen. Es setzt sich aus einem Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining zusammen, das sowohl zur Prävention von depressiven Erkrankungen als auch zur Mitbehandlung bereits vorhandener leichter bis mittelgradiger komorbider depressiver Erkrankungen bei CRS eingesetzt werden kann. Theoretisch fundiert es auf dem biopsychosozialen Modell und vereint eine Vielzahl interaktiver Methoden. Derzeit wird es im Rahmen eines Forschungsprojektes evaluiert, um zu prüfen, ob es zur Prävention und Behandlung von depressiven Symptomen bei Patienten in der VMO geeignet ist (formative Evaluation) sowie ob es den langfristigen Rehabilitationserfolg im Vergleich zu der Standardbehandlung verbessert (summative Evaluation).

## 1.9 Zusammenfassung und Relevanz des Forschungsvorhabens

Der dargestellte Forschungsstand bestätigt die Bedeutsamkeit chronischer Schmerzen für die Gesellschaft. Sowohl von gesundheitspolitischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten ist die Thematik von äußerster Relevanz. So bedeuten chronische Verläufe nicht nur enorme Kosten für das Gesundheitswesen (Wenig et al., 2009), sondern gleichfalls eine Beeinträchtigung der Lebensqualität von Menschen mit CRS (Kröner-Herwig et al., 2011, S. 16).

**In Anbetracht der Zunahme von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen ist die psychische Komorbidität ein wesentlicher Aspekt bei der Rehabilitation chronisch Kranker.** Sowohl ihre Diagnostik als auch die Prävention und Mitbehandlung im Zuge der Behandlung unspezifischer CRS ist unerlässlich, um nicht nur gesundheitsökonomisch sondern ebenso die ungünstigen Folgen für die Lebensqualität zu verringern (Schmidt et al., 2014). Außerdem beeinflussen Komorbiditäten die Effektivität der Rehabilitation. Dieser Einfluss zeigt sich nicht nur in einer signifikant geringeren Lebensqualität und Behandlungsmotivation der Rehabilitanden, sondern ebenso in höheren Krankheitskosten für das Gesundheitssystem.

Die Lebenswelt von Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität wird nicht nur vom Krankheitsbild, sondern ebenso von patientenseitigen Überzeugungen sowie von Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst. Dies hat nicht nur Konsequenzen für die Umsetzung des Bewältigungsverhaltens, sondern ebenso für die gesundheitsbezogenen Outcomes, da belegt werden konnte, dass die Patienten-Zufriedenheit und der Rehabilitations-Outcome eng miteinander zusammenhängen. Eine **gezielte Betrachtung der Bedürfnisse und der Lebenswelt der Rehabilitanden ist** demzufolge **erforderlich**, um sowohl die Wirksamkeit und Passgenauigkeit von Interventionen als auch die Qualität der Angebote in den Reha-Einrichtungen zu verbessern. Um Rückfällen und einer Chronifizierungsgefahr entgegenzuwirken, sind langfristige Verhaltensanpassungen erforderlich, wie z. B. ein angemessenes Aktivitätsniveau, gedankliche Ablenkungstechniken und/oder ein angemessener Umgang mit Emotionen. Zur Einschätzung der Therapiebereitschaft sowie der motivationalen Ausgangslage wurden verschiedenste Gesundheitsverhaltensmodelle wie z. B. das Sozialkognitive Prozessmodell von Gesundheitsverhalten entwickelt (Schwarzer, 2002). Darin stellen die Phasen der Motivation und Volition, vorhandene Ressourcen, die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie Barrieren zentrale Voraussetzung für die Veränderungsbereitschaft sowie für die Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung dar. In Anbetracht der Zunahme von Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität ist der Anteil psychologischer Behandlungselemente in der Rehabilitation

derzeit noch zu gering. Gerade zur Aufrechterhaltung von kurz-, mittel- und vor allem langfristigen Rehabilitationserfolgen ist ihr Einsatz jedoch indiziert.

Für die Rehabilitation wurden bereits eine Vielzahl von angewandten, psychologischen Therapieverfahren (MMST oder KVT) zur Verbesserung der Lebensqualität konzipiert, deren kurzfristige Wirksamkeit belegt wurde (Kröner-Herwig, 2011; Ahrens et al., 2010, S. 251). **Patientenschulungen steigern nachweislich die Lebensqualität und Teilhabe der Rehabilitanden** und stellen ein etabliertes und wirksames Instrument in der Rehabilitation dar. Aus ökonomischer Sichtweise sind psychologische Interventionen zwar kostenintensiv, jedoch kostengünstiger als medizinische Behandlungen. Dennoch werden Patientenschulungen oftmals nicht ausreichend evaluiert bzw. in den Kliniken nicht standardisiert durchgeführt. Zudem mangelt es in Anbetracht der Zunahme an psychosozialen Belastungen an differentiellen Behandlungsangeboten. Des Weiteren wirkt sich dies ungünstig auf den Behandlungserfolg aus, wenn keine spezifische Behandlungsmaßnahmen bei Depressivität erfolgen (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 92). Demzufolge impliziert die Zunahme von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen die **Notwendigkeit der Integration bedarfsgerechter, depressions-spezifischer Inhalte in die Therapieplanung** (Hampel et al., 2014; Morfeld & Friedrichs, 2011). Diese Forderung wurde in dem vorliegenden störungsspezifisch psychologischen Gruppentraining für CRS und depressiven Symptomen umgesetzt.

Die Intervention **Debora ist ein neu entwickeltes störungsspezifisches psychologisches Gruppentraining zur Behandlung komorbider psychischer Störungen in der Rehabilitation von CRS**. Es ist sowohl zur Prävention von depressiven Erkrankungen als auch zur Mitbehandlung bereits vorhandener leichter bis mittelgradiger komorbider depressiver Erkrankungen bei CRS konzipiert. Um diese Patientenschulung erfolgreich zu implementieren und auf die Bedürfnisse der Zielgruppe und Akteure auszurichten, ergibt sich die Notwendigkeit der formativen Evaluation hinsichtlich der Akzeptanz und Machbarkeit von Debora. Darüber hinaus sollen erste Hinweise auf die Wirksamkeit und somit auf die Ergebnisqualität des Trainings anhand einer summativen Evaluation ermittelt werden. Aufbauend auf den daraus resultierenden Erkenntnissen können Trainings verbessert werden, um den Bedürfnissen der Rehabilitanden mit CRS sowie der Experten gerecht zu werden. Darüber hinaus ermöglichen sie die Weiterentwicklung von Rehabilitationsmaßnahmen, das Vorbeugen von Rückfällen und die damit einhergehende Chronifizierungsgefahr. Das vorliegende Untersuchungsvorhaben stellt somit ein wichtiges Element für die Gesundheitsförderung und Prävention in der VMO dar.

## 2 Aufbau des Promotionsvorhabens

Basierend auf dem Forschungsprojekt (s. Kap. 1.7) orientiert sich der Aufbau des Promotionsvorhabens am PHAC (Kolip, 2006, S. 235). In allen vier Bereichen des PHAC wurden qualitative Erhebungsverfahren genutzt, um die Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Intervention Debora zu gewährleisten. Das Ziel der formativen Evaluation ist die Qualitätssicherung auf den Ebenen der Konzept-, Struktur-, und Prozessqualität. Das Ziel der summativen Evaluation ist die Prüfung der Ergebnisqualität. Zur Wiederholung erfolgt nochmals die graphische Darstellung des PHAC mit den Ansatzpunkten sowie die jeweiligen Fragenkomplexen dargestellt:

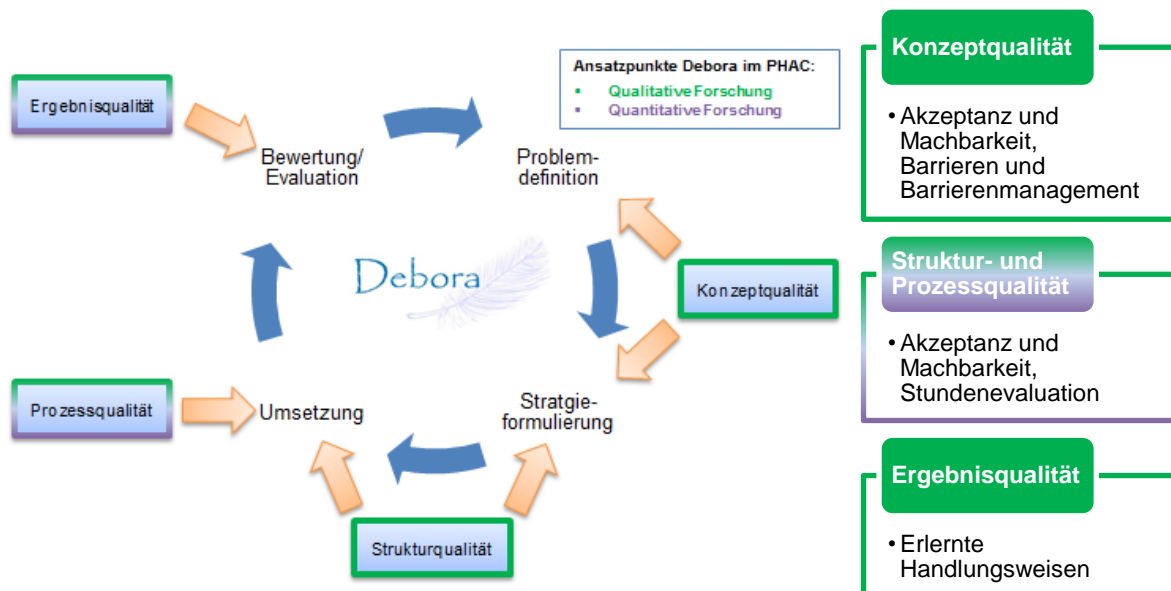


Abbildung 10: PHAC inkl. Ansatzpunkte des Forschungsprojekts Debora sowie Fragenkomplexe des Promotionsvorhabens (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 235; Rosenbrock, 1995).

## 2.1 Studiendesign

Es herrscht ein zunehmender Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen zur Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz von Programmen (Kardorff, 2015, S. 238). Auf diesem Bedarf basiert das vorliegende Forschungsvorhaben, welches dem Bereich der **Evaluationsforschung** zuzuordnen ist. Die Funktionen der Evaluation liegen dabei in der Erkenntnis-, Lern- und Dialog-, Optimierungs-, Entscheidungs- und Legitimationsfunktion hinsichtlich eines Forschungsgegenstandes (vertiefend s. Döring, 2014). Es handelt sich dabei um eine **interne Evaluation**, da sie von den Projektverantwortlichen durchgeführt wird. Dies hat den Vorteil, dass den intern Evaluierenden Informationen zugänglich sind, über die extern Evaluierende nicht verfügen (Döring, 2014).

Das Forschungsvorhaben hat zum Ziel, insbesondere die Konzept-, Struktur- und Prozessqualität des Depressionspräventionstrainings Debora bei der Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz zu untersuchen. Kardorff (2015) zufolge hat die formative Evaluation Vorrang vor der summativen, da sie Lernprozesse für die Implementierung anregt, für Akzeptanzgewinne sorgt und die Analyse von Fehlschlägen und Widerständen ermöglicht. Das Ziel der **formativen Evaluation** ist eine schrittweise Optimierung des Trainings (**Optimierungsfunktion**; Döring, 2014).

Die dafür gewählte Methode der qualitativen Erhebung verfolgt das Ziel, tief gehende Erkenntnisse komplexer, subjektiver Sachverhalte zu gewinnen, die auf diesem Wege besser zugänglich sind (Lamnek, 2010, S. 266-271) als durch den Einsatz standardisierter Fragebogen. Die Erhebungen ermöglichen es, subjektbezogene Erkenntnisse zur **Akzeptanz und Machbarkeit des Depressionspräventionstrainings im Vergleich zur Kontrollbedingung** zu gewinnen. Die Konstrukte der Akzeptanz und Machbarkeit sind begrifflich darin zu unterscheiden, dass die Akzeptanz angibt, ob eine Intervention geeignet ist. Laut Petermann (2014) drückt die **Akzeptanz** die Sichtweise der Beteiligten darüber aus, in welchem Maße eine Intervention zufriedenstellend ist. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive und somit der Bedürfnisse ist zur Bewertung und Beurteilung einer Intervention von enormer Relevanz (Heyduck et al., 2011; Zimmermann et al., 2014). Die Machbarkeit hingegen beschreibt, ob die Intervention aufgrund der vorhandenen Ressourcen umsetzbar ist (Petermann, 2014). Die **Machbarkeit** ist ein weiterer wichtiger Faktor, der bestimmt im welchem Ausmaß eine neue Intervention im Setting eingesetzt werden kann (Petermann, 2014). Darüber hinaus wird mit diesem Faktor geprüft, inwieweit die proximalen Ziele einer Schulung im Bereich Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung erreicht wurden (Faller et al., 2015).

Darüber hinaus ist es im Zuge der Partizipation und der Patientenorientierung entscheidend, die Sichtweisen der Patienten zu erfassen, da davon auszugehen ist, dass hilfreich erlebte Inhalte mit einer höher angegebenen Zufriedenheit einhergehen. Die formative Evaluation eignet sich demzufolge insbesondere zur Überprüfung der Praxistauglichkeit einer Intervention (Meng et al., 2009).

Außerdem sollen erste Hinweise auf die Wirksamkeit der Intervention erlangt werden, so dass ebenso die Ergebnisqualität (summative Evaluation) beleuchtet wird. Die **summative Evaluation** dient einer abschließenden Beurteilung bzw. erfüllt eine **Entscheidungs- und Legitimationsfunktion** (Döring, 2014). Zur Beantwortung der Fragestellung gliedert sich das Promotionsvorhaben in 3 Teilstudien mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten. Die folgende Abbildung 11 fasst den Aufbau des Promotionsvorhabens graphisch zusammen:

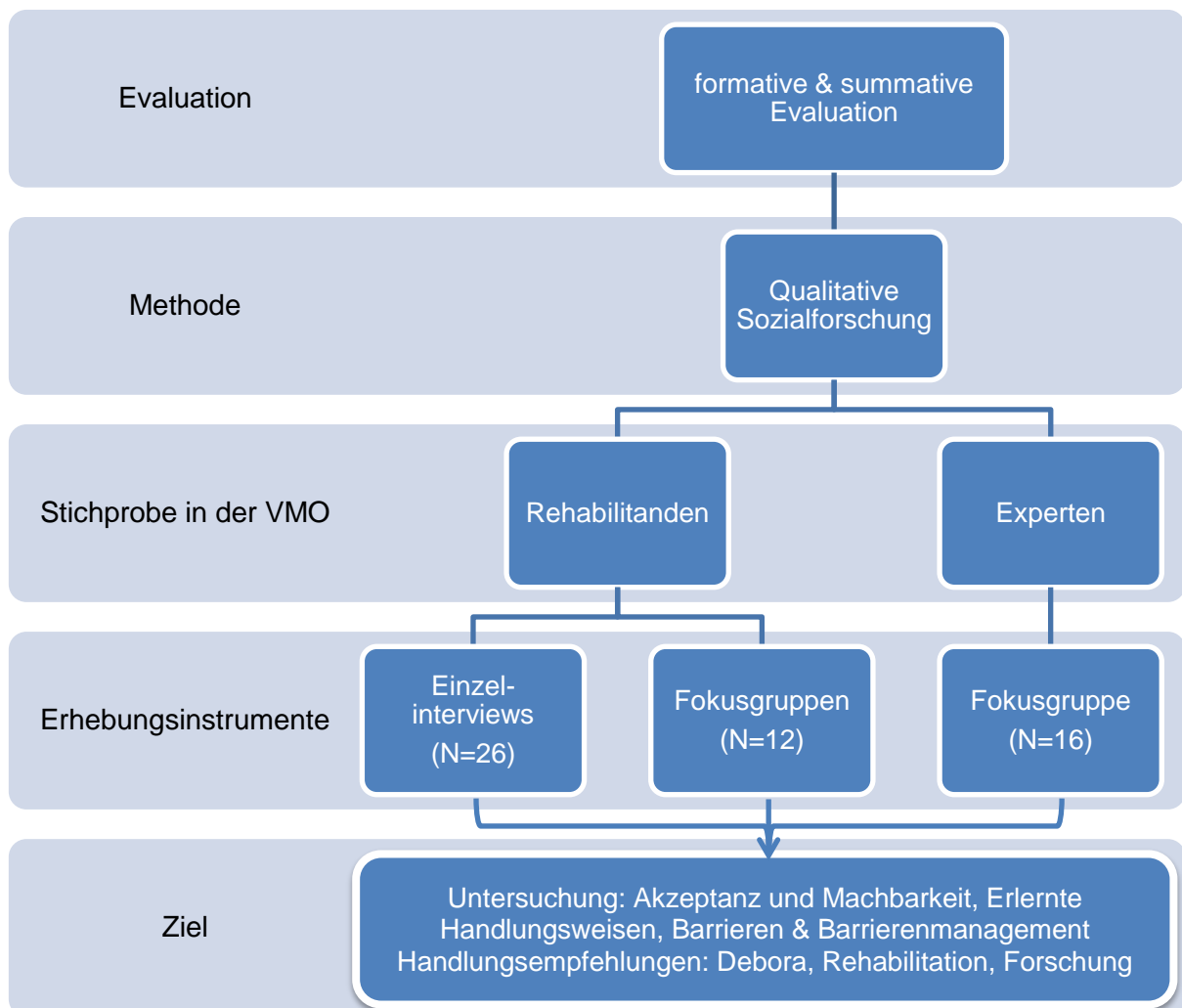


Abbildung 11: Aufbau der qualitativen Erhebung des Promotionsvorhabens.



Zur Ergänzung der Ergebnisse der qualitativen Forschung enthält die Teilstudie 3 eine quantitative Erhebung in Form von Stundenevaluationsbögen (N=1.467) von Rehabilitanden.

Innerhalb der einzelnen Teilstudien erfolgen lediglich kurze Diskussionen, um in einer allgemeinen Diskussion die unterschiedlichen Ergebnisse zusammenfassend darstellen zu können. Das Promotionsvorhaben verfolgt einen **systemischen Evaluationsansatz**, d. h. der Evaluationsgegenstand wird

*„nicht nur hinsichtlich seiner Wirkung, sondern auch im Hinblick auf Prozesse seiner Konzeption, Umsetzung und Nutzung sowie im Hinblick auf die Bedingungen des Umfeldes untersucht“ (Döring, 2014, S. 176).*

Darüber hinaus ist es das Ziel dieses Promotionsvorhabens, eine **zusammenfassende Darstellung von Handlungsempfehlungen** zu bieten, um diese anschließend in die Konzeptentwicklung und Optimierung des Trainings Debora einfließen zu lassen sowie **Implikationen für die Forschung und Praxis** ableiten zu können. Daher werden die Ansatzpunkte für die Handlungsempfehlungen in den einzelnen Kapiteln lediglich tabellarisch aufgeführt. Eine ausführliche Darstellung erfolgt in Kapitel 7.

**Fragestellung.** Die Evaluation erfolgt im Vergleich der KG zur IG unter Berücksichtigung des Depressivitätsgrades ( $KG_{depr}$  und  $IG_{depr}$ ). Hierzu soll der aktuelle subjektive Blickwinkel der Rehabilitanden (Bedürfnisanalyse) und der Experten (Bedürfnis- und Bedarfsanalyse) genutzt werden. Die Beantwortung der Fragestellungen wurde mithilfe der qualitativen Sozialforschung durchgeführt. Insgesamt ergaben sich daraus zwei Hauptfragestellungen:

#### Formative Evaluation

- Wie ist die Akzeptanz des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Rehabilitanden- und Expertensicht?
- Wie ist die Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Rehabilitanden- und Expertensicht?

Ferner sollen über eine Nebenfragestellung mithilfe der Ermittlung erlernter Handlungsweisen erste Hinweise für die Wirksamkeit des Trainings untersucht werden. **Erlernte Handlungsweisen** oder auch Ressourcen bezeichnen Wissen, Fertigkeiten

sowie Kompetenzen (Bitzer & Spörhase, 2015, S. 983), die Förderung von Bewältigungsressourcen sowie deren anschließende Anwendung im Alltag. Erlernete Handlungsweisen unterstützen demzufolge die Schmerzbewältigung und können dem Entstehen von Depressionen vorbeugen (Jegan et al., 2013).

### Summative Evaluation

- Welche erlernten Handlungsweisen werden explizit auf das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining aus Rehabilitandensicht zurückgeführt?

Zudem wurde der qualitative Forschungsansatz dazu genutzt, Barrieren des Alltagstransfers gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie Unterstützungsangebote für das Barrierenmanagement zu identifizieren, um möglichen Rezidiven vorbeugen zu können und die Bedürfnisorientierung des Trainings zu optimieren. Die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wird maßgeblich von den vorhandenen **Barrieren** beeinflusst (Bandura, 2004). In welcher Intensität die Barrieren eine Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erschweren, hängt im Wesentlichen vom Barrierenmanagement ab (Krämer & Fuchs, 2010). Dies spiegelt sich in folgenden Nebenfragstellungen wider:

### Formative Evaluation und Alltagstransfer

- Welche Barrieren werden für den Transfer der erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in den Alltag aus Rehabilitanden- und Expertensicht befürchtet?
- Welche Förderfaktoren könnte das Management dieser Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen aus Rehabilitanden- und Expertensicht unterstützen?

Die jeweiligen Fragestellungen werden in den einzelnen Teilstudien nochmals explizit erwähnt und für die unterschiedlichen Stichproben umformuliert.

## 2.2 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung

Im folgenden Kapitel wird die methodische Herangehensweise der Studie dargestellt, die sich aus drei qualitativen Teilstudien zusammensetzt. Dies dient nicht nur dem Qualitätsmanagement in Form eines kontinuierlichen Prozesses zur Optimierung während der Intervention, sondern ebenso der Qualitätssicherung zur Zielerreichung und Wirksamkeit der Intervention. Aufgrund der Fragestellung und des explorativem, innovativem Designs wird die Wahl der qualitativen Forschungsmethode begründet (Lamnek, 2010, S. 819).

**Qualitative Sozialforschung.** Die qualitative Sozialforschung nach Mayring (2002; 2015) arbeitet auf Grundlage von verbalisierten und schriftlichen Daten oder Texten. Das Ziel der qualitativen Sozialforschung ist das **Beschreiben, Interpretieren und Verstehen von Zusammenhängen**. Anhand der daraus gewonnenen Daten erfolgt eine Aufstellung von Klassifikationen zur Generierung von Hypothesen. Mithilfe der daraus resultierenden Daten werden die „*individuellen Erfahrungen, Meinungen und Vorstellungen*“ der Zielgruppe exploriert und analysiert (Heyduck et al., 2011, S. 234). Zur Grundannahme dieser Forschungsrichtung zählt die Annahme, dass soziale Phänomene nicht durch kausale Gesetze determiniert werden. Sie geht davon aus, dass Menschen aufgrund von Bedeutungen handeln, die sie Sachverhalten beimessen. Daher ist es notwendig, an möglichst natürliche und alltägliche Lebenssituationen der Befragten anzuknüpfen (Lamnek, 2010, S. 325).

Die in der qualitativen Sozialforschung erarbeiteten Theorien werden gebildet, um daraus **Schlussfolgerungen für die praktische Umsetzung** zu ziehen. Der Vorteil der qualitativen Sozialforschung ist es

*„sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität (zu) erhalten, um so zu genaueren und tiefgreifenden Ergebnissen zu gelangen“* (Mayring, 2002, S. 42).

In dieser Arbeit dient die qualitative Sozialforschung als methodische Grundlage. Hierbei kommen folgende qualitative Methoden in Form eines **triangulativen Forschungsansatzes** zur Nutzung unterschiedlicher Betrachtungsweisen zum Einsatz:

- **problemzentrierte Interviews**
- **Fokusgruppen**

Die Methoden-Triangulation beschreibt die Kombination unterschiedlicher Methoden innerhalb eines Forschungsansatzes zum Ausgleich der Begrenztheit bei Nutzung einer einzigen Methode (Denzin, 2009). Im Rahmen der formativen Evaluation wurden dementsprechend Fokusgruppen mit dem multiprofessionellen Team in den Rehabilitationskliniken und den Rehabilitanden sowie Einzelinterviews mit den Patienten durchgeführt (s. Abb. 12).

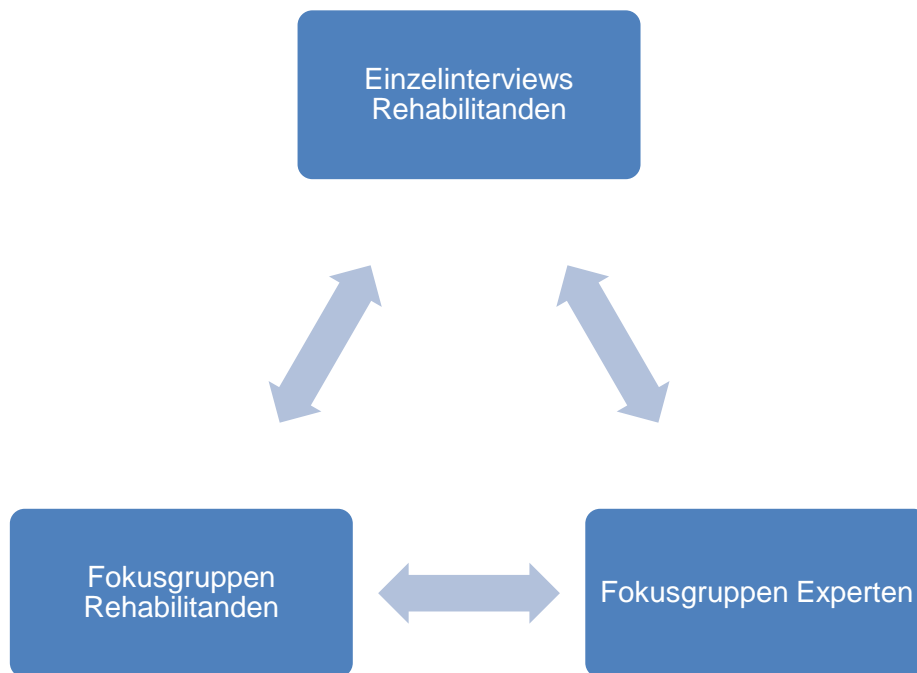


Abbildung 12: Methodentriangulation im Promotionsvorhaben.

### 2.2.1 Problemzentrierte Interviews

Bei problemzentrierten Interviews steht das **Subjekt im Mittelpunkt** des Forschungsinteresses. Dies erfordert zunächst eine Auseinandersetzung mit der Formulierung und der Analyse des Problems bzw. der Fragestellung, da sich daran der später erstellte Interviewleitfaden orientiert (Lamnek, 2010, S. 336). Hauptziel des problemzentrierten Interviews ist es, ein **offenes, halbstrukturiertes Gespräch** zu führen und so den Befragten die Möglichkeit zu geben, sich frei zu äußern. Besonders wichtig ist es hierbei, eine Vertrauenssituation zwischen den Beteiligten zu schaffen. Das Gespräch an sich konzentriert sich dabei auf eine bestimmte gesellschaftliche Problemstellung, die anhand theoretischen Materials bearbeitet wurde und nun mithilfe des daran orientierten Interviewleitfadens angesprochen wird. Durch die Erstellung eines Interviewleitfadens wird eine teilweise Standardisierung ermöglicht. Diese ist nötig, um die Vergleichbarkeit der Interviews trotz der offenen Gestaltung zu gewährleisten sowie die Auswertbarkeit des

Materials zu erleichtern. Dennoch hat der Interviewer jederzeit die Möglichkeit, durch Ad-hoc-Fragen den Gesprächsfaden aufrecht zu erhalten bzw. die Thematik zu vertiefen und Interesse an dem Gesagten des zu Interviewenden zu demonstrieren (Helfferich, 2014).

### 2.2.2 Fokusgruppen

Fokusgruppen bezeichnen begrifflich geplante Gruppendiskussionen, bei der bewusst **Kommunikationsprozesse angeregt** werden. Die optimale Gruppengröße liegt dabei bei 5 bis 12 Teilnehmern (Lamnek, 2010, S. 399). Das Ziel von Fokusgruppen ist nicht nur der Austausch von Argumenten, sondern insbesondere das **Anregen zu gegenseitigem Erinnern und Ergänzen** in einer offenen und freundlichen Atmosphäre. Demzufolge soll ein kollektives Orientierungsmuster erfasst werden. Die Stichprobe basiert auf einer gezielten Auswahl (Theoretical Sampling) und nicht auf einer Zufallsstichprobe (Lamnek, 2010, S. 399). Bei der Gruppenzusammensetzung kann es sich um real oder künstlich zusammengestellte Gruppen handeln (Vogl, 2014). Gruppen mit Realgruppen weisen eine hohe externe Validität auf (Eifler, 2014). Dennoch können bestehende Rollen, z. B. Schweiger oder Vielredner, innerhalb der Gruppe die Diskussion stark beeinflussen (Lamnek, 2010, S. 429).

In dieser Untersuchung werden die Fokusgruppen komplementär zu den problemzentrierten Interviews umgesetzt, um die Kommunikabilität durch die Gruppe im Gegensatz zum Einzelnen zu steigern (Lamnek, 2010, S. 432). Im Gegensatz zu problemzentrierten Interviews lassen sich über Fokusgruppen jedoch nicht individuelle Meinungen erheben, vielmehr dient die Fokusgruppe der **Validierung von Einzelmeinungen**. Die Erlangung von Informationen steht im Vordergrund des Promotionsvorhabens (Lamnek, 2010, S. 379) und somit die *„Meinungen und Einstellungen der gesamten Diskussionsgruppe als eine größere soziale Einheit“*. Die Interaktion der Gruppe bewirkt das Zustandekommen einer realistischeren bzw. natürlicheren Gesprächssituation und bewirkt auf diesem Weg einen **diskursiven Austausch** (Vogl, 2014). Der Forscher bzw. der Leiter der Diskussion übernimmt die Rolle eines Moderators, der die interaktive Gruppendiskussion mittels direkter Gesprächsführung anleitet. Er sollte eine gute Sach- und Gegenstandskompetenz vorweisen sowie eine vertrauens- und verständnisvolle Atmosphäre aufzubauen (Vogl, 2014).

## 2.3 Quantitative Erhebungsinstrumente

Das Ziel der quantitativen Erhebung war es, den exemplarischen Ist-Zustand der Stichprobe bezüglich des Grads der Depressivität darzustellen. In Anbetracht der Zunahme psychischer Komorbidität dient dies der Stichprobenbeschreibung sowie der Beurteilung möglicher abweichender Effekte des Trainings von Rehabilitanden mit unterschiedlichem Depressivitätsgrad und sollte schlussendlich eine Einteilung der Rehabilitanden in folgende Bedingungen ermöglichen (s. Tab. 11):

Tabelle 11: Einteilung der Stichprobe nach ADS.

Bedingung	Beschreibung	ADS	Modul
IG	Interventionsgruppe	<22	Modul 1-8
KG	Kontrollgruppe	<22	Modul 1,2,3,4
IG <sub>depr</sub>	Interventionsgruppe mit erhöhtem Grad an Depressivität	>22	Modul 1-8
KG <sub>depr</sub>	Kontrollgruppe mit erhöhtem Grad an Depressivität	>22	Module 1,2,3,4

**Messinstrument.** Der Grad der Depressivität wurde anhand der ADS (Hautzinger et al., 2012) bestimmt. Es handelt sich bei der ADS um ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches folgende depressive Merkmale innerhalb des Bezugszeitraums der letzten Woche abfragt (s. Kasten 11):

Kasten 11: Depressiven Merkmale ADS (Hautzinger et al., 2012).

Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Ablehnung durch andere, Weinen, Genussunfähigkeit, Rückzug, Angst, fehlende Reagibilität, Schlafstörungen, Appetitstörungen, mangelnde positive Stimmung, Konzentrationsprobleme und Pessimismus.

Die ADS liegt in Lang- (ADS-L; 20 Items) und Kurzform (ADS-K; 15 Items) vor und stellt durch ihre zeitsparende und kostengünstige Anwendbarkeit ein sehr praktikables Verfahren dar. Die ADS kann für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren sowie Erwachsene eingesetzt werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde die ADS-L genutzt.

**Durchführung.** Innerhalb der quantitativen Prä- und Post-Erhebungen wurde der ADS-L eingesetzt. In dem vorliegenden Promotionsverfahren wurden jedoch lediglich die Ergebnisse der Prä-Erhebung genutzt. Die Durchführung der Erhebung verlief im Vorfeld der qualitativen Interviews. Auf diesem Wege konnten alle Rehabilitanden den Bedingungen zugeordnet werden. Die Bearbeitungsdauer für den ADS betrug circa 5 bis 12 Minuten.

**Dateneingabe.** Die Antwortmöglichkeiten sind vierstufig von

- „0“ = selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag), über
- „1“ = manchmal (1 bis 2 Tage lang),
- „2“ = öfters (3 bis 4 Tage lang), bis
- „3“ = meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

skaliert. Die Items 4, 8, 12 wurden umcodiert. Es wurde ein Summenwert ermittelt. Der entsprechende Cut-Off-Wert ermöglichte es, die Stichprobe in Rehabilitanden mit keinem bis mittlerem und hohem Grad an Depressivität einzuteilen (s. Tab. 11).

**Auswertung.** Die statistische Auswertung des ADS erfolgte mithilfe der Software SPSS 22. Der Cut-Off-Wert liegt bei  $> 22$ , so dass ab einem Summenwert von 23 von einer erhöhten Depressivität ausgegangen werden kann (Hautzinger et al., 2012). Es erfolgte darüber hinaus eine Ermittlung des Lügenkriteriums (kritischer Wert bei -28) durch die Gegenüberstellung von vier umgekehrt gepolten Items (Nr. 4, 8, 12 und 16) zu 16 positiv gepolten Items (Berechnung: (Summe pos. gepolter Items) – (4x (Summe neg. gepolter Items)). Rehabilitanden die das Lügenkriterium erfüllt haben, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

**Gütekriterien.** Die ADS weist sowohl eine hohe Reliabilität (interne Konsistenz; Cronbachs Alpha; zwischen .89 und .92) als auch eine sehr gute diskriminierende Validität ( $r = .90$ ) auf (Hautzinger et al., 2012).

## 2.4 Erstellung der Interviewleitfäden

Der Leitfaden ist „eine vorab vereinbarte und systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Interviewablaufs“ (Helfferich, 2014, S. 560). Hierbei verpflichtet die qualitative Forschung zu größtmöglicher Offenheit, dennoch muss die **Strukturierung durch den Leitfaden** gegeben sein. Durch die Erstellung eines Interviewleitfadens wird eine teilweise Standardisierung ermöglicht. Diese ist nötig, um die **Vergleichbarkeit der Interviews trotz der offenen Gestaltung** zu gewährleisten sowie die Auswertbarkeit des Materials zu erleichtern (Helfferich, 2014). Trotz des Prinzips der offenen Fragestellungen kamen in den vorliegenden Leitfäden ebenso geschlossene Fragen zum Einsatz, bei denen aber durch die Ergänzung um Ad-hoc-Fragen eine offene Gestaltung erhalten blieb.

In Anlehnung an die Fragestellung und unter Einbezug wissenschaftlicher Literatur und thematischer Vorüberlegungen wurden in Absprache **drei verschiedene Interviewleitfäden für die unterschiedlichen Stichproben und Erhebungsinstrumente** erstellt. Für die dafür erforderlichen Leitfäden wurden mit dem Projektteam im Vorfeld für die Stichprobe Rehabilitanden und die Erhebungssituation Problemzentriertes Einzelinterview, auf Grundlage relevanter Themengebiete (s. Tab. 12), die Gesamtheit möglicher für das Interview interessanter Fragen gesammelt (ohne Ausnahme). Anschließend wurde unter Berücksichtigung des Forschungsinteresses Fragen gestrichen, um den Rahmen des Leitfadens angemessen zu halten. Es folgte eine Sortierung der Fragen nach Aspekten wie z. B. zeitlicher Angemessenheit und inhaltlicher Logik bzw. Zusammenhang. Vorab beginnt jeder der Leitfäden mit Einstiegsfragen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen und den Erzählfluss anzuregen. Die abschließende Frage diente dazu, den Befragten die Möglichkeit zu bieten, sich nochmals frei zur Thematik zu äußern. So war es ihnen möglich, sich zu nicht gefragten, aber aus ihrer Sicht durchaus relevanten Themenbereichen zu äußern.

Tabelle 12: Thematischer Aufbau der Leitfäden.

Aufbau der Leitfäden	
<b>Einstiegsfragen</b>	
<b>Hauptthemenbereich</b>	Akzeptanz
	Machbarkeit
	Erlernte Handlungsweisen
	Barrieren- und Barrierenmanagement
<b>Ausstiegsfragen</b>	



Im Anschluss wurde der Leitfaden für die Fokusgruppe Rehabilitanden sowie für die Fokusgruppe Experten gespiegelt, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen. Trotz identischer Hauptthemenbereiche weichen der Umfang der Fragen sowie die Formulierung bei den unterschiedlichen Stichproben voneinander ab.

Die Kernfragen wurden nicht zwangsläufig in einer starren Reihenfolge gestellt. Sie wurden den jeweiligen Antworten des Befragten angepasst und zum Teil **mit Ad-hoc-Fragen ergänzt**. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass alle Inhalte berücksichtigt wurden und keine zu langen, die Gesprächsatmosphäre belastenden Pausen entstanden. Konnten Fragen nicht spontan beantwortet werden, wurden diese zu einem späteren Zeitpunkt nochmals in geänderter Form abgefragt, um die Befragten nicht durch erneutes Nachfragen zu verunsichern. Die jeweiligen Leitfäden sind in gekürzter Version den einzelnen Teilstudien und in ausführlicher Version dem Anhang C2 zu entnehmen.

## 2.5 Datenerhebung

Die Erhebung der Interviews erfolgte im Rahmen des Projektes „Wirksamkeit eines Depressionsbewältigungstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation“ (s. Kap. 1.7). Die vorliegende Dokumentation der Datenerhebung in Bezug auf die Akquise, Zeitraum- und Räumlichkeiten, Interviewer sowie dem Ablauf beziehen sich daher sowohl auf das Promotionsvorhaben als auch auf das Forschungsprojekt.

**Akquise.** Die Kontakt- und Terminansprachen sowie die Aufklärung über das geplante Vorhaben für die Interviewten erfolgten über die im Projekt Beschäftigten Dokumentationsassistenten. Die Mitarbeiter hatten sich aufgrund der Verfügbarkeit vor Ort dazu bereit erklärt. Bei der Akquise handelte es sich um ein sehr komplexes organisatorisches Vorgehen aufgrund der Anreise- bzw. Präsenzzeiten der Interviewer, der Abreise- und Präsenzzeiten der Interviewten zum Interviewzeitpunkt t1, der unterschiedlichen Klinken sowie des Wechselrhythmus zwischen KG und IG. Die Erhebungszeitpunkte für die Interviewdurchführung waren demnach auf bestimmte Zeiträume beschränkt, die den Dokumentationsassistenten im Vorfeld mitgeteilt wurden. Bezüglich der Fokusgruppen der Rehabilitanden wurden der Autorin in Frage kommende Rehabilitanden mitgeteilt, welche dann die ADS mittels SPSS errechnete und im Anschluss mitteilte, welche Rehabilitanden an welcher Fokusgruppe teilnehmen sollten. Die Fokusgruppe der Experten wurde ebenso von den Dokumentationsassistentinnen akquiriert und organisiert.

In den für die Akquise ausgegebenen Teilnehmerinformationen und Einverständniserklärungen (s. Anhang B3; B4) waren eine kurze Erläuterung zum Vorgehen und zur Thematik enthalten. Diese enthielt ebenfalls den Hinweis auf Anonymität und Vertraulichkeit der erfassten Daten. Die Terminabsprache als solches gestaltete sich sehr unkompliziert, da die Interviews in den Räumen der Kliniken stattfinden konnten, für die Teilnehmer keine Anreise notwendig war und die Interviews in ihrer Terminplanung berücksichtigt wurden.

**Zeitraum und Räumlichkeiten.** Die Interviews wurden innerhalb der Monate Februar bis August 2014 in den Räumlichkeiten der Kliniken

- Bad Gandersheim,
- Bad Sooden-Allendorf,
- Bad Steben und
- Göhren

in eigens dafür bereitgestellten Räumlichkeiten geführt. Diese Räumlichkeiten gewährleisteten eine ruhige und barrierefreie Umgebung. Die Durchführungen der Interviews waren von angenehmer und entspannender Gesprächsatmosphäre geprägt, welche sich auch positiv auf die Vertrauensbasis und Gesprächsbereitschaft auswirkte.

**Interviewer.** Aus organisatorischen und ressourcenschonenden Gründen konnten nicht alle Interviews von der Autorin durchgeführt werden. Die Einzelinterviews und Fokusgruppen der Rehabilitanden der Klinik 2 sowie der Klinik 4 wurden von einer Projektmitarbeiterin bzw. einem Projektmitarbeiter moderiert, die jeweils vor Ort ein Praktikum absolvierten. Die Fokusgruppen der Experten wurden bis auf das der Klinik 4 vollständig von der Autorin geführt. Um eine Vergleichbarkeit der Interviews zu ermöglichen und mögliche Interviewer-Effekte zu minimieren, wurde eine Basisschulung der Interviewer durchgeführt, die sich auf die den Umgang mit der Zielgruppe, dem Leitfaden als auch dem technischen Gerät konzentrierte (Glantz & Michael, 2014). Darüber hinaus erhielt jeder Interviewer einen Ordner, der sowohl eine Checkliste für Interviewer als auch ein Interviewprotokoll enthielt. Die Checkliste enthielt unter anderem Hinweise darüber, welche Vorbereitungen vor Interviewbeginn zu treffen sind und wie auf mögliche Probleme während der Interviews zu reagieren ist. Das Interviewprotokoll diente dem Resümee des Interviewers hinsichtlich des eigenen, möglicherweise das Gespräch beeinflussenden Gesundheitszustands (z. B. Konzentrationsmangel aufgrund von Erkältung), aber vor allen Dingen bezüglich des Interviews (z. B. Eignung der Räumlichkeiten) und des Gesprächs (z. B. Gesprächsatmosphäre).

**Ablauf.** Im Vorfeld des Interviews wurden alle Befragten über den Ablauf, ihre Rechte und die Anonymitätssicherung aufgeklärt. Es wurde geprüft, ob eine unterzeichnete Einverständniserklärung (s. Anhang C1) von den Beteiligten vorliegt und bei nicht-vorliegen eine erneute erstellt. Diese Einverständniserklärung versicherte den Befragten, dass mit dem Material und ihren Daten verantwortungsbewusst umgegangen wird und vermittelte ihnen zusätzlich ein Gefühl der Sicherheit beim Gespräch. Es wurde ihnen ebenso erklärt, dass sie unangenehme Fragen nicht beantworten müssten und dass es möglich ist, das Interview jederzeit zu unterbrechen oder abubrechen. Auf die Herausgabe eines Kurzfragebogens wurden aufgrund der Vorlage der soziodemographischen Daten aus der quantitativen Erhebung des Forschungsprojektes verzichtet. Für eine qualitative Auswertung der Interviews war es nötig, diese mit einem Aufnahmegerät fest zu halten.

Es wurden insgesamt 76 Interviews für das Forschungsprojekt Debora erhoben (s. Tab. 13; detaillierte Aufstellung s. Anhang B2). Diese konnten aus verschiedensten Gründen (s. Kap. 2.6) nicht komplett für das vorliegende Promotionsvorhaben ausgewertet werden. Die ausgeschlossenen Interviews wurden zum Teil in Master- und Bachelor-Thesen ausgewertet, die von der Autorin betreut und im Rahmen des Forschungsvorhabens im Abschlussbericht veröffentlicht werden.

Tabelle 13: Anzahl der qualitativen Erhebungen im Forschungsprojekt Debora sowie der ausgewerteten Interviews für die Teilstudien 1-3.

Erhebungsinstrument	Anzahl Interviews Debora	Ausgewertete Interviews für Teilstudie 1-3	N Teilstudie 1-3
Problemzentrierte Einzelinterviews Rehabilitanden	57	26	<b>26</b>
Fokusgruppen Rehabilitanden	14	4	<b>12</b>
Fokusgruppen Experten	4	4	<b>15</b>
Problemzentriertes Einzelinterview Experten	1	1	<b>1</b>
$\Sigma$	76	35	<b>54</b>

## 2.6 Auswertungsverfahren

Zu den Ausschlusskriterien für die Stichproben gehörten insbesondere eine mangelnde Ausführungsintegrität, der Interviewabbruch oder das Erfüllen des Lügenkriteriums der ADS. Die Ausschlusskriterien sind ausführlich den jeweiligen Teilstudien (s. Kap. 3.2, 4.2, 5.2) zu entnehmen. Insgesamt wurden folgende Interviews mit Interviewpartnern für die Teilstudien 1, 2 und 3 für die Datenauswertung herangezogen:

Tabelle 14: Übersicht der für das Promotionsvorhaben herangezogenen Interviews.

Erhebungsinstrument	Anzahl	N
Problemzentrierte Einzelinterviews Rehabilitanden	26	26
Fokusgruppen Rehabilitanden	4	12
Fokusgruppen Experten	4	15
Problemzentriertes Einzelinterview Experten	1	1
$\Sigma$	<b>35</b>	<b>54</b>

Eine ausführliche, nach ID-Nummern chronologisch erfolgte Darstellung der soziodemographischen Daten der Rehabilitanden ist dem Anhang C4 zu entnehmen, in den Stichprobenbeschreibungen der Teilstudien handelt es sich lediglich um Kurzdarstellungen. Die Auswertung der erhobenen Daten gliedert sich in drei Schritte: die Anonymisierung, Transkription und Qualitative Inhaltsanalyse. Diese Schritte werden nun kurz erläutert.

**Anonymisierung.** Vor Beginn der Erhebung wurde in einer schriftlichen Einverständniserklärung über die Zusicherung der Anonymität aufgeklärt, die dann anschließend von beiden Parteien unterzeichnet wurde. Um die Anonymität der Interviewpartner zu gewährleisten, wurden die realen Namen der Rehabilitanden durch Pseudonyme ersetzt (Meyer & Meier zu Verl, 2014). Im Fall der Rehabilitanden wurden die realen Namen durch die für die quantitative Erhebung im Forschungsprojekt vergebene ID (Identifikationsnummer, z. B. 1t1087) ersetzt. Die Namen der Experten wurden durch die jeweilige Kliniknummer (1-4), den Buchstaben „E“ für Experten und eine chronologische Nummerierung nach Sitzreihenfolge ersetzt (z. B. 2E2). Angaben zu Geschlecht, Alter, persönlichem Bildungsweg etc. wurden für die Auswertung nicht geändert. Die Kennzeichnung der Zitate aus den transkribierten Interviews erfolgte durch eine Darstellung im Kursivdruck.

**Transkription.** Die aufgenommenen Interviews wurden einzeln mittels der Computer Software F4 transkribiert. Die Herstellung eines Transkriptes war notwendig, um eine ausführliche Auswertung zu ermöglichen. Hierbei handelt es sich um eine wortwörtliche Verschriftlichung von gesprochener Sprache (s. Anhang C6). Stellenweise war es jedoch erforderlich, für die Übertragung vom gesprochenen Wort in normales Schriftdeutsch abzuweichen, um den Sprachstil zu glätten. Diese Art der Transkription eignet sich besonders, wenn der Inhalt des Gesprächs von übergeordneter Bedeutung ist. Redebegleitende und nichtsprachliche Äußerungen sind zwar mit der Transkription der Gespräche aufgenommen worden, jedoch nicht transkribiert worden. Somit sind Füllwörter wie z. B. „ähm“, hörbare Ausdrücke wie z. B. lachen und nonverbale Äußerungen wie z. B. Gesichtsausdruck nicht Teil der Transkription. Anhand der Transkripte erfolgte die qualitative Inhaltsanalyse.

**Qualitative Inhaltsanalyse.** Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ist es möglich, große Materialmengen unter Nutzung des quantitativen Knowhows zu bewältigen, aber trotzdem latente Sinngehalte zu erfassen (Mayring & Fenzl, 2014). Das vorliegende Material wird schrittweise anhand von theoriegeleitetem Material bearbeitet und in Kategorien eingeteilt. Mayring (2015, S. 67) unterscheidet dabei drei Formen der qualitativen Inhaltsanalyse:

- die Zusammenfassung,
- die Explikation und
- die Strukturierung.

Diese drei Formen verfolgen unterschiedliche Ziele. In dieser Arbeit wird die am häufigsten angewandte Form, die strukturierende Inhaltsanalyse verwendet. Nach Mayring (2015; vertiefend s. S. 97-114) ergibt sich zur strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse folgendes Ablaufmodell (s. Abb. 13):

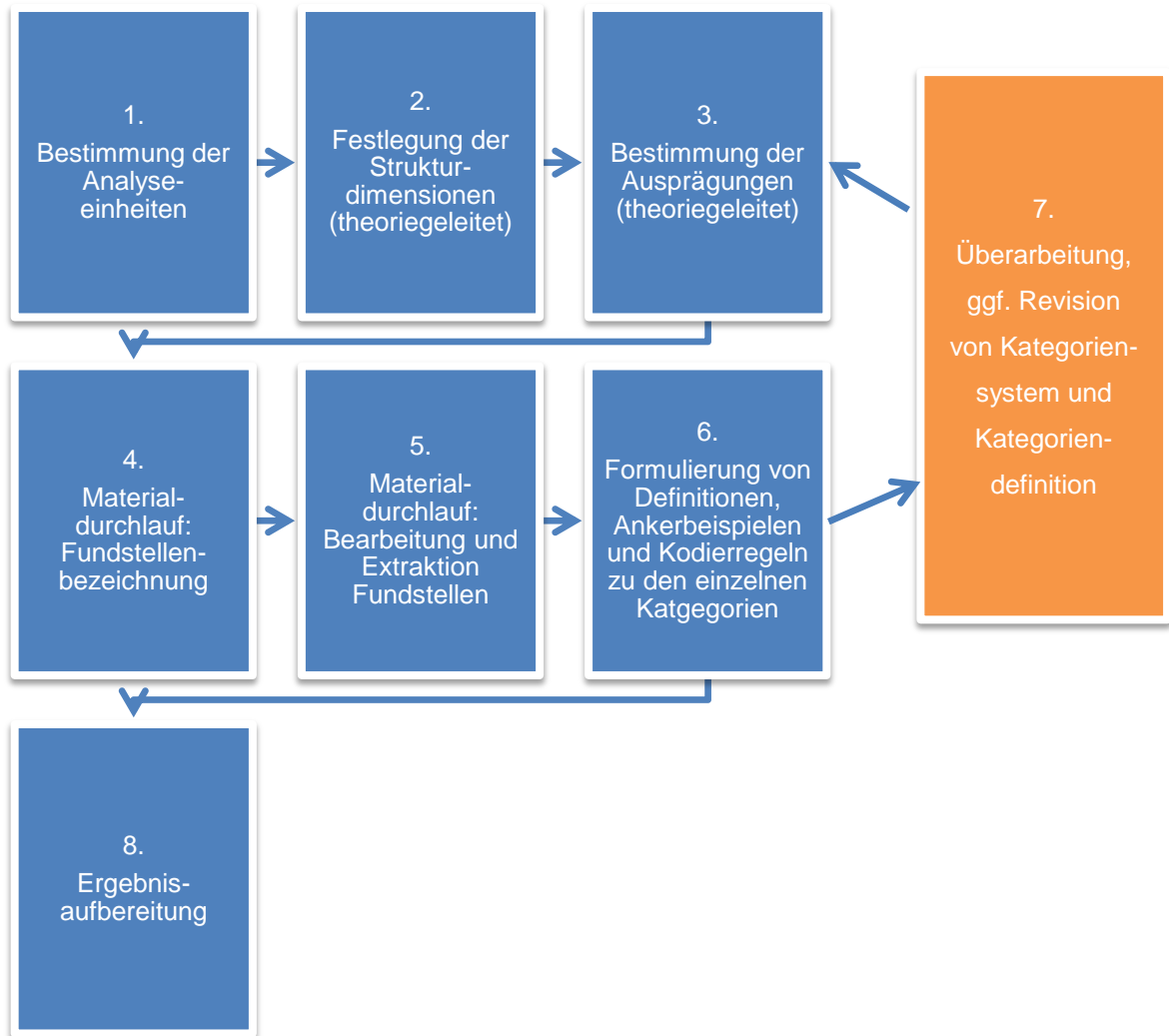


Abbildung 13: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (modifiziert nach Mayring, 2015, S. 98).

Die strukturierende Inhaltsanalyse hat zum Ziel, mit determinierten Ordnungskriterien das Material zusammenzufassen und so bestimmte Aspekte herauszufiltern oder es mit Hilfe von bestimmten Kriterien einschätzen zu können. Dies erfolgt mit Hilfe eines Kategoriensystems, mit dem es möglich ist, jederzeit das Textmaterial den dazugehörigen Kategorien zuzuordnen. Die Inhaltsanalyse beruht nach Mayring (2015, S. 97) auf drei zentralen Schritten:

- 1) Die **Definition der Kategorien**: Genaue Zuordnung der Textbestandteile zu bestimmten Kategorien.
- 2) Die **Identifikation von Ankerbeispielen**: Auflistung konkrete Textstellen als Beispiel für die jeweilige Kategorie.
- 3) Die **Festlegung von Kodierregeln**: Definitionen von Regeln der Zuordnung, um eindeutigen Abgrenzungsproblemen zwischen den Kategorien vorzubeugen.

Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte mittels Maxqda 11 anhand der Transkripte. An der Analyse der Daten waren mehrere Projektmitarbeiter beteiligt, um die Auswertung **multiperspektivisch** zu validieren:

Die Darstellung der Ergebnisse der Aussagen basiert auf einem deduktiven, theoriegeleiteten Verfahren zur Bildung von Hauptkategorien und wurde durch drei weitere Projektbeteiligte auf Nachvollziehbarkeit überprüft. In diesem Verfahren wurde exemplarisch jeweils ein Viertel der Interviews von jeder Mitarbeiterin unabhängig voneinander kategorisiert. Anschließend wurden Abweichungen in der Kategorisierung überprüft und diskutiert. Insgesamt wurde darauf geachtet, eine Kontextorientierung beizubehalten, das heißt einzelne Antworten nicht aus dem Zusammenhang zu reißen, sondern auf eine Einbettung in den Kontext zu achten (Meyer & Meier zu Verl, 2014). Das daraus resultierende Kodiersystem diente als Basis für die Kategorisierung der übrigen Interviews. Nach Abschluss der Kategorisierung erfolgte durch die Autorin eine Durchsicht der Codes auf Nachvollziehbarkeit und Zugehörigkeit zu den jeweiligen Kategorien.

Die Hauptkategorien wurden in Anlehnung an bestehende Kategoriensysteme (Petermann, 2014) gebildet und die Antworten der Rehabilitanden zugeordnet. Die Unterkategorien der Hauptkategorien Akzeptanz und Machbarkeit wurden ebenfalls deduktiv gebildet. Lediglich die Unterkategorie Therapeuteneffekt wurde induktiv aus dem Material heraus gebildet, da keine expliziten Fragen zu dieser Kategorie im Leitfaden enthalten waren. Die Unterkategorien der erlernten Handlungsweisen wurden vollständig induktiv gebildet, um die Aussagen differenzierter darstellen zu können. Die **deduktiv-induktive Herangehensweise** ermöglichte, die Interviews auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen, die Ergebnisse schließlich zusammenzufassen und abschließend zu verallgemeinern. Die gebildeten Kategorien wurden mit Hilfe von Zitaten aus den jeweiligen Dokumenten untermauert. Diese werden im Text kursiv gedruckt und je nach Stichprobe sowohl mit der ID des Rehabilitanden oder Experten, mit der Bedingung als auch mit der Absatznummer belegt (s. Tab. 15).

Tabelle 15: Beispiel für das Belegen von Ankerbeispielen in den Teilstudien 1-3.

Problemzentrierte Einzelinterviews Rehabilitanden, Beispiel: 1t1104/IG*: 48-49			
1t1104	IG		48-49
ID des Rehabilitanden	Behandlungsgruppe und Grad der Depressivität: IG/KG=niedrige Depressivität; IG <sub>depr</sub> /KG <sub>depr</sub> =erhöhte Depressivität		Absatz
Fokusgruppe Experten, Beispiel: 2E2: 64			
2	E2		64
Klinik 1-4	ID des Experten		Absatz
Fokusgruppen Rehabilitanden, Beispiel: 2FG_IG <sub>depr</sub> /2t1213: 57			
2	FG_IG <sub>depr</sub>	2t1213	57
Klinik 1-4	FG=Fokusgruppe; Behandlungsgruppe und Grad der Depressivität: IG <sub>depr</sub> /KG <sub>depr</sub> =erhöhte Depressivität	ID des Rehabilitanden	Absatz



## 3 Teilstudie 1: Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden

### 3.1 Fragestellung

Das vorliegende Forschungsvorhaben hatte zum hauptsächlich Ziel die Konzept-, Struktur- und Prozessqualität (formative Evaluation) des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionsstrainings Debora bei der Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz zu untersuchen. Dies erfolgte im Vergleich der KG zur IG unter Berücksichtigung des Depressivitätsgrads ( $KG_{depr}$  und  $IG_{depr}$ ). Die formative Evaluation eignet sich zur Überprüfung der Praxistauglichkeit einer Intervention (Meng et al., 2009). Die so gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse dienen als Grundlage für Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Trainings Debora. Hierzu sollte der aktuelle subjektive Blickwinkel der Rehabilitanden (Bedürfnisanalyse) genutzt werden. Die Beantwortung der Fragestellungen wurde mithilfe der qualitativen Sozialforschung durchgeführt. Insgesamt ergaben sich daraus folgende Hauptfragestellungen:

- 1 Wie ist die Akzeptanz des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionsstrainings aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG$ - $KG$ - $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ )?
- 2 Wie ist die Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionsstrainings aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG$ - $KG$ - $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ )?

Darüber hinaus sollten mithilfe der Ermittlung erlernter Handlungsweisen erste Hinweise für die Wirksamkeit des Trainings untersucht werden (summative Evaluation). Ferner wurde der qualitative Forschungsansatz dazu genutzt, Barrieren des Alltagstransfers gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie Unterstützungsangebote für das Barrierenmanagement zu identifizieren, um möglichen Rezidiven vorbeugen zu können und die Bedürfnisorientierung des Trainings zu optimieren. Demzufolge wurden im Rahmen der Einzelinterviews folgende Nebenfragestellungen bearbeitet:

1. Welche erlernten Handlungsweisen werden von den Rehabilitanden (IG-KG-IG<sub>depr</sub>-KG<sub>depr</sub>) explizit auf das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventions-training zurückgeführt?
2. Welche Barrieren erschweren aus Sicht der Rehabilitanden (IG-KG-IG<sub>depr</sub>-KG<sub>depr</sub>) die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen?
3. Welche Förderfaktoren könnten aus Sicht der Rehabilitanden (IG-KG-IG<sub>depr</sub>-KG<sub>depr</sub>) das Management dieser Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen?

Auszüge aus den vorliegenden Ergebnissen werden voraussichtlich im Frühjahr 2017 im Zuge der Manualisierung des Trainings Debora veröffentlicht (Mohr et al., 2017).

### 3.2 Untersuchungsdesign

Die Fragestellungen konzentrierten sich auf die Akzeptanz und Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionsstrainings Debora sowie die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Die Erhebung fand im Rahmen von problemzentrierten Einzelinterviews statt.

Die Interviews wurden elektronisch erfasst, transkribiert und anschließend unter Verwendung der Software MAXQDA 11 analysiert. Für eine Beantwortung der Fragestellung wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt.

**Leitfaden.** In jeder der vier Rehabilitationskliniken wurde angestrebt, jeweils ein leitfadengestütztes Interview mit einer Rehabilitandin und einem Rehabilitanden der vier Untersuchungsgruppen am Ende der Rehabilitation zu führen.

Vor Durchführung der Interviews wurden die Leitfäden in Zusammenarbeit mit dem Projektteam auf Vollständigkeit und Verständlichkeit hin überprüft. Einige Fragen mussten darauf hin verständlicher und zielgruppenspezifischer formuliert werden. Nach erfolgter Überarbeitung wurde folgender Leitfaden (s. Tab. 16) für die Befragungen verwendet. Die vorformulierten Ad-Hoc-Fragen sind in diesem Leitfaden nicht enthalten:

Tabelle 16: Leitfaden der problemzentrierten Interviews Rehabilitanden.

<b>I</b>	<b>Einstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat Ihnen Ihr Reha-Aufenthalt bis jetzt gefallen?	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Ihrer Erwartungen, die Sie an die Rehabilitation hatten, wurden erfüllt?	<input type="checkbox"/>
3.	Was sind Ihre Ziele nach der Reha?	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie würden Sie das Training beschreiben?	<input type="checkbox"/>
2.	Wie empfanden Sie die Atmosphäre während des Trainings?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie hat Ihnen das Training gefallen? Welche Schulnote würden Sie dem Training geben von 1-6?	<input type="checkbox"/>
4.	Welcher Trainingsinhalt hat Ihnen besonders gut gefallen?	<input type="checkbox"/>
5.	Welche Inhalte haben Sie im Training vermisst?	<input type="checkbox"/>
6.	Wie empfanden Sie das Verhältnis von Theorie zu praktischen Inhalten im Training?	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was für Ziele hat das Training Ihrer Meinung nach verfolgt?	<input type="checkbox"/>
2.	Konnten Sie den Inhalten des Trainings folgen?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie beurteilen Sie den zeitlichen Ablauf des Trainings?	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich Ihr Umgang mit Ihrer Erkrankung durch das Training verändert?	<input type="checkbox"/>
2.	Was hat Ihnen in der Rehabilitation geholfen, um gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrem Alltag zukünftig besser ausüben zu können?	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Übungen waren für Sie für die Veränderung Ihres Verhaltens hilfreich?	<input type="checkbox"/>

<b>V</b>	<b>Barrieren und Barrierenmanagement</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welches gesundheitsförderliche Verhalten wird Ihnen bei der Umsetzung im Alltag leicht fallen?	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Hindernisse sehen Sie im Alltag bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten?	<input type="checkbox"/>
3.	Was könnte Sie bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichem Verhalten unterstützen?	<input type="checkbox"/>
4.	Fühlen Sie sich für den Alltag gerüstet?	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Ausstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wenn alles möglich wäre, was würden Sie sich dann für Unterstützungsangebote nach der Rehabilitation erhoffen?	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es noch etwas, das ich vergessen habe, Sie zu fragen, oder etwas, das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>

Im Rahmen der quantitativen Studie wurden weitere Messinstrumente erfasst. Außer den Summenscores der ADS (Hautzinger et al., 2012) zu Rehabilitationsbeginn (t0), werden die Ergebnisse der quantitativen Erhebung in dieser Studie jedoch nicht näher beschrieben. Abschließend erfolgte die Erfassung der soziodemografischen Daten sowie von Fragen zur aktuellen Rehabilitationsmaßnahme.

**Akquise.** Die Akquise der Rehabilitanden erfolgte über eine Projektmitarbeiterin vor Ort, die über Inhalte, Ziele und Ablauf der Untersuchung informierte. Die Einwilligung in die Teilnahme erfolgte schriftlich. Die Befragungen dauerten 9:47 bis 49:45 Minuten. Um die Anonymität der Interviewpartner zu gewährleisten, wurden die realen Namen durch Kennnummern ersetzt.

Um ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Erfahrungen abbilden zu können, wurden von Februar bis April 2015 in den VMO-Kliniken Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose CRS, die mindestens 18 Jahre alt sind und deren sprachliche, physische und kognitive Fähigkeiten die Teilnahme erlauben, in die Untersuchung miteingeschlossen. Für die Erhebung wurden insgesamt 39 Rehabilitanden zum Messzeitpunkt t1 befragt. Folgende Tabelle 17 zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe inklusive der dadurch ausgeschlossenen Fälle ( $n=13$ ):

Tabelle 17: Ein- und Ausschlusskriterien der problemzentrierten Interviews.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsgruppe: IG und KG</li> <li>▪ Depressivität: keine und niedrige Depressivität vs. hohe Depressivität (IG, IG<sub>depr</sub>, KG, KG<sub>depr</sub>; lt. ADS Hautzinger et al., 2012)</li> <li>▪ Messzeitpunkt: Rehabilitationsende (t1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfüllen der Lügenskala der ADS (n=4)</li> <li>▪ ADS-Wert der auf dem Cut-Off liegt und demzufolge keine eindeutige Zuordnung zu einem Hohen Grad an Depressivität zulässt (n=1)</li> <li>▪ Äußerung von Selbstmordtendenzen (n=1)</li> <li>▪ Abbruch des Interviews (n=1)</li> <li>▪ Durchführung des Interviews nach einer bereits vorher stattgefundenen qualitativen Erhebung in Form einer Fokusgruppe (n=1)</li> <li>▪ Schwere Begleiterkrankungen, die eine gezielte Beantwortung der Fragen unmöglich machte (n=2)</li> <li>▪ Leitung des Trainings durch eine Therapeutin, die die Ausführungsintegrität nicht berücksichtigte (n=3)</li> </ul>

Geschlechtsspezifische Aspekte wurden im Rahmen der Fragestellungen nicht explizit berücksichtigt. Aufgrund der Stichprobengröße sowie des typischen Reha-Klientel konnte eine Gleichverteilung nach Geschlecht nicht gewährleistet werden.

**Stichprobenbeschreibung.** Für die Studie wurden insgesamt 26 problemzentrierte Einzelinterviews für die Datenauswertung herangezogen. Es handelte sich um 18 Frauen und 8 Männer (Alter 28-60 Jahre; M=50,6; SD=7,4), von denen jeweils 13 an KG oder IG teilnahmen. Jeweils fünf Befragte aus beiden Gruppen wiesen der ADS zufolge klinisch-auffällige Werte in der Depressivität auf (Cut-Off>22). Die Rehabilitanden nahmen an einer drei- bis vierwöchigen stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation in den Kliniken teil. Eine Übersicht der Daten sind in Tabelle 18 enthalten.

Tabelle 18: Stichprobenbeschreibung (N=26).

ID	Bedingung*	ADS t0	Alter	Geschlecht	Reha-Aufenthalte	Dauer Interview
1t1104	IG	10	58	weiblich	1	17:08
1t1105	IG	8	44	weiblich	1	28:54
2t1321	IG	19	60	männlich	1	31:14
2t1325	IG	19	47	weiblich	2	11:26
2t1326	IG	11	47	weiblich	1	20:58
3t0104	IG	21	49	männlich	1	40:33
3t0105	IG	21	51	weiblich	1	14:18
4t1039	IG	20	48	weiblich	1	12:28
1t1085	KG	22	48	männlich	1	19:44
1t1089	KG	7	54	weiblich	1	18:37
2t1270	KG	20	58	weiblich	2	38:15
2t1275	KG	22	59	weiblich	3	24:17
2t1281	KG	18	50	weiblich	3	49:45
2t1282	KG	22	49	weiblich	1	25:00
2t1283	KG	21	28	weiblich	1	38:33
4t1030	KG	18	43	männlich	1	09:47
1t1100	IG <sub>depr</sub>	29	58	weiblich	2	21:31
2t1320	IG <sub>depr</sub>	38	39	weiblich	1	21:49
2t1322	IG <sub>depr</sub>	34	45	männlich	2	39:08
3t0103	IG <sub>depr</sub>	36	57	weiblich	1	23:01
4t1042	IG <sub>depr</sub>	25	53	männlich	3	29:07
1t1087	KG <sub>depr</sub>	27	60	weiblich	3	23:46
2t1285	KG <sub>depr</sub>	34	52	weiblich	3	24:45
2t1286	KG <sub>depr</sub>	54	47	weiblich	1	36:17
2t1295	KG <sub>depr</sub>	29	57	männlich	3	28:39
4t1028	KG <sub>depr</sub>	44	53	männlich	2	29:15

\*Bedingung: IG=Interventionsgruppe; IG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; KG=Kontrollgruppe; KG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22

Die Rehabilitanden wurden nach Behandlungsgruppe und Depressivität untersucht:

Tabelle 19: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der problemzentrierten Interviews nach Behandlungsgruppe und Depressivität.

Bedingung	n	M ADS t0	SD ADS t0	M Alter	M Reha-Aufenthalte	M Dauer Interview
IG	8	16.13	5.46	50.50	1.13	22.07
KG	8	18.75	5.04	48.63	1.63	28.00
IG <sub>depr</sub>	5	32.40	5.32	50.40	1.80	26.55
KG <sub>depr</sub>	5	37.60	11.28	53.80	2.40	28.32

\*Bedingung: IG=Interventionsgruppe; IG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; KG=Kontrollgruppe; KG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; n=Teilstichprobe

### 3.3 Ergebnisse

Es konnten insgesamt 26 Interviews (IG  $n=8$ ; IG<sub>depr</sub>  $n=5$ ; KG  $n=8$ ; KG<sub>depr</sub>  $n=5$ ) berücksichtigt werden. Abbildung 14 fasst das Kategoriensystem mit den zentralen, deduktiv gebildeten Themenbereichen (Hauptkategorien) zusammen.

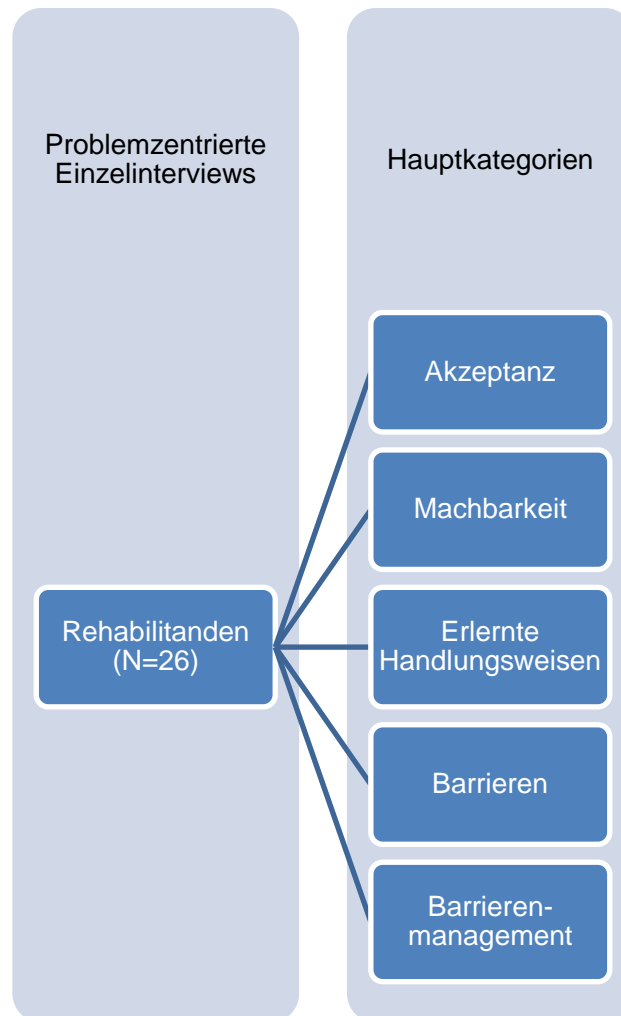


Abbildung 14: Hauptkategorien problemzentrierte Interviews (N=26).

Eine Gesamtdarstellung des Kategorienbaums inklusive Haupt- und Unterkategorien ist dem Anhang C7 zu entnehmen. Zu Beginn der Darstellung der Ergebnisse erfolgt jeweils ein Vergleich zwischen IG und KG, unter Ausschluss der Bedingung Depressivität. Darauf folgen eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse der problemzentrierten Interviews nach Bedingung (IG; IG<sub>depr</sub>; KG; KG<sub>depr</sub>) sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse am Ende der jeweiligen Hauptkategorie.

### 3.3.1 Akzeptanz

Die Hauptkategorie Akzeptanz beinhaltet die Aussagen der Rehabilitanden hinsichtlich der Angemessenheit und **Zufriedenheit** der Inhalte. An dieser Stelle wird ebenso der **Therapeuteneffekt** berichtet, weil er die Zufriedenheit der Rehabilitanden maßgeblich beeinflusst. Darüber hinaus werden Aussagen zur Ausgewogenheit von **Theorie und Praxis**, als auch über die **Inhalte** im Allgemeinen dargestellt (siehe Abb. 15).

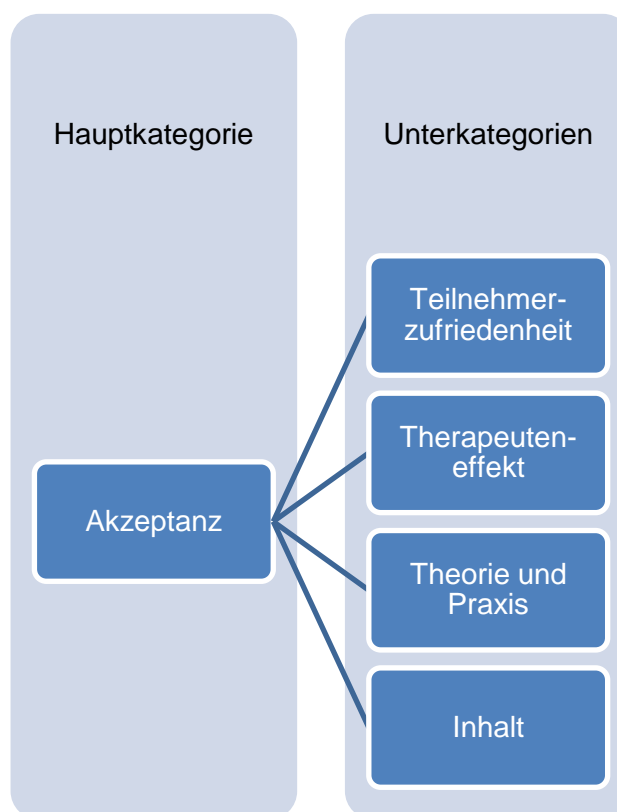


Abbildung 15: Hauptkategorie Akzeptanz mit Unterkategorien.

#### Teilnehmerzufriedenheit

Unabhängig vom Depressivitätsgrad vergab die IG ( $n=13$ ), in Anlehnung an das Schulnotensystem, eine Durchschnittsnote von 1,77 und die KG ( $n=13$ ) eine Durchschnittsnote von 2,15. Diese Zufriedenheit spiegelt sich jedoch nicht nur in der Benotung, sondern ebenso beispielsweise in folgender Aussage wider:

*„Es hat mich eigentlich alles angesprochen und es war auch alles sehr informativ für mich, wo ich auch wirklich vieles von mit nach Hause nehme.“ (1t1104\IG: 48-49).*

Die folgende Tabelle 20 ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Benotung nach Schulnoten, in Abhängigkeit der Bedingungsgruppe und Depressivität:



Tabelle 20: Teilnehmerzufriedenheit in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität ( $N=26$ ).

Bedingung	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Min	Max
IG	8	1.63	.44	1.75	1.00	2.00
KG	8	2.00	.59	2.00	1.00	3.00
IG <sub>depr</sub>	5	2.00	.61	2.00	1.00	2.50
KG <sub>depr</sub>	5	2.40	.54	2.00	2.00	3.00

\*Note Anlehnung an das Schulnotensystem: 1=Sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend; 5=mangelhaft, 6=ungenügend.

### Therapeuteneffekt

Eine Vielzahl der Rehabilitanden ( $n=15$ ) beschrieb die **Beeinflussung der Schulungsqualität** durch den Therapeuten. Aussagen bezüglich des Therapeuteneffekts wurden nicht explizit im Leitfaden erfragt und wurden spontan von den Rehabilitanden geäußert. Die Vielzahl von Aussagen lässt daher auf eine besondere Relevanz für die Akzeptanz aus Rehabilitandensicht schließen. Die Durchführung des Trainings durch die Therapeuten konnte einerseits negativ Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden haben:

*„Wir hatten eine Stunde bei einer Therapeutin, die war so zum Sterben langweilig, dass die ganze Gruppe sehr unruhig wurde (...). Es gibt einfach Menschen die bringen nichts rüber, die können machen was sie wollen (lacht). Da war die Gruppe sehr unruhig.“ (1t1100/IG<sub>depr</sub>: 28-32).*

Andererseits hatte eine einfühlsame und positive Ausführung durch den Therapeuten auch durchaus positive Effekte:

*„Also ich fand erst einmal die Frau Therapeutin (anonym), die hat so eine Ruhe ausgestrahlt und die hat alles ernst genommen, was man gesagt hat, das fand ich gut. Es wurde auf alles eingegangen, auch wenn man so Randbemerkungen gemacht hatte, wo ich gar nicht so mitgerechnet hatte (...).“ (2t1270/KG: 28-29).*

Zusammenfassend wurden diesbezüglich folgende Aussagen von Rehabilitanden (s. Tab 21) zu den Therapeuten gemacht:

Tabelle 21: Aussagen zum Therapeuteneffekt in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Aussagen zum Therapeuteneffekt			
		Keine Aussage	Keine eindeutige Aussage	positiv	negativ
IG	8	5	-	3	-
KG	8	2	3	2	1
IG <sub>depr</sub>	5	1	2	1	1
KG <sub>depr</sub>	5	-	2	1	2

### Theorie und Praxis

Das Verhältnis von Theorie zu Praxis und die zielgruppengerechte Gestaltung wurden unabhängig von der Bedingung als überwiegend ausgewogen empfunden:

*„Och, also wir haben ja sehr viele Informationen bekommen, wie man halt mit dem Schmerz umgeht und auch praktische Übungen gemacht. Das fand ich halt toll, dass man Theorie und Praxis miteinander verknüpft.“ (3t0105/IG: 25-27).*

Die Tabelle 22 drückt die quantifizierbaren Aussagen der Rehabilitanden in Abhängigkeit der Bedingung Gruppe und Depressivität aus:

Tabelle 22: Verhältnis von Theorie zu Praxis in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Verhältnis von Theorie zu Praxis		
		keine eindeutige Aussage	ausgewogen	unausgewogen
IG	8	-	7	1
KG	8	-	6	2
IG <sub>depr</sub>	5	-	5	-
KG <sub>depr</sub>	5	1	3	1

Die wenigen Aussagen zur Unausgewogenheit des Verhältnisses von Theorie zu Praxis bezogen sich vor allem auf den Theoretischen Teil und werden kurz näher erläutert, um mögliche Defizite im Training aufzuzeigen:

**IG.** Eine Rehabilitandin der IG bezeichnete das Training als unausgewogen bezog sich jedoch bei der Begründung auf die Reha im Allgemeinen:

*„Na mehr Sportangebote (...). Also mehr sportliche Sachen auch, ne? Dass man weniger Vorträge, sagen wir es mal so, dass ein bisschen, nicht 1,5 Stunden, dann vielleicht dann in die andere Zeit ein bisschen was anderes reingepackt.“ (4t1039/IG: 130-147).*

**KG.** In der KG beruhte die Unzufriedenheit auf einem Überhang in der Theorie:

*„Theorie war viel, sag ich mal. Da hätte man vielleicht noch ein bisschen mehr praktischer Dinge machen müssen, so in Kleingruppen dann nochmal, das man dann mit 2-3 Leuten nochmal was erarbeitet.“ (1t1085/KG: 36-37)*

**IG<sub>depr.</sub>** In der IG<sub>depr.</sub> wurden keine Angaben zu möglicher Unzufriedenheit getätigt.

**KG<sub>depr.</sub>** In der KG<sub>depr.</sub> hatte derjenige Rehabilitand, der das Verhältnis von Theorie zu Praxis als unausgewogen empfand, eher Schwierigkeiten in den Ablauf hineinzufinden bzw. sich zu konzentrieren:

*„(...) Ich will nicht sagen, dass da dass der Zusammenhang nicht war, aber ich sage mal das war irgendwie weiß ich nicht irgendwie, vielleicht liegt es auch an mir, (...) dann sind meine Gedanken, ich sage immer das ist wie, wenn man sich vorstellt, wie so ein Flummi den man in der Bude rumschmeißt hier (...), dann schwirren meine Gedanken von hier bis dort, ich sitze ich sitze da, lese etwas, ich kann mir das 10mal durchlesen, ich reihe Buchstabe an Buchstabe und lese das, aber ich kriege es nicht in den Kopf. Das ist ja eine meiner Baustellen.“ (4t1028/KG<sub>depr.</sub>: 69-79).*

## **Inhalt**

Unabhängig von der Bedingung berichteten die Rehabilitanden über eine Vielzahl von favorisierten Inhalten, wie z. B. folgende Rehabilitandin:

*„Eigentlich war alles gut (...). Ich habe auch jede Stunde genossen, wo man immer vorher dachte 'Oh 100 Minuten', aber die sind wie im Flug vergangen, weil das so interessant war, (...) ich fand alles super. Ich hätte auch gerne noch weiter gemacht, wenn das geklappt hätte, aber wir sind ja jetzt leider durch (lacht).“ (2t1320/IG<sub>depr.</sub>: 43).*

Die Beschreibungen der favorisierten Inhalte fielen bei Rehabilitanden der KG und KG<sub>depr.</sub> sehr knapp aus, wohingegen die Rehabilitanden der IG und IG<sub>depr.</sub> ihre Entscheidungen ausführlicher begründeten.

Insbesondere Inhalte zum Erlangen eines **biopsychosozialen Krankheitsverständnisses** wurden, unabhängig von der Bedingung, von sechs Rehabilitanden bevorzugt. Am häufigsten wurden jedoch von den Rehabilitanden mehrere Inhalte favorisiert, wie die folgende Graphik 16 verdeutlicht:

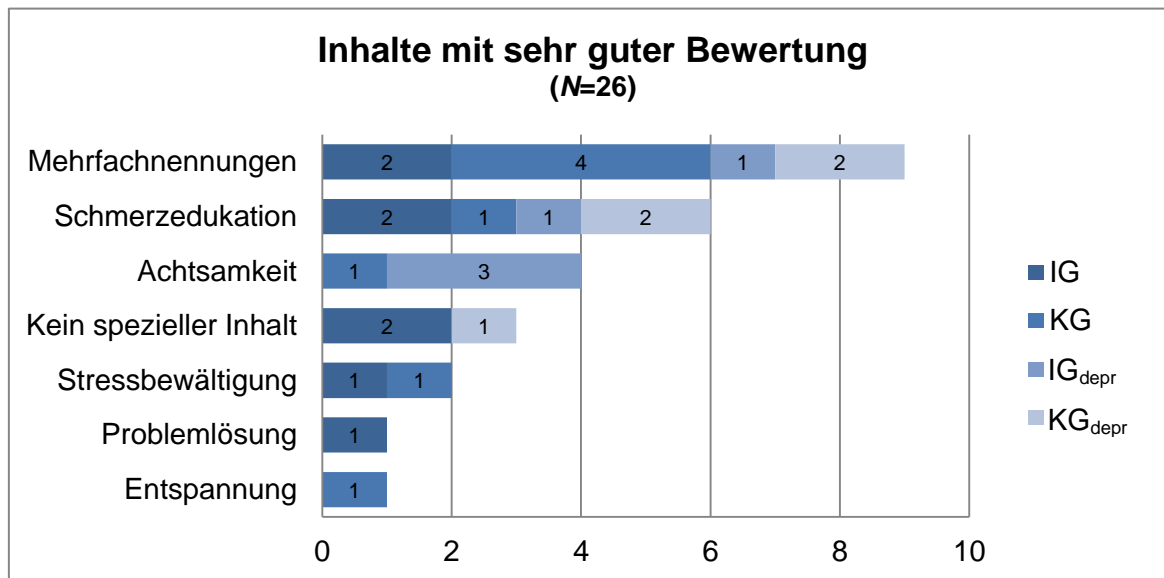


Abbildung 16: Inhalte mit sehr guter Bewertung (N=26).

Im Folgenden werden jeweils die am häufigsten favorisierten Inhalte beziehungsweise die Inhalte mit sehr guter Bewertung, in Abhängigkeit der Bedingung, beschrieben.

**IG.** Die IG ( $n=4$ ) bevorzugte insbesondere Inhalte, die sich mit dem **biopsychosozialen Krankheitsverständnis** beschäftigten:

*„Im Training hat mir besonders gut gefallen, die Einzelproblematik der Schmerzen halt eben, wie die sich intervallmäßig aufbauen können und wie man dann auch intervallmäßig durch eben Gedanken und so weiter oder durch halt eben mal, dass man sich auch mal ein glückliches Gefühl erlauben kann und so weiter dagegen steuern kann“ (2t1321/IG: 65).*

**KG.** In der KG wurden von den Rehabilitanden überwiegend Mehrfachnennungen von zu favorisierenden Inhalten getätigt. Von vier Rehabilitanden wurde die **Stressbewältigung** jedoch als wichtigster Inhalt thematisiert:

*„Ich finde eigentlich beides wichtig, wobei ich sagen muss, Stress ist tendenziell ein bisschen wichtiger, weil sie den automatisch haben, wenn sie arbeiten gehen, dann haben sie Kinder, dann haben sie dies noch und man hat ja denn tausend Sachen um die Ohren, also ich glaube Stress und Schmerz damit umzugehen, ist noch am schwierigsten. Ich denke das ist am Wichtigsten.“ (2t1282/KG: 63-65).*

**IG<sub>depr</sub>**. In der IG<sub>depr</sub> wurden von drei der fünf Rehabilitanden **achtsamkeitsbasierte Inhalte** bevorzugt:

*„Was ich unheimlich toll fand, wir sollten ja mal rausgehen und uns einfach jetzt eine Blume oder irgendwas vorstellen, wie es läuft das zu genießen (...). Also quasi doch das für einen mal selbst bewusst machen (...). Das fand ich ganz toll, also auf die Idee ist man vorher nicht gekommen.“ (3t0103/IG<sub>depr</sub>: 29-30).*

**KG<sub>depr</sub>**. In der KG<sub>depr</sub> entschied sich lediglich einer der Rehabilitanden für die Stressbewältigung. Zwei Rehabilitanden favorisierten mehrere Inhalte und zwei Inhalte die sich mit dem **biopsychosozialen Krankheitsverständnis** auseinandersetzten:

*„Mir persönlich hat gefallen diese ganze Schmerzaufarbeitung. Die Zusammenhänge, weil ich das noch gar nicht kannte. Das war für mich sehr interessant.“ (2t1295/KG<sub>depr</sub>: 77).*

Bezüglich der Inhalte, die von Rehabilitanden vermisst wurden, ist zu berichten, dass unabhängig von der Bedingung acht Rehabilitanden **keine inhaltlichen Defizite** berichteten:

*„Nö, kann ich jetzt eigentlich gar nicht sagen. Es hat mich eigentlich alles angesprochen und es war auch alles sehr informativ für mich, wo ich auch wirklich vieles von mit nach Hause nehme.“ (1t1104/IG: 48-49).*

Sechs Rehabilitanden wünschten sich jedoch ergänzend eine intensivere und individuellere Einzelfallbetreuung. Des Weiteren gaben sechs Rehabilitanden mehrere Inhalte an, die sie vermisst haben. Dies veranschaulicht die folgende Abbildung 17:

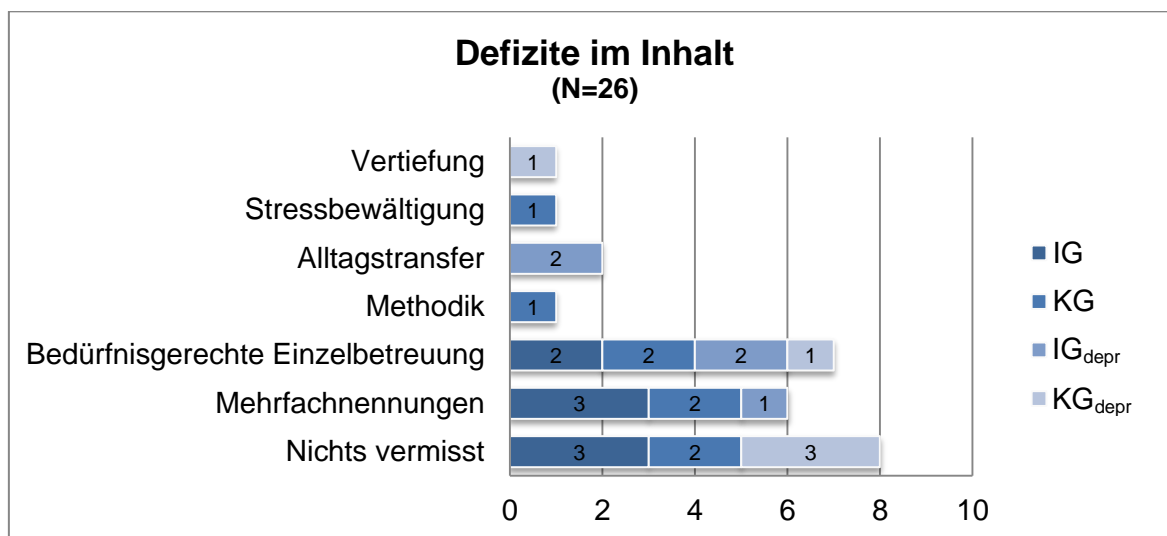


Abbildung 17: Defizite im Inhalt (N=26).

Eine detaillierte Erklärung der Ergebnisse der Abbildung erfolgt in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität.

**IG.** In der IG gaben drei Rehabilitanden an, keine speziellen Inhalte zu vermissen. Zwei Rehabilitanden berichteten hingegen, dass Sie insbesondere die auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Inhalte vermissten, wie z. B. der Umgang mit den „Wechseljahre(n)“ (1t1104: 52-55). Die Mehrfachnennungen enthalten überwiegend, unabhängig vom Training, Aussagen über den **Bedarf an zusätzlichen Einzelgesprächen**. Bei der Frage, ob sie Inhalte nennen könnte, die sie vermisst habe, antwortete eine Rehabilitandin demgemäß:

*„Im Training eigentlich nicht. Ich hab im Nachhinein gedacht, ich hätte vielleicht doch noch einmal Einzelgespräche gebraucht oder sowas“ (2t1326/IG: 43-44).*

**KG.** Innerhalb der KG machten sechs Rehabilitanden sehr inkongruente Angaben zu Inhalten, die sie vermissten. Am häufigsten wurde von zwei der acht Rehabilitanden eine **individuellere Behandlung** gefordert:

*„Ja, wenn ich jetzt so überlege, denn war das ja eigentlich ein bisschen wenig, denn hätte ich gerne ein bisschen länger das gehabt, so intensiver sage ich mal. Ich hätte (...) so ganz gerne (das) Mal so ein bisschen mehr noch auf den Einzelnen eingegangen wird. Das ging natürlich nicht bei so vielen. So ein paar Anregungen noch wie jetzt im Persönlichen, was man da machen kann. (2t1270/KG: 57).*

**IG<sub>depr.</sub>** In der IG gab ebenfalls eine Rehabilitandin an, einen Bedarf an einer **individuelleren Behandlung** in Form von z. B. „*Einzelgespräch(en)*“ (2t1320/IG<sub>depr.</sub>: 30-32) zu haben. Darüber hinaus äußerten zwei Rehabilitanden, dass sie Inhalte zum erfolgreichen **Alltagstransfer** vermissen: „*Naja, das ist ja, das praktische ist ja nicht Inhalt dieser Studie.*“ (4t1042/IG<sub>depr.</sub>: 49-51) und einer, dass er keine Inhalte vermisst.

**KG<sub>depr.</sub>** In der KG<sub>depr.</sub> wünschte sich eine der fünf Rehabilitanden **Vertiefungen** in denen von ihr favorisierten Inhalten sowie eine weitere Rehabilitandin eine individuellere Behandlung. Drei Rehabilitanden gaben hingegen an, dass sie **keine Inhalte vermissen**:

*„Also ganz ehrlich wirklich vermisst habe ich eigentlich nichts, weil es so viele Informationen allgemein waren und jetzt nicht nur bei dem Debora-Programm, sondern alle anderen Sachen, die hier in der Reha nun auch noch gemacht wurden, ob es nun Vorträge waren über Rücken und ich weiß nicht, was nicht noch alles war, das war so viel Informationen und spielt irgendwo alles mit rein und wenn man das*

*alles verknüpft, war irgendwo auch alles da. Ich habe eigentlich nichts vermisst in dem Sinne, dass ich sagen könnte 'Hey, der Punkt hätte unbedingt sein müssen oder so etwas', kann ich nicht sagen, weil es irgendwo ein Gesamtpaket war.“ (2t1286/KG<sub>depr</sub>: 51).*

### Zusammenfassung

Es wurde deutlich, dass die Rehabilitanden mit dem Training überwiegend zufrieden waren und sowohl in der KG also auch in der IG sehr gute bis gute Noten vergaben. Insgesamt bewertete die KG das Training jedoch schlechter. Zudem wurde deutlich, dass die Durchführung des Trainings durch den Therapeuten, insbesondere seine Motivation und sein Einfühlungsvermögen, starken Einfluss auf die Beurteilung des Trainings aus Rehabilitandensicht nehmen.

Ebenso wurde die inhaltliche Aufbereitung und Strukturierung überwiegend als ausgewogen bezeichnet, wobei in der KG eher Aussagen zur Unausgewogenheit des Trainings gemacht wurden und sich ein Ausbau praktischer Inhalte gewünscht wurde.

Zu den beliebtesten Inhalten zählten die biopsychosozialen Trainingsinhalte. Ein Bedarf am Ausbau der Inhalte herrschte, unabhängig von der Bedingung, insbesondere bei dem Angebot von zusätzlichen Einzelgesprächen und dem Behandeln von individuellen Problemlagen.

In allen Bereichen fielen die Begründungen der Rehabilitanden der KG/KG<sub>depr</sub> im Vergleich zur IG/IG<sub>depr</sub> deutlich knapper und unpräziser aus.

### 3.3.2 Machbarkeit

Die Hauptkategorie Machbarkeit beschreibt die Praktikabilität des Trainings in der Rehabilitation. Diese spiegelt sich in den deduktiv gebildeten Unterkategorien **Nachvollziehbarkeit und Transparenz**, **Angemessenheit**, **zeitliche Struktur** und **Gruppenatmosphäre** wider (s. Abb. 18).

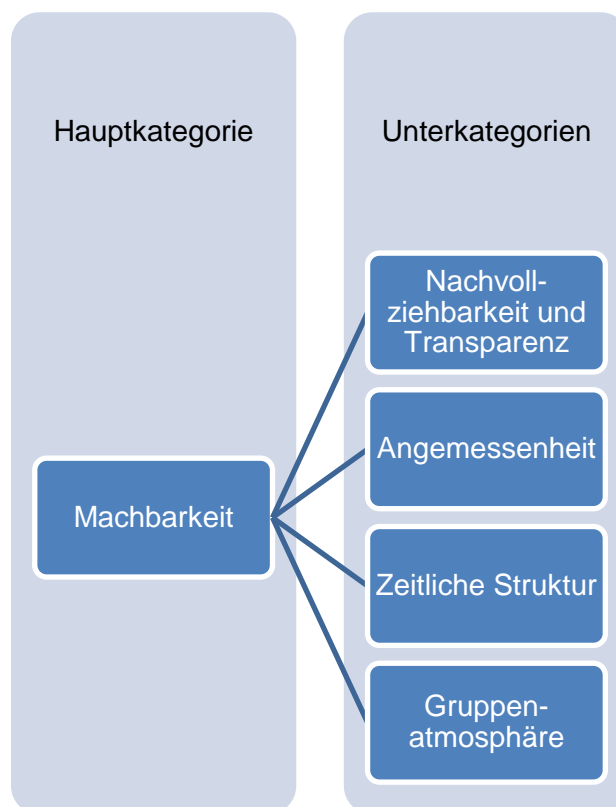


Abbildung 18: Hauptkategorie Machbarkeit mit Unterkategorien.

#### Nachvollziehbarkeit und Transparenz

Unabhängig von der Bedingung waren sowohl die Rehabilitanden der IG als auch die der KG insgesamt in der Lage, das Training und seine Ziele zu beschreiben. Die Rehabilitanden identifizierten, das biopsychosoziale Verständnis als zentrales Element des Trainings. So beschrieb eine Befragte das Training wie folgt:

*„Es war hilfreich in dem Sinne, ja, auch wieder mal kurz erklärt, von wo die Schmerzen kommen, oder wie die überhaupt im Kopf entstehen. Und warum trägt man die alle immer noch mit, wenn die vielleicht doch gar nicht da sind, oder wie auch immer. Hat gut getan. Und dann auch natürlich dieses wie gehe ich mit dem Schmerz um, wie gehe ich da mit den Konflikten um, was kann ich dann abwehren und was soll ich annehmen, was brauche ich nicht annehmen. Und das hat gut getan.“ (2t1326/IG: 25-26).*



**IG.** Die Rehabilitanden waren zu 100% in der Lage, das Training und seine Ziele sehr differenziert und ausführlich wieder zu geben. Aus ihrer Sicht lag das Lernziel insbesondere im Erlangen eines **biopsychosozialen Verständnisses**:

*„In gewisser Weise erst einmal einen theoretischen Input zu vermitteln. Was alles so für Faktoren möglich sind. (...) 'Was könnte ich tun? ', vor allem nach der Reha, um eventuell gar nicht mehr erst an den Punkt "Schmerz" zu kommen. Solche Geschichten, also viel diese Verknüpfung nicht 'Aua, aua mein Rücken und ich gehe jetzt zum Arzt und nehme jetzt eine Pille und tralalalala', sondern einfach: 'Wie könnte ich im Allgemeinen in meinem Alltag besser umgehen mit vielen Situationen', ob es nun Schmerzen sind oder Stresssituationen sind oder irgendwie sowas (...). Also, ich sehe persönlich viel Verknüpfung schon in diesen ganzen Programmen dieses Theoretische und dieses Praktische, um zu sagen 'Es ist nicht nur der Schmerz, sondern ihr müsstet in Bewegung seine, Entspannungssituationen zwischendurch schaffen'.“ (1t1105/IG: 48-49).*

Aber auch **Stress und Stressbewältigung** zählte aus Sicht der Rehabilitanden zum Schwerpunkt des Trainings:

*„Stress, wie gehe ich mit Stress um? Wie entsteht Stress? Wie kann ich ihn vermeiden? Ja, wie entstehen Schmerzen? Wodurch verstärken die sich? Stress und Schmerzen hängen natürlich auch miteinander. Habe ich Stress werden die Schmerzen stärker. Ist der Stress weniger, werden die Schmerzen nicht unbedingt weniger. Nicht gerade bei chronischen Schmerzen oder akuten Schmerzen.“ (1t1104/IG: 29-32).*

**KG.** In der KG beschrieben die Rehabilitanden zu 100% das **biopsychosoziale Krankheitsverständnis** als zentralen Inhalt des Trainings:

*„Im Prinzip geht es ja darum, dass eben Schmerzen schon im Zusammenhang mit der Psyche stehen, würde ich so erklären.“ (1t1089/KG: 20-21).*

Darüber hinaus unterstrichen drei Rehabilitanden den Stellenwert des thematischen Bereichs **Stress und Stressbewältigung** im Training:

*„Ja, es ging darum, was alles Stress macht, dass auch Kleinigkeiten Stress machen können, die man unbewusst halt auch mitschleppt und was ich dann praktisch zu so einer großen Welle aufwiegt und wie man dagegen gehen kann, was es alles Gutes gibt, wo man dagegen arbeiten kann.“ (2t1282/KG: 51).*

**IG<sub>depr.</sub>** Aus Sicht der Gesamtheit der Rehabilitanden der IG<sub>depr.</sub> lag der Fokus des Trainings ebenso auf dem Erlangen eines **biopsychosozialen Verständnisses** und es folgten ähnlich der IG umfassende Beschreibungen der Trainingsinhalte:

*„Ich habe das nicht als Training empfunden. Ich habe es eigentlich mehr so empfunden, dass es eigentlich mehr so eine Schulung ist. Das man mehr so (-) Schmerz, wie er entsteht, wie man ihn umgehen kann mit Tricks und so, wie man das machen kann.“ (1t1100/IG<sub>depr.</sub>: 21-22).*

Darüber hinaus beschrieben die Rehabilitanden überwiegend die **kognitiven Aspekte** des Trainings im Bereich der personalen Ressourcen, wie z. B. *„dass man ein bisschen mehr Stärke bekommt (...), dass (man) mal Nein sagen kann“ (2t1320/IG<sub>depr.</sub>: 65).*

Ein Rehabilitand bezog sich insbesondere auf die **depressionsspezifischen Inhalte** des Trainings:

*„Der Inhalt in meinen Augen für mich war einfach, mir zu zeigen, wie viele Sachen passieren. Sei es Stress, sei es depressive Episoden. Dass vieles einfach im Kopf stattfindet. Und der Kopf uns im Endeffekt auch blockiert. Wenn wir nicht zulassen, dass wir vielleicht auch mal an schöne Sachen sehen. (...), dass ich einfach mal ein bisschen positiver nach vorne gucke. Und einfach begreife, dass das Leben viele schöne Sachen zu bieten hat.“ (2t1322/IG<sub>depr.</sub>: 63-64).*

**KG<sub>depr.</sub>** In der KG<sub>depr.</sub> fiel die Beschreibung analog zur KG ebenfalls knapp und darüber hinaus uneinheitlich aus. Drei Befragte legten jedoch den Schwerpunkt auf die **Eigenverantwortlichkeit** im Umgang mit ihren Schmerzen und **negativen Gedanken** mit Aussagen wie z. B.:

*„Ja wenn ich das richtig verstanden habe und das Ziel dahingehend war, dass jeder für den Umgang mit seinem Schmerz verantwortlich ist und dieses so weit wie möglich oder weitestgehend beeinflussen sollte. Ob das jetzt theoretisch und praktisch, das ist eine ganz andere Frage, aber es geht erstmal um den Grundgedanken.“ (4t1028/KG<sub>depr.</sub>: 83).*

### **Angemessenheit**

Unabhängig vom Depressivitätsgrad gaben sowohl die Mehrzahl der Rehabilitanden der IG als auch die der KG an, den Inhalten des Trainings folgen und diese verstehen zu können. Tabelle 23 ermöglicht eine differenziertere Betrachtung, in Abhängigkeit der Bedingung:

Tabelle 23: Angemessenheit der Trainingsinhalte in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Zielgruppengerecht		
		keine eindeutige Aussage	angemessen	unangemessen
IG	8	-	8	-
KG	8	1	7	-
IG <sub>depr</sub>	5	-	4	1
KG <sub>depr</sub>	5	-	4	1

Sowohl in der IG<sub>depr</sub> als auch in der KG<sub>depr</sub> bezeichnete ein Rehabilitand die Inhalte als nicht zielgruppengerecht. Diese Aussagen sollen nun kurz näher erläutert werden.

**IG<sub>depr</sub>.** In der IG<sub>depr</sub> wurden die Schwierigkeiten, den Inhalten zu folgen, von den Rehabilitanden auf die erste Kleingruppenarbeit aber auch auf die **Durchführung von Seiten des Therapeuten** zurückgeführt.

*„Ich fand den Einstieg nicht so besonders, weil da hatte ich den Eindruck dass vermittelt werden sollte 'man soll nur an sich glauben und dann wird das schon' (...). (I: Ja. Lag das an der, lag das an der Anleitung, an der Person, die das vermittelt hat oder woran lag das, wissen Sie das noch?) Auch ja, kann ich nicht bestreiten, weil da wurde versucht betont lässig oder witzig zu sein, was nicht so rüberkam und na diese, diese Geschichte war halt zu theoretisch, zu märchenhaft.“ (4t1042/IG<sub>depr</sub>: 59-67).*

**KG<sub>depr</sub>.** Der Rehabilitand der KG<sub>depr</sub> bezog die Probleme, den Inhalten nicht immer folgen zu können, auf seine **mangelnde Konzentrationsfähigkeit**:

*„Ich will nicht sagen, dass da dass der Zusammenhang nicht war, aber ich sage mal (...) vielleicht liegt es auch an mir, weil wie gesagt (...) bei mir ist es so, (...) wenn ich innerlich Stress kriege und mich nicht konzentrieren kann, dann werde ich unruhig. (...) Dann schwirren meine Gedanken von hier bis dort, ich sitze da, lese etwas, ich kann mir das 10mal durchlesen, ich reihe Buchstabe an Buchstabe und lese das, aber ich kriege es nicht in den Kopf. (...) Manchmal ist es flüssig gewesen und manchmal machte es irgendwie einen großen Schritt für mich oder ich weiß es auch nicht so recht, irgendwie so, wie ich es beschreiben soll.“ (4t1028/ KG<sub>depr</sub>: 65-79).*

### Zeitliche Struktur

Bezüglich der Angemessenheit der zeitlichen Rahmenbedingungen des Trainings empfanden die Rehabilitanden der IG und IG<sub>depr</sub> diese mehrheitlich als angemessen. Die Meinung der KG und KG<sub>depr</sub> war dagegen uneinheitlich und die Rehabilitanden äußerten häufig, dass sie die Trainingseinheiten als zu „lang“ (1t1085/KG: 48-51) empfanden.

Trotz der Angemessenheit der zeitlichen Rahmenbedingungen wünschten sich in der IG, KG und IG<sub>depr</sub> jeweils zwei sowie in der KG<sub>depr</sub> ein Rehabilitand eine **Aufteilung der Inhalte auf mehrere Stunden** bzw. eine **bessere Integration des Trainings in den Reha-Ablauf**, um Zeitdruck zu vermeiden:

*„Nur, wie gesagt, es ist sehr stark gebündelt. Man ist wirklich dann 'zack, zack' nach oben in andere Klamotten und dann wieder runter. So einiges hätte ich mir so vielleicht mal so eine halbe Stunde länger gewünscht.“ (1t1104/IG: 66-67).*

Die Tabelle 24 ermöglicht eine differenziertere Betrachtung in Abhängigkeit der Bedingung. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung der Aussagen zur Unangemessenheit der zeitlichen Rahmenbedingungen.

Tabelle 24: Angemessenheit der zeitlichen Rahmenbedingungen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Zeitliche Rahmenbedingungen		
		keine eindeutige Aussage	angemessen	unangemessen
IG	8	-	7	1
KG	8	-	5	3
IG <sub>depr</sub>	5	-	5	-
KG <sub>depr</sub>	5	-	3	2

**IG.** Der Rehabilitand der IG führte keine nähere Begründung an, warum ihm der zeitliche Rahmen zu lang erschien. Er äußerte lediglich: *„Ja vielleicht ein kleines bisschen kürzer. Bisschen, 1 Stunde würde langen.“ (4t1039/IG: 87-93).*

**KG.** Drei Rehabilitanden der KG empfanden die zeitlichen Rahmenbedingungen des Trainings als zu lang, um die Aufnahmefähigkeit zu wahren, was zum Ende hin dazu führt, dass *„die Konzentration nach(lässt)“ (2t1282/KG: 89-99):*

*„Ja, die zwei Stunden am Stück, sag ich mal, das ist dann schon lang. Das sollte man vielleicht ein bisschen verkürzen, dafür vielleicht dann noch eine Einheit mehr dabei*

*tun. Es ist schon ein bisschen lang. Also die vorgesehenen zwei Stunden, wenn man die dann erreicht, das ist dann schon lang. Weil irgendwann lässt es dann nach, vor allen Dingen die Aufnahmefähigkeiten.“ (1t1085/KG: 48-51).*

**IG<sub>depr</sub>.** In der IG<sub>depr</sub> empfand keiner der Rehabilitanden das Training als zu lang.

**KG<sub>depr</sub>.** Übereinstimmend mit der KG beschrieben drei der Rehabilitanden der KG<sub>depr</sub> die Einheiten als zu lang, „weil man dann auch gemerkt, (...) das war dann irgendwie schon wieder zu lang alles und dann driftet man sofort ab“ (2t1286/KG<sub>depr</sub>: 69).

### Gruppenatmosphäre

Die Gruppenatmosphäre während des Trainings wurde von den Rehabilitanden sehr divergent wahrgenommen (s. Tab. 25). In der IG wurde sie als sehr positiv empfunden. In der KG<sub>depr</sub> hingegen erlebten zwei der Rehabilitanden die Gruppen als solches sogar als hinderlich für das Training.

Tabelle 25: Beurteilung der Gruppenatmosphäre in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Gruppenatmosphäre		
		keine eindeutige Aussage	positiv	negativ
<b>IG</b>	8	-	8	-
<b>KG</b>	8	1	7	-
<b>IG<sub>depr</sub></b>	5	1	4	-
<b>KG<sub>depr</sub></b>	5	1	2	2

**IG.** In der IG herrschte eine einheitliche Zufriedenheit über die positive Gruppenatmosphäre, da sie den **Austausch mit Gleichgesinnten** ermöglichte, welcher über die Trainingsstunden hinaus bestand:

*„Ja, also die Gruppe, die wir hatten (...) es war alles auf einer Wellenlänge. Also wir haben untereinander (...) jeder hat so sein Päckchen zu tragen, wie man sagt. Aber irgendwo hatte jeder so das identische Päckchen. Der eine mehr das, der andere mehr das und es passte einfach untereinander. Die Harmonie stimmte, die Chemie stimmte. Und dadurch hatten wir also auch untereinander viel Spaß.“ (1t1104/IG: 39)*

Eine Rehabilitandin beschrieb darüber hinaus, dass die Gruppenatmosphäre für sie einen

**größeren Stellenwert einnahm als die theoretischen Inhalte:**

*„Wie gesagt, der theoretische Teil ist immer wichtig, war für mich aber zweitrangig und für mich war viel mehr wichtig in den Austausch mit den anderen Leuten zu kommen. Mehr oder weniger zu hören 'Denen geht es ja genauso. ' oder 'Die haben auch so eine ähnliche Baustelle.'“ (1t1105/IG: 31).*

**Dies begründeten die Rehabilitanden mit der durch die Gruppen erlebten sozialen Unterstützung:**

*„und dann von den anderen mehr oder weniger Ideen auch bekommen hat, Anregungen bekommen hat und somit eben in den direkten Austausch gehen konnte und sagen konnte: 'Mensch, ich habe das schon mal ausprobiert, mache du doch mal. ' oder so. Das hat mir eigentlich persönlich am meisten gegeben, ne?“ (1t1105/IG: 31).*

**KG.** In der KG empfanden sieben der acht Rehabilitanden die Gruppenatmosphäre als positiv. Lediglich ein Rehabilitand äußerte sich uneindeutig zu der Frage und erlebte vor allen Dingen die **Heterogenität der Gruppenteilnehmer und die Gruppengröße als schwierig:**

*„Schwierig, ja. Im Großen der Ansatz ist ok, aber ich sage mal die Gruppen sind, was ich ja schon mal gesagt hatte, zu groß eventuell. Dadurch zu unterschiedlich, die Leute die da drin sind und die Gruppengröße zu groß, weil das zu unterschiedlich was die auch hatten (...) in Zukunft wenn die kleiner sind die Gruppen und eventuell ein bisschen spezifischer, dann wäre das wahrscheinlich besser.“ (4t1030/KG: 33-37).*

**IG<sub>depr</sub>.** Eine Rehabilitandin der IG<sub>depr</sub> empfand die Gruppengröße als zu groß, da man *„sich ja in so einer großen Gruppe erst zueinander finden“* (4t1042/IG<sub>depr</sub>: 35-37) muss und die unterschiedlichen Charaktere das Entstehen von Gruppenkohärenz erschweren. Generell überwog aber die positive Meinung hinsichtlich der Gruppenatmosphäre, da die Rehabilitanden untereinander vom **gegenseitigen Austausch über ihre Problemlagen und mögliche Maßnahmen zur Problembewältigung** profitierten:

*„Und man kriegt aber auch Hinweise, wie kann man vielleicht dagegen vorgehen, dass das nicht so schlimm wird, wie es dann bei einem selber ist. Oder wie kann man dagegen angehen. Man hat ein unheimliches breites Feld, was man an Infos kriegt. Gute sowie schlechte. Um sich selber zu hinterfragen, ist das was man selber macht auch richtig. Weil, muss ja nicht richtig sein, was man macht, oder wie man reagiert hat. Und das finde ich, ist der große Vorteil in so einer Gruppe, sich auszutauschen.“ (2t1322/IG<sub>depr</sub>: 37-38).*

Auch in der IG<sub>depr</sub> wurden von der **hervorragenden Gruppenkohärenz** berichtet:

*„Ja, wir haben uns gegenseitig gut unterstützt jetzt in dieser Zeit und wir (...) haben auch alle vier an einem Tisch gegessen und diese kleine Gruppe hat mir sehr viel gegeben. Da ist jetzt leider schon eine abgereist, die konnte die vierte Woche nicht und-- Aber trotzdem das hat mir sehr viel gebracht. Das man immer mal jemanden zum Schnacken und Austauschen hatte und so mal darüber sprechen konnte, wie einem das nun gefallen hat und das fand ich gut.“ (1t1100/ IG<sub>depr</sub>: 23-24).*

**KG<sub>depr</sub>**. Die Ergebnisse der KG<sub>depr</sub> fielen im Gegensatz zu denen der anderen Bedingungen sehr unterschiedlich aus. Zwei der Rehabilitanden beurteilten die Gruppenatmosphäre positiv. Zwei Rehabilitanden kamen zu einer negativen Beurteilung, da es Ihnen **in der Gruppe schwerer** fiel, ihre **Probleme anzusprechen**:

*„(...) vielleicht liegt es auch an der Zusammensetzung von der Gruppe (...). Das ist, man sitzt hier am Tisch mit, ich habe sie nicht gezählt, wieviel Leuten und fängt dann an und soll hier erstmal abwägen was man sagt, ob man was sagt, wie man es sagt und ja. Am Anfang fühlte ich mich bisschen überfahren (...), ob es an der Gruppengröße lag oder an den jeweiligen Leuten, das kann ich nicht, will ich mir nicht anmaßen das zu sagen (...).“ (4t1028/KG<sub>depr</sub>: 35-39).*

Eine Rehabilitandin äußerte sich dagegen nicht eindeutig, da sie zwar die Vorteile der Gruppenatmosphäre beschrieb, aber sich dennoch ganz explizit **mehr Einzeltherapie** wünschte:

*„Ja, (...) ich habe den Eindruck, dass die Ärzte gereizt sind, wenn man nach Einzelbehandlungen fragt, weil ihr Konzept Gruppe, Gruppe, Gruppe ist, aber ich meine Einzelbehandlungen sind genauso gut oder spezifischer. (...). Ich meine eine gute Kombination davon, wäre auch nicht schlecht. (...) Die Gruppe ist sehr gut, man tauscht sich aus und spricht über solche Sachen.“ (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 107-109).*

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Rehabilitanden der IG und der KG unabhängig von der Bedingung das Training und seine Ziele beschreiben konnten und dabei insbesondere den Stellenwert des Erlangens eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses betonten. Auffällig war jedoch, dass sowohl die KG als auch die KG<sub>depr</sub> deutlich unkonkreter und kürzere Beschreibungen formulierten. Darüber hinaus wurden sowohl in der IG<sub>depr</sub> also auch in der KG<sub>depr</sub> die depressionsspezifischen Inhalte stärker betont.

Größere Unzufriedenheit mit der zeitlichen Struktur trat lediglich in der KG und KG<sub>depr</sub> auf. Beide Gruppen beschrieben, dass die Länge der Einheiten zum Ende der Stunde zu einem Konzentrationsverlust führte. Unabhängig von der Bedingung wurde sich eine bessere Integration des Trainings in den Rehabilitations-Ablauf sowie eine Ausdehnung der Inhalte auf mehrere Stunden und eine Kürzung der Stunden im Allgemeinen gewünscht.

Die Gruppenatmosphäre kann als überwiegend positiv beschrieben werden. Das Zusammengehörigkeitsgefühl schien in der IG besser ausgeprägt zu sein als in der KG. Die positiven Beschreibungen berichteten insbesondere von den Vorzügen der erlebten sozialen Unterstützung durch die Gruppe. Die negativen Beschreibungen thematisierten die Schwierigkeit, sich in einer heterogenen oder zu großen Gruppe frei zu äußern und demgemäß den Wunsch nach mehr Einzeltherapie.

### 3.3.3 Erlernte Handlungsweisen

Die Kategorie Erlernte Handlungsweisen beinhaltet Berichte der Rehabilitanden über Handlungsweisen, die sie im Training erlernt haben, die sie bereits anwenden und die ihnen besonders im Gedächtnis geblieben sind. Induktiv ergaben sich die Kategorien **Personale Ressourcen, Biopsychosoziales Krankheitsverständnis, Entspannung und Achtsamkeit** sowie **Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen**.

Sowohl in der KG als auch in der IG berichteten die Rehabilitanden, unabhängig von der Bedingung, mit insgesamt 160 codierten Aussagen eine Vielzahl von erlernten Handlungsweisen, die sich in folgenden Unterkategorien (s. Abb. 19) widerspiegeln. Insgesamt ist zu anmerken, dass die Rehabilitanden der KG und der KG<sub>depr</sub> erst nach mehrfachen Nachfragen erlernte Handlungsweisen berichteten.



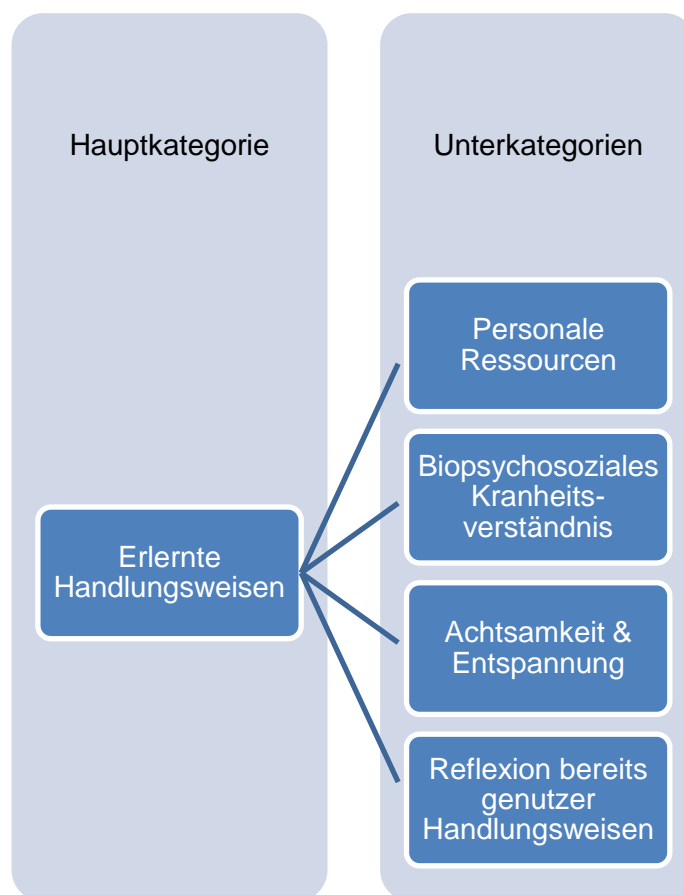


Abbildung 19: Hauptkategorie Erlernte Handlungsweisen mit Unterkategorien (N=26).

Das Erlangen von **personalen Ressourcen** und eines **biopsychosozialen Krankheitsverständnisses** wurde unabhängig von der Bedingung am häufigsten als erlernte Handlungsweise genannt, so schilderte eine Rehabilitandin:

*„Ja das ist, dass ich jetzt verstehe, dass es ein Kreislauf ist, wenn es mir nicht gut geht, geht es mir halt physisch auch nicht gut. Ja, wenn es mir psychisch nicht gut geht, wirkt es sich auf den Körper aus. Ja (I: Und diese Verbindung war für Sie jetzt neu?) Ja“ (2t1285/KG<sub>depr.</sub>: 35-39).*

Eine weitere Rehabilitandin beschrieb es mit folgenden Worten:

*„Also die zwei Wochen die ich bis jetzt hier bin, haben mir insofern viel gebracht, dass es meinem Kopf mal Klick gemacht hat, weil ich bin ja auch eine Patientin die chronische Schmerzen hat seit 6 Jahren. Ich hab das bis jetzt noch nie so direkt mit meiner Psyche in Verbindung gebracht, die Schmerzen, aber die spielen dabei natürlich auch eine Rolle (...).“ (1t1089/KG: 10-11).*

Tabelle 26 enthält eine Übersicht über die am häufigsten genannten erlernten Handlungsweisen der einzelnen Rehabilitanden:

Tabelle 26: Erlernete Handlungsweisen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität ( $N=26$ ).

Bedingung	n	Erlernete Handlungsweisen				
		Personale Ressourcen	Biopsychosoziales Krankheitsverständnis	Achtsamkeit und Entspannung	Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen	Keine
<b>IG</b>	8	2	4	2	-	-
<b>KG</b>	8	2	4	2	-	-
<b>IG<sub>depr</sub></b>	5	3	2	-	-	-
<b>KG<sub>depr</sub></b>	5	3	-	-	1	1

Darüber hinaus beantwortete die Mehrzahl der Rehabilitanden ( $n=17$ ) die Fragen „Ob Sie sich für den Alltag gerüstet fühlen?“ mit „ja“ (s. Tab. 27). Zwölf Rehabilitanden gaben an, dass sie unsicher wären mit der Tendenz zu „ja“, aber erst prüfen müssten „*ob ich auch zuhause damit so zurechtkomme wie ich mir das jetzt vorgenommen habe.*“ (2t1282/KG: 139). Lediglich eine Rehabilitandin der KG verneinte die Fragen, da sie befürchtete in alte Muster zu verfallen (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 85-86).

Tabelle 27: „Für den Alltag gerüstet“ in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität ( $N=26$ ).

Bedingung	n	Für den Alltag gerüstet?		
		Ja	mittelmäßig	Nein
<b>IG</b>	8	6	2	-
<b>KG</b>	8	6	2	-
<b>IG<sub>depr</sub></b>	5	3	2	-
<b>KG<sub>depr</sub></b>	5	2	2	1

Da die inhaltlichen Begründungen für die Unterkategorien identisch sind, erfolgt hier keine separate Darstellung der Ergebnisse in Abhängigkeit der Bedingung.

### Personale Ressourcen

Die Gewinnung personaler Ressourcen als erlernte Handlungsweisen wurde sowohl in der IG, IG<sub>depr</sub> als auch in der KG<sub>depr</sub> von jeweils drei Rehabilitanden berichtet. In der KG berichteten diese Handlungsweise fünf Rehabilitanden. Die Rehabilitanden berichteten in diesem Kontext, dass sie durch das Training insgesamt „**stärker, auch selbstbewusster in vielen Sachen**“ (3t0103/IG<sub>depr</sub>: 67-68) geworden sind. Diese Kategorie umfasst jedoch ebenso das Erlangen von Erkenntnissen im Umgang mit **belastenden Situationen im beruflichen Kontext**, wie z. B. die Akzeptanz von Situationen, die nicht veränderbar sind:

*„Es gibt Sachen bei denen ich etwas verändern kann und bei denen ich nicht alles verändern kann, z. B. beruflich. Das ist so vorgegeben und das kann ich nicht ändern (...), das sind alles Sachen, die ich nicht bestimmen kann und dieser Stress wird auch bleiben.“* (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 52-55).

Ein Schwerpunkt aus Rehabilitandensicht lag dabei jedoch darin, sich **abzugrenzen** bzw. „Nicht immer alles zu machen“ (1t1105/IG: 20-23) und „**Nein (zu) sagen**“ (2t1320/IG<sub>depr</sub>: 65-66). Dies bezog sich hauptsächlich auf arbeitsbezogene Belastungen bzw. auf die „**beruflichen Dinge**“ (2t1320/IG<sub>depr</sub>: 65-66). Eine Rehabilitandin fasste dies wie folgt zusammen:

*„Ja, dass ich mir das jetzt halt vorgenommen habe, dass ich doch auch Mal 'Nein' sage, dass ich mir das dann in Erinnerung rufe. Ja, (...), dass ich nicht Ja sagen muss, dass ich Nein sagen darf.“* (2t1285/KG<sub>depr</sub>: 139).

### Biopsychosoziales Krankheitsverständnis

Das Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zählte zu den am häufigsten genannten erlernten Handlungsweisen innerhalb des Trainings Debora. In der IG berichteten sechs in der KG sieben, in der IG<sub>depr</sub> drei und in der KG<sub>depr</sub> vier Rehabilitanden über diese erlernte Handlungsweise. Vordergründig wurde von den Rehabilitanden berichtet, dass sie nun verstehen würden, wie die Schmerzen entstehen und demzufolge ein neues Verständnis ihres Krankheitsbildes erlangt hätten:

*„Man beleuchtet die Sachverhalte von verschiedenen Blickwinkeln aus, wo man eben nicht vorher wusste warum. Man hat eben Schmerzen, man hat sich aber nicht groß überlegt warum und wie sind sie überhaupt entstanden, was verstärkt die Schmerzen, was kann man dagegen tun.“* (3t0104/IG: 25).

Dieses neue Schmerzverständnis bezog sich insbesondere auf die **kognitive Ebene**:

*„Der Inhalt in meinen Augen für mich war einfach, mir zu zeigen, wie viele Sachen passieren. Sei es Stress, sei es depressive Episoden. Dass vieles einfach im Kopf stattfindet. Und der Kopf uns im Endeffekt auch blockiert.“* (2t1322/IG<sub>depr</sub>: 63-64).

Darüber hinaus berichteten die Rehabilitanden das Erlangen von **Schmerzakzeptanz auf Verhaltensebene**, wie z. B.:

*„sich selber klar zu werden, man bildet es sich nicht ein, man hat die Schmerzen und jeder hat andere Schmerzen oder jeder empfindet auch die Schmerzen auch anders und das man die Schmerzen nicht einfach verdrängen sollte, sondern man sollte auch sagen 'Okay, du hast die Schmerzen, die werden dich auch weiterhin begleiten, aber du hast Möglichkeiten sie anders wahrzunehmen oder sie nicht ganz in den Vordergrund drängen zu lassen.“* (3t0104/IG: 41).

Dazu zählten ebenso die Strategien des **positiven Umgangs** mit Schmerzen, die sie im Training kennen gelernt hatten, wie z. B. eine positivere Einstellung:

*„Ich versuche positiver, positiv damit umzugehen überhaupt und ich versuche erst einmal um die Tabletten drum herum zu arbeiten mit irgendwie Gymnastik oder Entspannung oder Sonstigem und da haben wir ja ganz viel gelernt (lacht).“* (2t1282/KG: 101).

Überwiegend beschrieben die Rehabilitanden jedoch **Ablenkungsstrategien**, dessen Nutzen ihnen durch das Erlangen des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses bewusster geworden ist:

*„Ja, halt versuchen erst einmal gar keine Schmerzen zu erwarten, also nicht denken, wenn es irgendwo piekst, da könnte jetzt wieder etwas kommen oder dass man denn gleich so eine Angst entwickelt es könnten wieder Schmerzen auftauchen, sondern dass man einfach sagt 'Okay, wird schon.' und sich dann einfach mit irgendwelchen Dingen ablenkt mit etwas Schönerem, mit Musik oder so irgendetwas.“* (2t1282/KG: 111).

### **Achtsamkeit und Entspannung**

In der IG und der KG berichteten jeweils fünf, in der IG<sub>depr</sub> drei und in der KG<sub>depr</sub> zwei Rehabilitanden von Achtsamkeit und Entspannung als erlernte Handlungsweisen. Sie berichteten, dass es ihnen nun leichter fallen würde *„hier mal loslassen, mal für sich auch was tun, entspannen.“* (3t0105/IG: 84-85). Aus Sicht der Rehabilitanden würde ihnen das helfen sich **vom Schmerz abzulenken**, damit man

*„mal ganz zur Ruhe kommt, mal ganz tief durchatmet und mal die Augen zu macht und mal an gar nichts denkt, das bringt schon was, (...) dann vergisst man auch mal*

*die Schmerzen.“ (1t1085/KG: 52-55).*

Aber nicht nur die Ablenkung durch Entspannung, sondern auch die **Konzentration auf schöne Momente** wurde von den Rehabilitanden beschrieben:

*„Was ist einem wichtig', einfach mal inne halten, mal nicht so dieses Stressding, sondern einfach mal konzentrieren 'Was wäre jetzt schön?', 'Was würde mir gut tun?'. Einfach mal sich alleine nur die Zeit nehmen, um darüber nachzudenken. Ich glaube das ist schon ein ganz, ganz wichtiger Punkt. Ja, das nehme ich mir eigentlich mit! Ja, mal inne zu halten, mal zu sagen: 'Stopp jetzt mal, rieche mal: Frühling.'“ (1t1105/IG: 68-71).*

Besonders die **alltagsnahe Durchführbarkeit** die erlernte Handlungsweisen aus dem Bereich Achtsamkeit und Entspannung war für die Rehabilitanden relevant:

*„Ja, wie gesagt (...), wenn ich jetzt mal Pause habe und mich mal hinsetze, dann mache ich die Augen zu und dann mal ganz tief atmen, das bringt schon viel, das man mal zur Ruhe kommt. Kann man mal zwischendurch gut machen, auch so im Arbeitsleben, wenn man mal allein ist, das man mal 5 Minuten die Augen zu macht und an gar nichts denkt.“ (1t1085/KG: 52-55).*

Dies führte dazu, dass die Rehabilitanden diese Übungen bereits in der Rehabilitation durchführen konnten: *„das mit der Achtsamkeit und Genusstraining, habe ich ausprobiert“ (2t1270/KG: 128-133).*

### **Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen**

Die Rehabilitanden beichteten ebenso, dass es ihnen durch die Teilnahme am Training ermöglicht wurde, bereits genutzte oder bekannte Handlungsweisen zu reflektieren. Dies wurde in der IG von vier, in der IG<sub>depr</sub>, KG sowie KG<sub>depr</sub> jeweils von zwei Rehabilitanden berichtet. Eine Rehabilitandin berichtete, dass sie sich bereits mit einer Vielzahl von Methoden und Strategien zur Schmerzbewältigung auseinandergesetzt hatte und daher *„waren sehr viele Inhalte schon bekannt“*, dennoch fand sie *„diese Motivation und Erinnerung doch wirklich auch für sich viel zu tun (...) eigentlich super.“ (1t1105/IG: 24-25).* Die Meinung, dass eine **Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen von Vorteil für die Ausübung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen** ist, teilten alle Rehabilitanden:

*„Gut, ein Teil wusste ich schon, aber es wird einem wieder bewusster, es wird einem wieder mehr in das Gedächtnis gerufen, dass man doch mehr darauf achten soll.“ (2t1275/KG: 66-68).*

### Zusammenfassung

Unabhängig von der Bedingung berichteten alle Rehabilitanden über eine Vielzahl von erlernten Handlungsweisen. Schwerpunktmäßig wurde jedoch von dem Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und personalen Ressourcen berichtet. Lediglich in der  $KG_{depr}$  gab es einen Rehabilitanden der keine erlernten Handlungsweisen berichten konnte.

Das Erlangen eines biopsychosozialen Verständnisses half den Rehabilitanden insbesondere eine Schmerzakzeptanz zu entwickeln und neue Strategien zur Bewältigung zu entdecken, wie z. B. die Ablenkung. Das Erlangen personaler Ressourcen bezog sich insbesondere auf eine bessere Selbstwirksamkeit und somit auf die Kompetenz sich insbesondere im beruflichen Alltag stärker abgrenzen zu können.

Sowohl Entspannungs- als auch Achtsamkeitsübungen wurden wegen ihrer Alltagsnähe besonders häufig berichtet. Die Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen unterstützte die Rehabilitanden dabei, bereits bekannte Handlungsweisen erneut im Alltag anzuwenden.

### 3.3.4 Barrieren

Die Hauptkategorie Barrieren beschreibt Hindernisse, die die Rehabilitanden bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens befürchten bzw. die ihnen schon bekannt sind. Diese spiegelt sich in den deduktiv gebildeten Unterkategorien **Belastungen**, **Volitions-mangel und alte Muster** sowie **Gesundheitliche Einschränkungen** wider (s. Abb. 20).

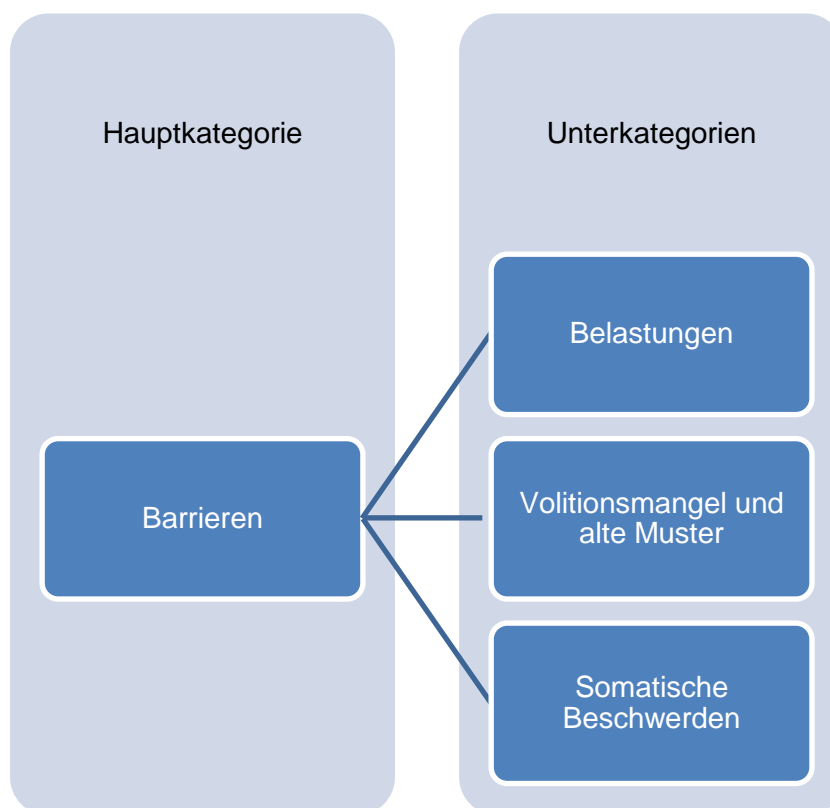


Abbildung 20: Hauptkategorie Barrieren mit Unterkategorien.

Unabhängig vom Depressivitätsgrad benannte sowohl die IG als auch die KG unterschiedlichste Belastungen als Hauptbarriere für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Tabelle 28 ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Belastungen, in Abhängigkeit der Bedingung. Da auch hier Mehrfachnennungen auftraten, wurden die Rehabilitanden den Barrieren zugeordnet, zu dem sie am häufigsten und ausführlichsten Aussagen gemacht haben:

Tabelle 28: Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Belastungen	Volitionsmangel	Gesundheitliche Einschränkungen	keine
IG	8	8	-	-	-
KG	8	7	-	-	1
IG <sub>depr</sub>	5	3	1	1	-
KG <sub>depr</sub>	5	4	1	-	-

### Belastungen

Die Belastungen die von den Rehabilitanden berichtet wurden, lassen sich in private und berufliche Belastungen unterteilen. In der IG berichteten sechs, in der KG fünf, in der IG<sub>depr</sub> drei und KG<sub>depr</sub> vier Rehabilitanden von **beruflichen Belastungen**, die Ihnen das Umsetzen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erschwerten. Dies spiegelte sich insbesondere in dem beruflich bedingten „**Zeitdruck**“ (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 70-71) wider. Der daraus resultierende **Stress** erschwerte, laut Aussagen der Rehabilitanden, die Umsetzung, da

*„einen der Stress wieder einholt, irgendwo. Dass man sich wieder dabei ertappt, das man sich wieder zu viel auflädt oder aufgeben lässt an Arbeit und das sehe ich sicher als Gefahr an. Und da muss man jetzt nur lernen da frühzeitig einzuschreiten, aber die Gefahr ist natürlich da. Das da dann zu viel auf einen einstürmt.“* (1t1085/KG: 66-67).

Dies würde auch dazu führen, dass man vorgenommene Verhaltensweisen nicht durchführt:

*„(...) dann muss das noch schnell (gehen), dann wird schnell schwer gehoben ohne Stapler, wo man sich dann eben eigentlich die Zeit dann nehmen müsste.“* (1t1085/KG: 82-83).

Darüber hinaus wurde auch der **berufliche Druck von Seiten des Arbeitgebers** als Belastung berichtet:

*„wenn man das jetzt in Ruhe anfängt dann hat man mehr Zeit, dass man auch versucht sich daran zu halten, aber wenn man ins kalte Wasser geschmissen wird-- Und so wie sich das anhört, weil schon mehrere krank sind (...). Ich habe noch Urlaub diese und nächste Woche, nach der Entlassung hier, aber ich kann mir schon gut vorstellen, dass da paar Anrufe kommen werden "Kannst du bitte."“* (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 66-67).



Zusammenfassend beschrieben die Rehabilitanden, dass sie über die beruflichen Belastungen **keine Kontrolle** hätten und dass es letztendlich

*„eine Frage der Einteilung und der Priorität (ist). Ich meine, wo ich natürlich keinen zeitlichen Einfluss drauf habe, ist meine Arbeit. Mit der ich meinen Lebensunterhalt verdiene. Alles andere ist aber noch irgendwie steuerbar (2t1295/KG<sub>depr</sub>: 149).*

Von **familiären Belastungen** berichteten in der IG sechs und in der IG<sub>depr</sub> jeweils zwei Rehabilitanden sowie in der KG und KG<sub>depr</sub> jeweils ein Rehabilitand. Diese familiären Belastungen äußerten sich oft in Form von **Mehrfachbelastungen Zuhause**, wie z. B. weitere pflegebedürftige Personen im Haushalt:

*„Ja, das der Alltagsstress einen wieder einholt, so Arbeit und Haushalt und pflegebedürftige Schwiegermutter. Ich habe schon Grenzen gesetzt, aber es fällt einem schwer so auch das 'Nein-Sagen' so 'Ich kann jetzt nicht, ich möchte nicht' oder so.“ (3t0105/IG: 73).*

Darüber hinaus wurde die **Nicht-Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Haushalt** als Belastung beschrieben:

*„Man kommt nach Hause, aus dem Auto raus und denn: Haus, Grundstück, Mann, Kind, Schwiegermutter, alter Nachbar, der ganz alleine da ist. Also, eigentlich von morgens bis abends Vollanschlag und dann zur Ruhe kommen 15 Minuten und denn schlafen. Ja, ja. Das macht der Körper nicht so lange!“ (1t1105/IG: 80-81).*

Als größtes Barriere im Zuge dessen, befürchteten die Rehabilitanden, sich sozial kompetent zu verhalten und sich **durchzusetzen** bzw. „Nein“ sagen zu können (1t1105/IG: 80-81):

*„Ja, ich bin im Schichtdienst tätig und ich habe einen schwer kranken Mann. Also, das wird nicht einfach und ich habe noch eine 90-jährige Mutter und alle wollen etwas von mir. Und da noch etwas rein bauen, das wird nicht einfach. Also, da werde ich mit Sicherheit mit der Faust auf den Tisch hauen müssen (-)'Das bin jetzt ich und nicht ihr und fertig.“ (1t1100/IG<sub>depr</sub>: 35-36).*

### **Volitionsmangel und alte Muster**

Eine **unzureichende motivationale Lage** als Barriere bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurde sowohl in der IG, KG als auch in der KG<sub>depr</sub> von vier Rehabilitanden befürchtet. Lediglich in der IG<sub>depr</sub> befürchtete dies nur ein Rehabilitand. Umgangssprachlich bezeichneten die Rehabilitanden den Mangel an

Motivation oftmals als „inneren Schweinehund“. Ein Rehabilitand fasste diese Barriere mit den folgenden Worten zusammen:

*„Da gibt es nur eins: Der Schweinehund. Das ist das einzige Hindernis, was es gibt. Dass man sich selber wieder Gründe sucht, warum kann man nicht. 'Ach nein, heute ist schlechtes Wetter. Und die Anziehsachen für das schlechte Wetter die sind noch weiß ich nicht wo. Da komme ich nicht dran. Und gleich kommt auch noch ein Freund vorbei.' und so. Diese Ausreden, die hab ich halt bis dato immer benutzt. Und die einfach zu umgehen. Dass es kein schlechtes Wetter gibt, nur schlechte Kleidung. Und das man dem Freund sagen kann 'Komm später' oder 'Gehst du mit?'. (...) Alles Sachen, die man kennt. Und ich glaube, der Schweinehund ist das einzig große Problem, das die meisten Menschen haben.“ (2t1322/IG<sub>depr</sub>: 93-94).*

Eine weitere Barriere in diesem Kontext stellt das **Verfallen in „alte Muster“** (2t1275/KG: 92-93) dar, welches den Rehabilitanden die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erschwert, da sie z. B. ihre Kollegen unterstützen möchten:

*„Nein, wird mir total schwer fallen das umzusetzen, weil ich kenne mich ja, (...) diese Rücksichtnahme auf junge Kollegen, (...) 'Ja, mache ich schon. Dann nehme ich dir die Arbeit ab'. (...)“ (1t1105/IG: 75-77).*

Es handelt sich dabei um gewohnte Verhaltensweisen, bei denen die Rehabilitanden befürchten, „dass es schwer ist sich umzuändern“, da es ihr „*Naturell*“ ist (1t1105/IG: 85-89).

### **Somatische Beschwerden**

Gesundheitliche Einschränkungen wurden von vergleichsweise wenigen Rehabilitanden, im Besonderen von jeweils zwei Rehabilitanden der IG und IG<sub>depr</sub>, keiner der KG sowie einer der KG<sub>depr</sub> als Barriere bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen befürchtet. Dies bezog sich insbesondere auf das Auftreten von „**zu starke(n) Schmerzen**“ (4t1042/IG<sub>depr</sub>: 127-131). Diese Schmerzen würden die Rehabilitanden dann von der Umsetzung ihrer Ziele abhalten:

*„Und das wird (...) längerfristig wahrscheinlich heißen, dass ich wieder Schmerzmittel nehmen muss und wieder auf Arbeit gehe. Wird nicht viel übrig bleiben von dem was ich hier mitgenommen habe.“ (4t1028/KG<sub>depr</sub>: 23).*

### Zusammenfassung

Als Hauptbarriere für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurden berufliche und familiäre Belastungen identifiziert. Aus diesen Belastungen resultiert laut Angaben der Rehabilitanden Zeitdruck der Stress bedingt. Insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Haushalt erschwert eine Umsetzung der erlernten Handlungsweisen. Zudem befürchteten die Rehabilitanden, dass ihnen die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen durch einen Kontrollverlust bzw. mangelnde Durchsetzungsfähigkeit erschwert würde. Die Befürchtung der Rehabilitanden einen Mangel an Motivation zu haben und/oder in alte Muster zu verfallen, stellt eine weitere Barriere dar. Somatische Beschwerden wurden hingegen eher von wenigen Rehabilitanden als Barriere benannt.

### 3.3.5 Barrierenmanagement

Die Hauptkategorie Barrierenmanagement umfasst Unterstützungsbedürfnisse der Rehabilitanden zur Bewältigung von Barrieren bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens. Daraus resultierten die deduktiv gebildeten Unterkategorien **Soziale Unterstützung**, **Personale Ressourcen** und **Gesundheit** (s. Abb. 21).

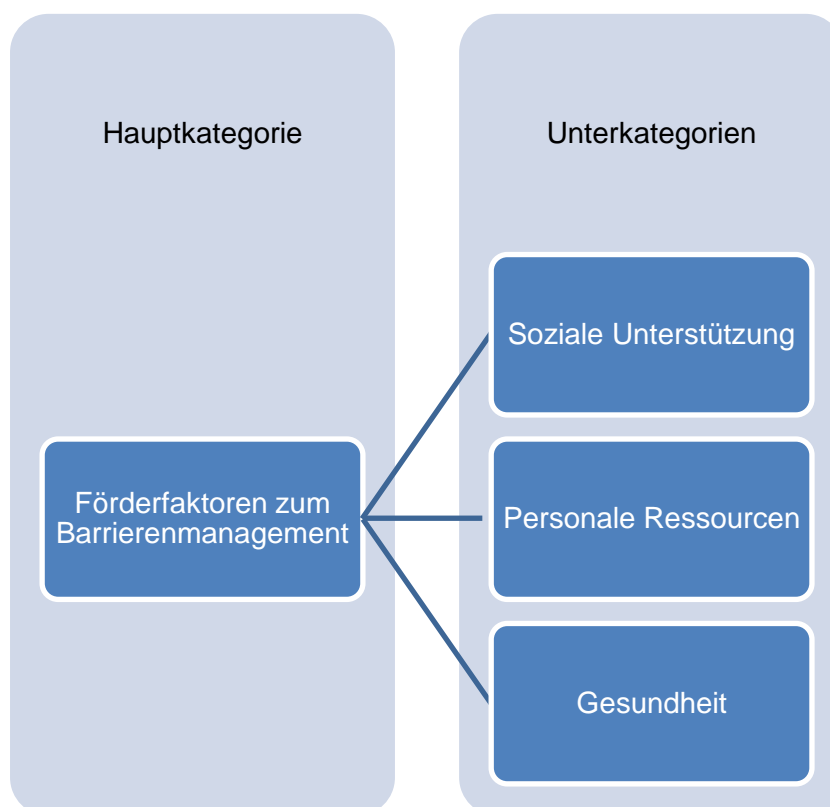


Abbildung 21: Hauptkategorie Förderfaktoren zum Barrierenmanagement mit Unterkategorien.

Sowohl die IG als auch die KG benannte, unabhängig vom Depressivitätsgrad, als Hauptwunsch soziale Unterstützung zum Barrierenmanagement. Die folgende Tabelle 29 ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Wünsche zum Barrierenmanagement, in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität. Aufgrund von Mehrfachnennungen wurden die Rehabilitanden dem Barrierenmanagement zugeordnet, zu dem sie am häufigsten und ausführlichsten Aussagen gemacht haben:

Tabelle 29: Förderfaktoren zum Barrierenmanagement in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).

Bedingung	n	Soziale Unterstützung	Personale Ressourcen	Gesundheit
IG	8	6	2	-
KG	8	6	2	-
IG <sub>depr</sub>	5	5	-	-
KG <sub>depr</sub>	5	4	1	-

### **Soziale Unterstützung**

Soziale Unterstützung als Förderfaktor zum Barrierenmanagement wurde unabhängig von der Bedingung von jedem der 26 Rehabilitanden gewünscht. Die Art der sozialen Unterstützung variierte dabei sehr stark und lässt sich daher nicht nach emotionaler, instrumenteller, informativer und evaluativer Unterstützung unterscheiden, da häufig alle Aspekte gesammelt beschrieben wurden. Überwiegend wurden Angebote der **Nachsorge in Form von Gruppenangeboten** gewünscht (n=13):

*„Dass man noch weiterhin etwas für sich macht, vielleicht Sport weiter machen, denn wenn man das verordnet bekommt dann zwingt man sich dazu und weiß das man in einer Gruppe ist und alle kommen, dann muss ich auch hin, aber alleine denkt man 'Heute kann ich nicht, morgen habe ich das da kann ich nicht, übermorgen das...!'“ (1t1087/KG<sub>depr</sub>: 85-90).*

Diese Form des Gruppenangebotes würde aus Sicht der Rehabilitanden insbesondere bei der **Volition der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen** unterstützen:

*„Der Tritt in den Allerwertesten, ja? Also, mein eigener Tritt wäre am schönsten, aber alleine wenn man, wie gesagt, Leute hat die mitziehen würde mich unterstützen. (...) Wenn die sagen: 'Lass' doch mal. Machen wir schon.' würde mir schon helfen zu merken 'Ok, die sehen mich als Person.'“ (1t1105/IG: 78-79).*

Ganz explizit wurde von mehreren Rehabilitanden gewünscht, ein **Gruppenangebot** zu erhalten, dass auf dem **Training Debora** aufbaut und in der **alten Gruppenzusammensetzung** stattfindet:

*„Dann hockst du dich da zwei Stunden hin und machst dein Programm. (...) Oder so wie Debora. (...) Dass man das einfach nicht aus den Augen verliert. Dass man das so ständig dran erinnert hat: 'Hallo, so geht es!'“ (2t1281/KG: 252-261).*

Abgesehen von den Gruppenangeboten wünschten sechs Rehabilitanden eine

**persönliche Betreuung, wie z. B. „ein Gesundheitspartner“** (2t1270/KG: 184-185) oder wie eine Rehabilitandin zusammenfassend beschreibt:

*„ich hätte gerne immer jemanden der auf meiner Schulter sitzt und denn öfter mal eines mit dem kleinen Hämmerchen gibt, wenn denn wieder gesehen wird. Doch, das würde ich mir wünschen eigentlich. Jemanden zu haben, der ein bisschen streng mit mir ist.“* (1t1105/IG: 91-94).

Darüber hinaus würde aus Sicht von acht Rehabilitanden ebenso eine **intensive „Psychologische Hilfe“** (2t1286/KG<sub>depr</sub>: 97) **bzw. therapeutische und/oder ärztliche Betreuung** beim Barrierenmanagement unterstützen. Diese kontinuierliche Betreuung würde vor allen Dingen als Ansprechpartner bei Schwierigkeiten genutzt werden, wie folgende Rehabilitandin formulierte:

*„(...) dass ist so wenn du hier drei, vier Wochen warst, denn bist du weg und denn bist du weg praktisch. Denn hat er, ihre Klinik auch nichts mehr damit zu tun, das finde ich auch schade. Es wäre schon schöner, wenn man da so ein bisschen dran bleiben könnte (...), wenn ich da irgendwie so ein Anlaufpunkt hätte, wenn ich jetzt soweit bin zu sagen 'Boah, ich glaube ich schaffe das nicht', dass mir denn jemand helfen könnte, wäre natürlich schön.“* (2t1270/KG: 181).

Dieses **Nachsorge-Angebot** wünschten sich die Rehabilitanden auch von den **Rehabilitationseinrichtungen**:

*„(...) sagen wir mal so, von der Reha her immer mal ein Anschreiben oder auch einmal eine Rückfrage 'Wie geht es Ihnen? Was tun Sie inzwischen?', das wäre schon einmal nicht verkehrt. (...) Dass man danach trotzdem noch die Möglichkeit hat da weiter zu machen. Das ist ja auch nicht immer so gegeben.“* (2t1275/KG: 106-109).

Abgesehen von sozialer Unterstützung von außen, wurde ebenso die **„Unterstützung der Familie“** von sechs Rehabilitanden thematisiert und erwünscht (2t1275/KG: 94-99).

Zudem wünschten sich acht Rehabilitanden soziale Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers. Dieser Wunsch äußerte sich in Form von **auf die Bedürfnisse ausgerichteten Arbeitsmaterial**, wie z. B. *„Ein Sitzkissen für das Büro“* (2t1325: 83-85) oder *„einen anderen Schreibtisch“* (3t0104/IG: 52). Des Weiteren wurde eine *„Eine ordentliche Arbeitsplanung“* (1t1085/KG: 68-69) gewünscht, um mehr *„Entlastung bei der Arbeit“* zu haben (3t0105/IG: 86-87).

Sieben Rehabilitanden wünschten sich generell mehr **„Zeit“, Entlastung bzw. Freiraum** (4t1028/KG<sub>depr</sub>: 147), um die Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens besser in ihren Alltag integrieren zu können bzw.

*„(...) damit ich das machen kann, was mir gut tut und ja, nicht so viel (-). Und das ich*

*dann alles stressfreier organisieren könnte, wenn man zu Hause mehr seine Ruhe hat und nicht gut abschalten kann und keine Sorgen im Kopf hat, dann ist man vielleicht auch mit der Arbeit zufriedener (...).“ (1t1087/KG<sub>depr.</sub>: 91-94).*

### **Personale Ressourcen**

Ein weiterer Wunsch von 14 Rehabilitanden zum Barrierenmanagement war die Generierung personaler Ressourcen. Personale Ressourcen umfassen aus Sicht der Rehabilitanden positive Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit. Die Rehabilitanden beschrieben dabei insbesondere die **Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit zur Volition**, um die erlernten Kompetenzen ausführen zu können

*„Ja, weil es eben der Schweinehund ist den man überwinden muss, den habe ich jetzt hier sozusagen in den ersten zwei Wochen überwunden. Ich muss jetzt nur sehen, dass ich das auch aufrecht erhalte und nicht Zuhause wieder ganz in alte Muster ver falle. Das ist jetzt eben auch der Kampf halt, die Disziplin die man dann auch an den Tag legen muss.“ (3t0104/IG: 23).*

Dieses Gefühl des eigenen Wirkens wird auch in dem Wunsch der Rehabilitanden deutlich, **angemessen Grenzen zu setzen** bzw. „Nein-Sagen“ und somit eine **internale Kontrollüberzeugung** (1t1089/KG: 72-73) zu besitzen. Dies ist für die Rehabilitanden insbesondere deswegen von Interesse, weil Sie ihr neu **gestärktes Selbstwertgefühl** erhalten möchten:

*„Ich hoffe, dass mir das auch gelingt wie hier, mehr an mich zu denken, dass ich im Vordergrund stehe, weil das habe ich in letzter Zeit gerne vernachlässigt, immer für andere da sein, man muss ja, 'Kannst die Kollegen ja nicht alleine lassen'. Heute denke ich mehr an mich, es ist meine Gesundheit, die darunter leidet, (...).“ (2t1275/KG: 90-91).*

### **Gesundheit**

Eine körperliche und psychische Gesundheit bzw. die Befreiung von Schmerzen, wie z. B. *„ganz klar die Schmerzfreiheit. Da die aber nicht ganz so geht, einfach die Unterstützung das es so bleibt wie es jetzt gerade ist“ (3t0103/IG<sub>depr.</sub>: 69-70)* wurde lediglich von zwei Rehabilitanden explizit als förderlich für das Barrierenmanagement genannt. Darüber hinaus zählte es nicht zu den Hauptwünschen zum Barrierenmanagement.

### Zusammenfassung

Innerhalb der IG als auch der KG wurde, unabhängig vom Depressivitätsgrad, soziale Unterstützung als Hauptwunsch zum Barrierenmanagement geäußert. Unter sozialer Unterstützung wurde hauptsächlich Nachsorge in Form von Gruppenangeboten, persönliche Betreuung, aber auch therapeutische und psychologische Weiterbegleitung verstanden. Neben sozialer Unterstützung von Seiten der Rehabilitationseinrichtung wurde sich jedoch vor allem instrumentelle Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers gewünscht. Weitestgehend wurde auch der Wunsch nach mehr Freiraum zur Ausübung der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gewünscht.

Der Wunsch, die gestärkten personalen Ressourcen insbesondere die Selbstwirksamkeit aufrecht zu erhalten, um im Alltag "Grenzen zu setzen", war ebenso ein ausgeprägter Wunsch der Rehabilitanden.

Die somatische Gesundheit spielte aus Rehabilitandensicht nur eine untergeordnete Rolle als Förderfaktor zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.



### 3.4 Diskussion

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellungen sollen nun ausgewählte Ergebnisse in die Literatur eingeordnet und diskutiert werden. Die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen werden in einem zweiten Schritt unter Kapitel 3.5 tabellarisch dargestellt, um diese abschließend und ausführlich unter Kapitel 7 zu erläutern.

**Akzeptanz.** Die positiven Aussagen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit stellen ein wichtiges Qualitäts- und Ergebniskriterium dar (Zimmermann et al., 2014, S. 219). Dies bestätigen ebenso die Resultate hinsichtlich der Inhalte, die sich an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientierten. Es ist davon auszugehen, dass die **Bearbeitung favorisierter Themenbereiche die Beurteilung der Zufriedenheit positiv beeinflusst hat** (Faller et al., 2015). Die schlechter ausfallenden Angaben zur Zufriedenheit, hingen insbesondere mit den Depressivitätsmerkmalen und der Kontrollbedingung ( $IG_{depr}$ , KG;  $KG_{depr}$ ) zusammen. Dies kann weiterhin als Überlegenheit des Depressionspräventionsmoduls interpretiert werden.

Außerdem beeinflusste der Therapeut die Zufriedenheit. Dieser Einfluss wirkte sich in der KG im Vergleich zur IG deutlich negativer aus. Dieser Aspekt der Zufriedenheit wurde nicht explizit im Leitfaden erfragt, dessen Spontannennungen sind für die Ergebnisse umso relevanter. Die Dozenten übernehmen nach Ströbl et al. (2009, S. 167) eine Schlüsselrolle für die Schulungsqualität und können sich bei Abweichung der Ausführungsintegrität oder spezifischen Charaktereigenschaften wirksamkeitsdämpfend auswirken (Beelmann & Karing, 2014, S. 130). Guter Unterricht sollte nach Seidel und Shavelson (2007) sowohl die Leistung als auch die Motivation der Teilnehmer fördern, ein „teilnehmerorientiertes Sozialklima“, eine „klare Strukturierung“ sowie eine „kognitive Aktivierung herstellen (Feicke & Spörhase, 2012, S. 302).

Die **Ausgewogenheit von Theorie zu Praxis** wurde von den Rehabilitanden unabhängig von Behandlungsgruppe und Depressivität bestätigt. Insbesondere die Anpassung an die Gruppe bei gleichzeitiger Manualtreue ist demnach besonders wichtig (Petermann, 2014). Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen den **Einflussfaktor Therapeut** auf Akzeptanz und Machbarkeit und demzufolge die gesamte Beurteilung des Trainings aus Sicht der Rehabilitanden. Für die Qualität der Implementationsforschung sind somit nicht nur die Manualtreue relevant, sondern ebenso **didaktische Mängel** in der Umsetzung von Patientenschulungen (Feicke & Spörhase, 2012).

**Machbarkeit.** Die Machbarkeit ist ein weiterer wichtiger Faktor, der bestimmt, in welchem Ausmaß eine neue Intervention eingesetzt werden kann (Petermann, 2014). Insbesondere die Beschreibungen des Trainings durch die Rehabilitanden verdeutlichen, dass die **Nachvollziehbarkeit und Transparenz**, hinsichtlich der Ziele der Intervention und somit eine klare Strukturierung gegeben sind (Feicke & Spörhase, 2012). Darüber hinaus werden die Ergebnisse dadurch bestätigt, dass die Mehrzahl der Rehabilitanden das Training als angemessen und demnach zielgruppengerecht beschreibt. Die Übereinstimmung von Zielen und Inhalten trägt nach Feicke und Spörhase (2012, S. 303) zu einem guten Lernprozess bei.

Die **zeitliche Struktur** des Trainings wird von den Rehabilitanden sehr divergent beurteilt. Stärkere Kritik kommt von Seiten der KG ohne und mit erhöhtem Grad an Depressivität. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass der Interventionszeitraum der KG wesentlich kürzer ist bzw. es an Raum für die Reflexion des Erlernten mangelt und demzufolge der Inhalt zu verdichtet wirkt. Es werden von den Rehabilitanden hauptsächlich **kürzere Einheiten** gefordert, da die Länge der Einheiten zu einem Konzentrationsverlust führt. Die Rehabilitanden führten dies auf die starke Bündelung und die schlechte Integration in den weiteren Reha-Ablauf zurück. Die stärkere Dissemination von Schulungskonzepten stellt eine Herausforderung für die Klinikroutine dar (Brandes et al., 2008; ZP, 2009). Zu den Hindernissen zählen häufig auch ungünstige strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen (Faller et al., 2011a, S. 291). Dies sollte beim zukünftigen Einsatz des Trainings in der VMO Berücksichtigung finden. Nach den Leitlinien von Reese und Mittag (2013a) für psychische Interventionen in der Rehabilitation von CRS wird ebenfalls ein mindestens vierstündiges Schmerzbewältigungstraining sowie eine intensivere schmerzpsychotherapeutische Gruppenbehandlung gefordert. **Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der Umfang der KG von 4 Stunden keinesfalls für die Behandlung der belasteten Rehabilitanden in der VMO ausreichend ist.**

Die **Gruppenatmosphäre** wird durch unterschiedliche Biografien gekennzeichnet (Feicke & Spörhase, 2012, S. 303) und wird in der vorliegenden Studie durch die Generierung sozialer Unterstützung überwiegend als positiv beurteilt. Die positiv erlebte soziale Interaktion und Unterstützung geht mit einer besseren gesundheitlichen Anpassung einher und kann insbesondere bei vorhandener sozialer Unterstützung im Alltag zu einer besseren Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen beitragen (Mau & Smolenski, 2014). Die Wahrnehmung und Mobilisierung sozialer Ressourcen, die Problemanalyse, emotionale Entlastung durch Ausdruck von Gefühlen sowie das Akzeptieren der gegenwärtigen Situation sind mit einer Verringerung psychischer Belastungen assoziiert (Koch et al., 2011). Lediglich in der KG<sub>depr</sub> kommt es zu einer

negativen Beurteilung, was auf dem Wunsch einer patientenorientierteren Ausgestaltung zurückgeführt werden kann. Dies unterstreichen die Ergebnisse von Heyduck et al. (2011) sowie von Kleist und Beyer (2012) nachdem sich chronische Rückenschmerzpatienten und auch depressive Patienten generell einen ganzheitlichen Ansatz und eine patientenorientierte Ausgestaltung wünschen.

**Erlernte Handlungsweisen.** Die Ergebnisse veranschaulichen, dass insbesondere die erlernten Handlungsweisen auf Debora zurückgeführt werden können. Diese betreffen das Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, personaler Ressourcen, Achtsamkeit und Entspannung sowie die Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen.

Zu den am häufigsten berichteten erlernten Handlungsweisen innerhalb des Trainings Debora zählt das Erlernen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses. Demnach stimmt der Schwerpunkt des Trainings mit den Praxisempfehlungen von Reese und Mittag (2013a, S. 835) überein, indem Interventionen auf einem biopsychosozialen Ansatz basieren sollten. Insbesondere bei der Gestaltung von Interventionen im Bereich psychosomatischer Störungen wird die Berücksichtigung komplexer biopsychosozialer Zusammenhänge gefordert (Koch et al., 2011, S. 30). Das Ziel der Intervention Debora bei den Rehabilitanden ein **biopsychosoziales Krankheitsverständnis** zu schaffen, ist demnach erreicht.

Zudem ist davon auszugehen, dass der innovative Einsatz bzw. das Verhältnis von Theorie zu praktischen Übungen, im Gegensatz zur reinen Wissensvermittlung mittels Frontalunterricht, zusätzlich dem **Empowerment** sowie der **Generierung personaler Ressourcen** der Rehabilitanden dient, und demzufolge effektiver ist (Faller et al., 2011b). Das **Achtsamkeitstraining** als psychotherapeutisches Verfahren, wird eingesetzt zur Steigerung des Wohlbefindens, zur Stressbewältigung sowie im Umgang mit Depressionen (Heidenreich & Michalak, 2015). Laut Lutz (2011) kann sich die Steigerung der **Genussfähigkeit** positiv auf die Senkung der Skalenwerte Depression, Angst und Neurotizismus auswirken. Die aus den Ergebnissen resultierende hohe Anwenderfreundlichkeit dieser Übungen ermöglicht darüber hinaus eine bessere Alltagsimplementierung.

Die durch Debora ausgelösten **Reflexionsprozesse** könnten vertiefend und ergänzend in therapeutischen Einzelgesprächen thematisiert werden. Dies kommt zugleich dem Wunsch nach mehr therapeutischen Einzelgesprächen und dem stärkeren Einbezug der individuellen Problemlagen der Rehabilitanden nach.

Dennoch bestanden seitens der Rehabilitanden **Befürchtungen hinsichtlich der erfolgreichen Alltagsimplementierung**. Dies stimmt mit der Annahme der konstruktivistischen Didaktik überein, dass Gelerntes erst dann bedeutsam wird, wenn es sich als relevant bzw. lebenspraktisch erweist. Die Didaktik sollte somit nicht nur nach Inhalten und deren Vermittlung fragen, sondern ebenfalls die handlungsbezogene und lebenspraktische Bedeutung für den Lernenden beachten (Feicke & Spörhase, 2012).

**Barrieren und Barrierenmanagement.** Im Zusammenhang mit der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurde eine Vielzahl von Barrieren wie Belastungen sowie somatische Beschwerden benannt. Insbesondere **berufliche und familiäre Problemlagen** stellen demzufolge Barrieren dar. Dies wird durch Ergebnisse weiterer Studien (Grande & Romppel, 2010; Sibold et al., 2011) belegt.

Ein **Mangel an Volitionsstärke** stellt darüber hinaus eine weitere Barriere zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen dar. Folglich ist neben der Motivation ebenso die Volition ein wesentliches Element (Jahed et al., 2012), um langfristig eine Verhaltensänderung und Aufrechterhaltung erreichen zu können (Schwarzer et al., 2011).

Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Heyduck et al. (2011) zeigte sich, dass die Rehabilitanden sehr konkret Förderfaktoren benennen konnten, die sie bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen würden. Abweichend von der Literatur handelt es sich jedoch nicht um Schmerzreduktion (Buchholz & Kohlmann, 2014b) sondern vor allen Dingen um eine **Stärkung der vorhandenen Ressourcen** (Jegan et al., 2013). Hierbei stellt die **soziale Unterstützung eine entscheidende Ressource** für das Barrierenmanagement dar. Die Befürchtungen der Rehabilitanden vor einem Mangel an Unterstützung bestätigten die Ergebnisse von Dibbelt, Greitemann und Büschel (2006). Bei Betrachtung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe wurde darüber hinaus die **Stärkung personaler Ressourcen** als förderlich für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen beschrieben (Dirmaier & Härter, 2011). Diesen Ergebnissen zufolge könnte insbesondere eine ungenügende Nachsorge bzw. ein Mangel an sozialer Unterstützung ausschlaggebend für eine geringe Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen sein (Jahed et al., 2012). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen die Relevanz der Erfassung der Bedürfnisse für die stationäre VMO sowie die den Stellenwert der Stärkung personaler Ressourcen und den Ausbau vorhandener Nachsorgestrukturen.

### 3.5 Handlungsempfehlungen

Anhand der analysierten Literatur und aus den Ergebnissen der Einzelinterviews wurden für die Bereiche, in denen Optimierungsbedarf besteht, Handlungsempfehlungen in Tabelle 30 zusammengefasst. Eine tabellarische Übersicht aller Ergebnisse einschließlich der daraus resultierenden Implikationen ist dem Anhang C8 zu entnehmen. Eine ausführliche Ausformulierung der Handlungsempfehlungen erfolgt in Kapitel 7.

Tabelle 30: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 1.

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 1						
Hauptkategorien	Unterkategorien	Implikationen	IG	KG	IG <sub>depr</sub>	KG <sub>depr</sub>
Akzeptanz	Therapeuten- effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung der Beeinflussung der Schulungsqualität durch den Therapeuten</li> </ul>	x	x	x	x
	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung individuellere Problemlagen durch Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>Vertiefung von Inhalten, insbesondere des Alltagstransfers</li> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x	x	x
Machbarkeit	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kürzere Stunden bzw. Aufteilung der Inhalte auf mehrere Stunden</li> </ul>	x	x	x	x
		<ul style="list-style-type: none"> <li>bessere Integration des Trainings in Reha-Ablauf</li> </ul>	x	x	x	x
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x	x	x
	Gruppen- atmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wahrung der Gruppenkohärenz durch nicht-Überschreiten der Gruppengröße</li> <li>Berücksichtigung der individuellen Problemlagen durch Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x	x	x

<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	Personale Ressourcen und Selbstwirksamkeit	▪ Vermittlung von Methoden zur Stressbewältigung	x	x	x	x
		▪ Stärkung der Selbstwirksamkeit	x	x	x	x
		▪ Vermittlung alltagsnaher Methoden zur Schmerzbewältigung	x	x	x	x
<b>Barrieren</b>	Familiäre und berufliche Belastungen	▪ Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an Stress- und Schmerzbewältigungs- trainings	x	x	x	x
		▪ Aktivierung sozialer Unterstützung durch soziales Umfeld und Arbeitgeber	x	x	x	x
	Motivation und Volition	▪ Stärkung der Selbstwirksamkeit zur Volition	x	x	x	x
		▪ Feststellung der Behandlungs- oder Veränderungsbereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage	x	x	x	x
<b>Barrierenmanagement</b>	Soziale Unterstützung	▪ gezielte Berücksichtigung der Förderfaktoren und der Lebenswelt der Rehabilitanden	x	x	x	x
		▪ Hilfestellung bei Suche nach post-rehabilitativer Unterstützung	x	x	x	x
		▪ intensive psychologische und/oder ärztliche Betreuung	x	x	x	x
		▪ Implementierung psychoedukativer Ansätze und Gruppenangebote	x	x	x	x
		▪ Flächendeckende Etablierung post-rehabilitativer wohnortnaher Maßnahmen für Vereinbarkeit von Beruf und Nachsorge	x	x	x	x
		Personale Ressourcen	▪ Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit zur Volition durch Nachsorgemaßnahmen	x	x	x

### **3.6 Kernbotschaft**

Debora erzielte bei den Rehabilitanden eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz der Trainingsinhalte. Zudem wurde eine Vielzahl erlernter Handlungsweisen berichtet. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für die zielgruppenspezifische Konzeption des Trainings Debora und legen nahe, dass Debora sich als eine Form eines kognitiv-behavioralen Trainings gut für die Bedürfnisse von Patienten mit psychosozialen Belastungen eignet. Darüber hinaus legen die Ergebnisse der Untersuchung nahe, dass die Machbarkeit des Trainings gegeben ist und sich demzufolge für den Einsatz in die VMO eignet. Im Vergleich zwischen IG und KG wurde deutlich, dass die Teilnehmer der IG insgesamt zufriedener war, die Machbarkeit besser beurteilte und vor allen Dingen im Bereich der Erlernten Handlungsweisen, insbesondere beim Erlangen von personalen Ressourcen und eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, deutlich von der Teilnahme am Training profitierten. Dies spricht dafür, das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining nur in Kombination durchzuführen ist. Darüber hinaus ließe sich langfristig über eine gezielte Berücksichtigung der Barrieren und Förderfaktoren und somit der Lebenswelt der Rehabilitanden nicht nur die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen, sondern ebenso die Qualität der Angebote in den Rehabilitationseinrichtungen verbessern.

## 4 Teilstudie 2: Fokusgruppen Rehabilitanden

### 4.1 Fragestellung

Das vorliegende Forschungsvorhaben hat ebenso wie die Teilstudie 1 zum Ziel die Konzept-, Struktur- und Prozessqualität (formative Evaluation) des Depressionspräventionstrainings Debora bei der Rehabilitation von CRS zu untersuchen. Hier soll ein kollektives Orientierungsmuster der Fokusgruppe dargestellt und die Einzelmeinungen aus der Teilstudie 1 anhand dessen validiert werden (vertiefend s. Lamnek, 2010, S. 399ff). Im Gegensatz zur ersten Teilstudie wurden hierbei jedoch lediglich Rehabilitanden mit erhöhtem Depressivitätsgrad ( $KG_{depr}$  und  $IG_{depr}$ ) aus zwei Kliniken untersucht. Die Entscheidung dafür beruht auf dem sekundär- und tertiärpräventiven Fokus des Depressionspräventionstrainings. Es handelt sich wie bei der Teilstudie 1 um folgende Hauptfragestellungen:

- 1) Wie ist die Akzeptanz des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ )?
- 2) Wie ist die Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ )?

Darüber hinaus wurden ebenso folgende Nebenfragestellungen bearbeitet:

1. Welche erlernten Handlungsweisen werden von den Rehabilitanden explizit auf das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining ( $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ ) zurückgeführt?
2. Welche Barrieren erschweren aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ ) die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen?
3. Welche Förderfaktoren könnte aus Sicht der Rehabilitanden ( $IG_{depr}$ - $KG_{depr}$ ) das Management dieser Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen?



## 4.2 Untersuchungsdesign

In der Untersuchung der Fokusgruppen konzentrierten sich die Fragestellungen analog zu den Einzelinterviews auf die Akzeptanz und Machbarkeit des Depressionspräventionstrainings Debora sowie die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Die Erhebung fand im Rahmen von Fokusgruppen anhand eines Leitfadens statt. Die Interviews wurden elektronisch erfasst, transkribiert und anschließend unter Verwendung der Software MAXQDA 11 analysiert. Für eine Beantwortung der Fragestellung wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt.

**Leitfaden.** In jeder der vier Rehabilitationskliniken wurde angestrebt jeweils eine leitfadengestützte Fokusgruppe mit mindestens drei Rehabilitanden der zwei Untersuchungsgruppen am Ende der Rehabilitation zuführen. Der Leitfaden für die Fokusgruppe Rehabilitanden wurde vor Durchführung der Interviews ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Projektteam auf Vollständigkeit und Verständlichkeit hin überprüft. Es war keine Umformulierung der Fragen notwendig. Der Leitfaden war aufgrund der Erhebungssituation und der Möglichkeit ausführlicherer Antworten der Teilnehmer deutlich kürzer als der für die problemzentrierten Interviews. Dennoch wurde darauf geachtet, dass alle relevanten und durch die Gruppe beantwortbaren Fragen enthalten sind. Dies hatte jedoch zur Folge, dass insgesamt weniger Fragen gestellt und die Kategorie Barrieren und Barrierenmanagement zusammengefasst wurde. Folgender Leitfaden wurde für die Befragungen verwendet:

Tabelle 31: Leitfaden der Fokusgruppe Rehabilitanden.

<b>I</b>	<b>Einstiegsfrage</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wurden Ihre Erwartungen und Ziele, die Sie an die Rehabilitation hatten, erfüllt?	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat Ihnen das Training gefallen?	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Inhalte haben Sie im Training vermisst?	<input type="checkbox"/>

<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie haben Sie die Kombination aus Anleitung und Kleingruppenworkshops empfunden?	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich Ihr Umgang mit Ihrer Erkrankung durch das Training verändert?	<input type="checkbox"/>
2.	Was hat Ihnen in der Rehabilitation geholfen, um gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrem Alltag zukünftig besser ausüben zu können?	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Übungen waren für Sie für die Veränderung Ihres Verhaltens hilfreich?	<input type="checkbox"/>
<b>V</b>	<b>Barrieren und Barrierenmanagement</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was könnte Sie bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens unterstützen?	<input type="checkbox"/>
2.	Fühlen Sie sich durch das Training für den Alltag gerüstet?	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Ausstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wenn alles möglich wäre, was würden Sie sich dann für Unterstützungsangebote nach der Rehabilitation erhoffen?	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es nun noch etwas, das ich vergessen habe Sie zu fragen, oder etwas, das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>

Im Rahmen der quantitativen Studie wurden weitere Messinstrumente erfasst. Außer den Summenscores der ADS (Hautzinger et al., 2012) zu Rehabilitationsbeginn (t0), werden die Ergebnisse der quantitativen Erhebung in dieser Studie jedoch nicht näher beschrieben. Abschließend erfolgte die Erfassung der soziodemografischen Daten sowie von Fragen zur aktuellen Rehabilitationsmaßnahme.

**Akquise.** Die Akquise der Rehabilitanden erfolgte über eine Projektmitarbeiterin vor Ort, die über Inhalte, Ziele und Ablauf der Untersuchung informierte. Die Einwilligung in die Teilnahme erfolgte schriftlich. Die Befragungen dauerten 27:17 bis 51:52 Minuten mit durchschnittlich drei Rehabilitanden. Um die Anonymität der Interviewpartner zu gewährleisten, wurden die realen Namen durch Kennnummern ersetzt.

Um ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Erfahrungen abbilden zu können, wurden von Februar bis April 2015 in den VMO-Kliniken Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose „chronischer Rückenschmerz“, die mindestens 18 Jahre alt sind und deren sprachliche, physische und kognitive Fähigkeiten die Teilnahme erlauben, befragt. Für die Erhebung wurden insgesamt sieben Fokusgruppen mit 22 Rehabilitanden zum Messzeitpunkt t1 befragt. Aufgrund von mangelnder Ausführungsintegrität in einer der Kliniken, mussten 2 Fokusgruppen aus der Auswertung ausgeschlossen werden. Darüber hinaus kam in einer Klinik keine Fokusgruppe IG<sub>depr</sub> zustande, so dass diese ebenso vom

Vergleich ausgeschlossen wurde. Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurde für die Auswertung lediglich eine Stichprobe aus den Kliniken zwei und vier gebildet. Zu den Ein- und Ausschlusskriterien der Fokusgruppen zählten:

Tabelle 32: Ein- und Ausschlusskriterien der Fokusgruppen.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsgruppe: IG und KG</li> <li>▪ Depressivität: hohe Depressivität (IG<sub>depr</sub>, KG<sub>depr</sub>; lt. ADS Hautzinger et al., 2012 )</li> <li>▪ Messzeitpunkt: Rehabilitationsende (t1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depressivität: keine und niedrige Depressivität (IG, KG lt. ADS Hautzinger et al., 2012 ) (n=0)</li> <li>▪ Erfüllen der Lügenskala der ADS (n=0)</li> <li>▪ Mangel von Fokusgruppen für beide Bedingungen (KG<sub>depr</sub>, IG<sub>depr</sub>; n=2)</li> <li>▪ Leitung des Trainings durch eine Therapeutin, die die Ausführungsintegrität nicht berücksichtigte (n=8)</li> </ul>

Geschlechtsspezifische Aspekte wurden im Rahmen der Fragestellungen nicht explizit berücksichtigt, da Ziel das Erfassen eines kollektiven Orientierungsmusters und nicht von geschlechtsspezifischen Orientierungen war.

**Stichprobenbeschreibung.** Für die Studie wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit jeweils 2-4 Teilnehmern (N=12) zur Datenauswertung herangezogen. Es handelte sich dabei um homogene Gruppen, da die Teilnehmer der Fokusgruppen vor der Befragung nach Grad der Depressivität ausgewählt wurden und somit nur das Klientel mit erhöhten Grad an Depressivität widerspiegeln, jedoch nicht die gesamte Realgruppe, die am Training teilgenommen hat. Alle Befragten aus beiden Gruppen wiesen der ADS zufolge klinisch-auffällige Werte in der Depressivität auf (Cut-Off>22). Es handelte sich um acht Frauen und vier Männer (Alter 50-60 Jahre; M=52,27; SD=3,44). Folgende Tabelle 33 enthält eine Übersicht der Daten der Stichprobe.

Tabelle 33: Stichprobenbeschreibung der 4 Fokusgruppen (N=12).

ID	Bedingung* <sup>1</sup>	ADSt0	Alter	Geschlecht	Reha- Aufenthalte	Dauer Interview
2t1312	IG <sub>depr</sub>	29	56	weiblich	1	34:56
2t1313		41	52	männlich	-	
2t1317		40	54	weiblich	2	
4t1042	IG <sub>depr</sub>	25	53	männlich	3	27:17
4t1045		35	53	weiblich	1	
2t1293* <sup>2</sup>	KG <sub>depr</sub>	33	53	weiblich	-	51:52
2t1298		23	50	weiblich	1	
2t1300		48	60	weiblich	1	
4t1027	KG <sub>depr</sub>	44	58	männlich	2	33:24
4t1028		44	53	männlich	2	
4t1031		23	57	weiblich	3	
4t1034		32	61	weiblich	1	

\*<sup>1</sup> Bedingung: IG=Interventionsgruppe; IG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; KG=Kontrollgruppe; KG<sub>depr</sub>= Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22

\*<sup>2</sup> Von der Rehabilitandin 2t1293 lag zu t0 kein Fragebogen vor, so dass die Werte von t1 für eine Zuordnung der ADS herangezogen wurden. Aufgrund der hohen Werte zu t1 ist davon auszugehen, dass bei der Rehabilitandin bereits zu t0 ein erhöhter Grad an Depressivität vorlag.

Die Fokusgruppen wurden nach Behandlungsgruppe und Depressivität untersucht (s. Tab. 34):

Tabelle 34: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) der Fokusgruppen nach Behandlungsgruppe und Depressivität.

Bedingung	n	M ADS t0	SD ADS	M Alter
2FG_IG <sub>depr</sub>	3	36.67	6.66	54.00
4FG_IG <sub>depr</sub>	2	30.00	7.07	53.00
2FG_KG <sub>depr</sub>	3	34.67	12.58	54.33
4FG_KG <sub>depr</sub>	4	35.75	10.21	57.25

\*Bedingung: IG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; KG<sub>depr</sub>=Interventionsgruppe mit Grad der Depressivität >22; n=Teilstichprobe; Aufgrund von fehlenden Werten wurde kein Mittelwert für die Anzahl der Reha-Aufenthalte gebildet.

Es folgt eine kurze Beschreibung der Fokusgruppen, um die Gesprächsatmosphäre besser einschätzen zu können.

**Klinik 2FG\_IG<sub>depr.</sub>** Die Fokusgruppe IG<sub>depr.</sub> bestand aus zwei weiblichen Rehabilitandinnen und einem männlichen Rehabilitanden. Die Rehabilitandinnen waren im Schnitt 54 Jahre alt und haben alle bereits schon mindestens einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Keiner der Rehabilitanden hat vorab bereits an einem problemzentrierten Interview teilgenommen. Das Gespräch dauerte 51:25 Minuten und hatte eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre. Alle Rehabilitanden hatten einen ausgewogenen Part am Gespräch, so dass es keine Gesprächspartner gab, die das Gespräch dominierten. Jeder der drei Rehabilitanden gab an unter anderem mit der Erwartung in die Reha gekommen zu sein, die persönlichen psychischen Belastungen zu mindern. Eine Rehabilitandin fasste dies wie folgt zusammen:

*„Ja, ich habe Erwartungen gehabt hier her zu kommen, meine Depressionen usw., Burnout, die privaten Probleme alle los zu werden und damit umgehen zu können. Das einzige, was mir geholfen hat, war die Intensivgruppe. Das ging nach der ersten Woche, wurde es schon besser. Jetzt in den letzten Tagen habe ich verstärkt das gleiche Problem wieder. Ansonsten, ich muss sagen, unterm Strich, Reha war bei mir mangelhaft. Die Schmerzen sind geblieben.“ (2IG<sub>depr.</sub>/2t1313: 20).*

**Klinik 4FG\_IG<sub>depr.</sub>** Die Fokusgruppe IG<sub>depr.</sub> setzte sich aus einer Rehabilitandin und einem Rehabilitanden zusammen. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 53 Jahre. Der männliche Befragte hatte bereits dreimal, die weibliche lediglich einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Rehabilitand 4t1042 hatte vorab bereits an einem problemzentrierten Interview teilgenommen. Das Gespräch war mit 27:17 Minuten im Vergleich mit den anderen Fokusgruppen das kürzeste. Der Redefluss wurde oft dadurch unterbrochen, dass die Befragten nicht ausführlich genug auf die Fragen antworteten, was für Verständnisschwierigkeiten der Rehabilitanden spricht. Beide Redner hatten einen ungefähr gleich großen Anteil am Gespräch und ergänzten sich oftmals gegenseitig. Die Befragten aus Klinik 4 beschrieben, dass ihre Erwartungen an die Rehabilitation nicht gänzlich erfüllt wurden, sie aber doch weitestgehend zufrieden sind.

**Klinik 2FG\_KG<sub>depr.</sub>** Die Fokusgruppe KG<sub>depr.</sub> schloss drei weibliche Rehabilitanden ein. Die Rehabilitandinnen waren im Schnitt 55 Jahre alt und hatten alle bereits schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Keine der Rehabilitandinnen hatte vorab an einem problemzentrierten Interview teilgenommen. Das Gespräch dauerte 51:52 Minuten, war somit das längste Gespräch, und hatte eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre. Rehabilitandin 2t1298 gehörte eher zu den Hauptrednerinnen, wobei die anderen beiden Rehabilitandinnen einen ungefähr gleich großen

Gesprächsanteil hatten. Zu Beginn des Interviews gaben alle Rehabilitanden an, dass ihre Erwartungen an die Rehabilitation „*nicht wirklich*“ erfüllt wurden (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1300: 23). Dies lag daran, dass sie sich mehr Einzelgespräche gewünscht hätten bzw. eine individuellere Betreuung bzw. „*mehr Gespräche mit den Ärzten (...), dass die drauf eingehen, wie ich das empfinde*“ (2FG\_KG<sub>Depr</sub>/2t1298: 30).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>.** Die Fokusgruppe KG<sub>depr</sub> bestand aus jeweils zwei weiblichen und männlichen Rehabilitanden. Die Teilnehmer waren im Schnitt 57 Jahre alt und haben alle schon mindestens einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Der Rehabilitand 4t1028 hat vorab bereits an einem problemzentrierten Interview teilgenommen. Das Gespräch dauerte 33:24 Minuten und hatte eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre. Die Rehabilitandinnen 4t1031 und 4t1034 gehörten eher zu den Hauptrednerinnen, wohingegen Rehabilitand 4t1026 im Verhältnis sehr wenige Aussagen machte bzw. lediglich dem Gesagten zustimmte oder es verneinte. Drei der vier Rehabilitanden gaben an, dass ihre Erwartungen an die Rehabilitation erfüllt wurden. Eine Rehabilitandin hätte sich jedoch mehr Entspannung bzw. Massage erhofft als sie erhalten hatte (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1034: 14-26).

### 4.3 Ergebnisse

Es konnten insgesamt 4 Fokusgruppen (2FG\_IG<sub>depr</sub>  $n=3$ ; 4FG\_IG<sub>depr</sub>  $n=2$ ; 2FG\_KG<sub>depr</sub>  $n=3$ ; 4FG\_KG<sub>depr</sub>  $n=4$ ) berücksichtigt werden. Abbildung 22 fasst das Kategoriensystem mit den zentralen, deduktiv gebildeten Themenbereichen (Hauptkategorien) zusammen.

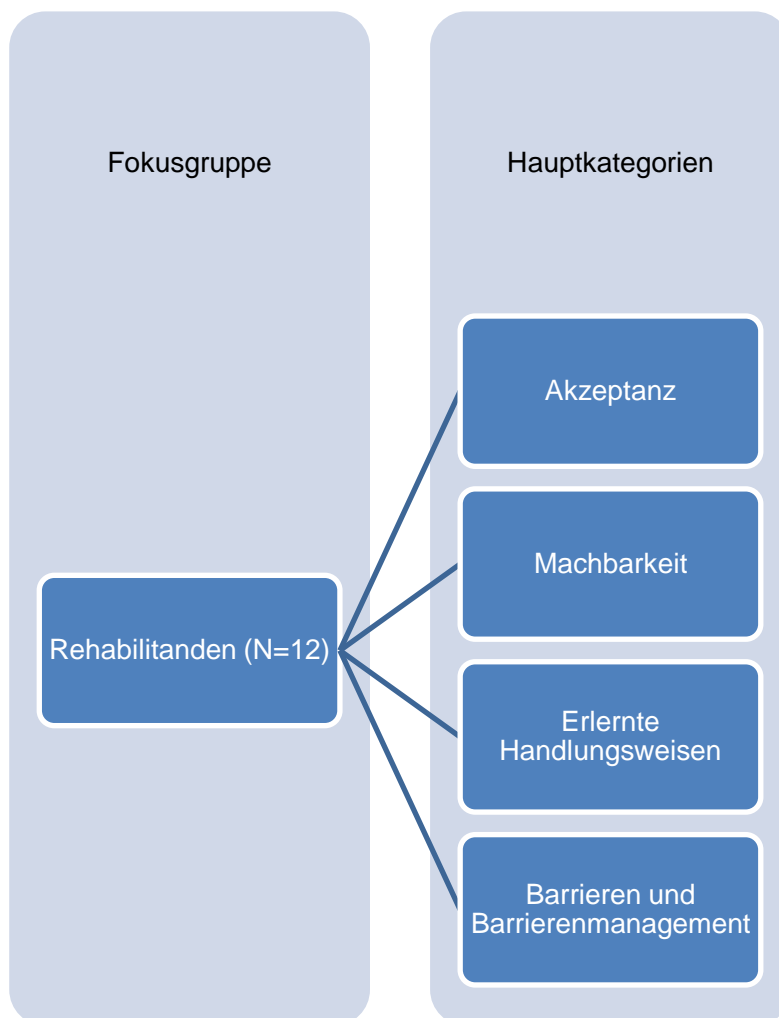


Abbildung 22: Hauptkategorien der Fokusgruppen Rehabilitanden (N=12).

Eine Gesamtdarstellung des Kategoriensystems inklusive Haupt- und Unterkategorien ist dem Anhang C7 zu entnehmen. Die Darstellung der Ergebnisse enthält einen klinikunabhängigen Vergleich zwischen IG<sub>depr</sub> und KG<sub>depr</sub>. Darauf folgen eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse der Fokusgruppen nach Kliniken und Bedingungen sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse am Ende der jeweiligen Hauptkategorie. Eine abweichende zusammenfassende Darstellung erfolgt in der Kategorie Barrieren- und Barrierenmanagement, da es dort eine Vielzahl von Überschneidungen in den Antworten gab.

### 4.3.1 Akzeptanz

Die Hauptkategorie Akzeptanz beinhaltet die Aussagen der Rehabilitanden hinsichtlich der **Zufriedenheit** der Inhalte. An dieser Stelle wird ebenso der **Therapeuteneffekt** berichtet, da dieser die Zufriedenheit der Rehabilitanden maßgeblich beeinflusst. Darüber hinaus werden Aussagen zu den **Inhalten** dargestellt (siehe Abb. 23).

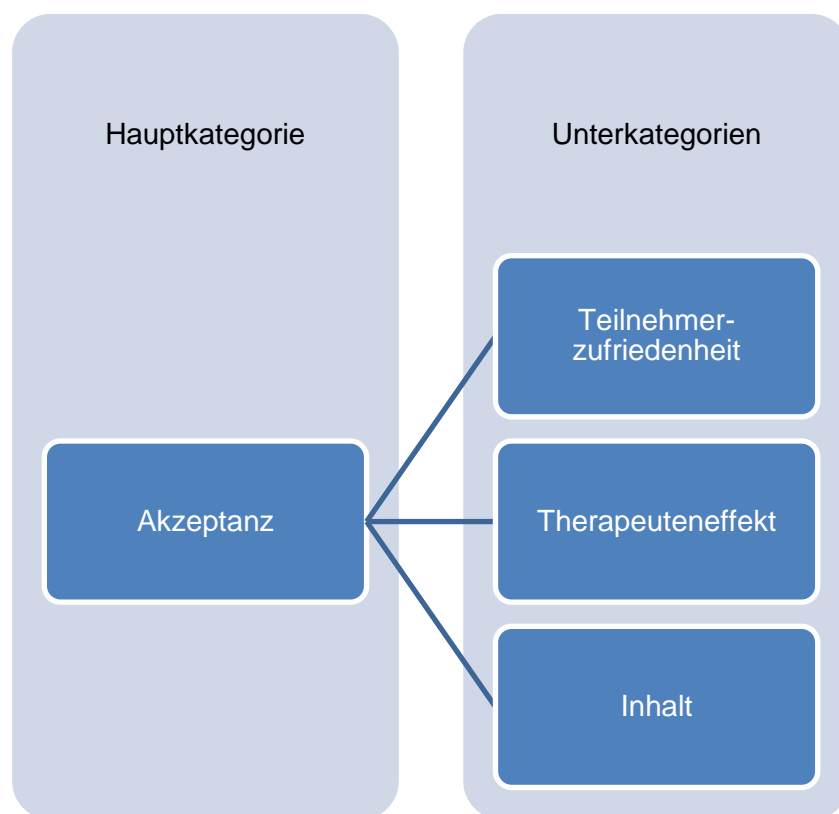


Abbildung 23: Hauptkategorie Akzeptanz mit Unterkategorien.

#### Teilnehmerzufriedenheit

Die Teilnehmerzufriedenheit fiel in den Fokusgruppen divergent aus. Insgesamt ist die der Fokusgruppen IG<sub>depr</sub> unabhängig von der Klinik deutlich höher als die der KG<sub>depr</sub>.

**2FG\_IG<sub>depr</sub>**. Die Rehabilitanden berichten unabhängig voneinander, dass ihnen das Training Debora insgesamt „**sehr gut gefallen**“ hat (2FG\_IG<sub>Dep</sub>/2t1312: 27), weil sie von der Gruppe und den Inhalten profitierten.

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Bezüglich der Beschreibung des Trainings gaben beide Rehabilitanden übereinstimmend an, dass der Start des Trainings etwas „*holperig*“ (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1042: 34) empfunden wurde, sie aber im Laufe des Trainings in der Gruppe „*von Stunde zu Stunde gewachsen*“ sein und dass ihnen das Training schon insgesamt **gut** gefallen hätte.



(4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1045: 26).

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Training gaben alle 3 Rehabilitanden an, dass sie etwas „*mitnehmen*“, aber lange **nicht alles „gebrauchen“** könnten, dass sie innerhalb des Trainings erlernt hätten (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1300: 72).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Training gab eine Rehabilitandin an, dass „*immer wieder dasselbe*“ durchgeführt wurde und dass sie es aufgrund dessen „**ermüdend**“ empfand (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1034r: 40-48).

### **Therapeuteneffekt**

In den IG<sub>depr</sub> herrschte eine positive Beurteilung des Therapeuten, wohingegen in den KG<sub>depr</sub> eher Defizite berichtet wurden.

**2FG\_IG<sub>depr</sub>**. Alle drei Rehabilitanden betonten die „**tolle**“ **Umsetzung** der Inhalte durch die Trainerin „*Doch, die Trainerin (anonym) hat das super gemacht.*“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1317: 40) und dass die Therapeutin die Inhalte „*sehr gut rüber gebracht*“ hat, so dass es „*jeder verstehen konnte*“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 41).

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Beide Rehabilitanden beschrieben das Training als „*recht praxisnah*“ und empfanden es nicht als Vortrag der Psychologin, sondern fühlten sich „*einbezogen und zum Mitdenken animiert*“ (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1042: 52). Sie gaben jedoch zu bedenken, von welcher Relevanz der Therapeut sowie die **kontinuierliche Betreuung durch ein und denselben Therapeuten** für die Durchführung des Trainings ist, da es bei ihnen während des Trainings aus gesundheitlichen Gründen einen Therapeutenwechsel gab:

„*dieses ganze Konzept in einer Hand bleibt und nicht, wie es bei uns ja war. 1 Stunde die vertretende Debora-Anleiterin (anonym) und das letzte Mal auch die vertretende Debora-Anleiterin (anonym), dass man das wirklich irgendwie versucht so zu legen, dass es ein- und dieselbe Person halt leitet, das wäre mir ganz wichtig für die nachfolgenden.*“ (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1042+4t1045: 170-198).

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Die Rehabilitanden der 2KG<sub>depr</sub> gaben an, dass die leitende **Therapeutin** „**bemüht**“ gewesen wäre (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293: 73), aber sie sich **insgesamt mehr Zeit für Diskussionen** erhofft hätten (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1298: 74). Sie erlebten die Einheiten eher als Vortrag in dem sie **nicht „so richtig integriert“** wurden (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1298: 106). Darüber hinaus hätten sie es gut gefunden, „*wenn man einen **persönlichen***“

**Ansprechpartner hätte**“ für Fragen die über das Training hinaus gingen (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1300: 128-133).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. Die Fokusgruppe der Klinik 4 empfand die therapeutische Anleitung als „*nicht so motivierend*“ (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031: 134). Des Weiteren wünschten sie sich mehr „*Motivation und aktives Mitmachen*“, um den Alltagstransfer später umsetzen zu können (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031: 90). Die Umsetzung als solche wurde als „**zu trocken**“ und im **Vortragsstil** bezeichnet. (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031: 134).

### Inhalt

Bezüglich der Inhalte wurde deutlich, dass diese den Vorstellungen der Fokusgruppe der IG<sub>depr</sub> entsprachen. In den Gruppen der KG<sub>depr</sub> hingegen wurde deutlich, dass bestimmte Inhalte vermisst wurden.

**2FG\_IG<sub>depr</sub>**. Zu den bevorzugten Inhalten zählte laut den Rehabilitandinnen die **Stress- und Schmerzbewältigung**. Besonders hat ihnen die Übung „Rückenstärkung“ gefallen. Darüber hinaus berichteten sie, dass sie vorhaben

*„(...) eine Schatzkiste (zu) machen, wo wir so Sachen reinpacken, wenn wir sehr im Stress sind oder Schmerzen haben, wo man sich was rausholt. Da ist mein Rückenstärkungs-Zettel drin. Den rahme ich mir ein (lacht). Also, das war schon toll. Dann habe ich noch von (-) den Ring bekommen, der was mit der Geschichte zu tun hat. Wenn ich mal nicht weiter weiß, dann habe ich meinen eigenen Ring. Das ist auch super.“* (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1317: 35).

Die Rehabilitanden sind demzufolge sehr auf den Alltagstransfer bedacht und hatten darüber hinaus **selbstständig Ideen für den erfolgreichen Alltagstransfer** der erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, wie eine z. B.

*„(...) Wäscheleine zu spannen über mein Büro, und mir die positiven Sachen und das, was ich wenn es mir schlecht geht mache, aufhänge, dass ich das jeder Zeit griffbereit habe. Und keine Schublade, da krieg ich es nicht hin, dass ich das wieder ausgrabe. Ich muss es dann vor mir haben. Das wird mir helfen.“* (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1313: 37)

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Beide Rehabilitanden konnten keine Inhalte nennen, die sie vermisst hätten, da sie das „*erstmal sacken lassen und verarbeiten*“ müssten (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1028: 58). Dennoch konnte eine Rehabilitandin bereits vom **erfolgreichem Alltagstransfer der Achtsamkeitsübung** in Form von Genussübungen (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1045: 58-60) berichten:

„(...) nochmal auf den Baum gesetzt, wo das so intensiv nach Wald und (-) riecht und dann im (-) oder der Meeresduft, (-), das sind so die Gedanken die hängen bleiben (...)“.

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Keiner der drei Rehabilitandinnen konnte eine Übung nennen, die sie favorisierte. Es wurde jedoch geäußert, dass die **Informationen über Schlafstörungen** vertieft werden sollten (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293+2t1298: 156-161). Zwar waren diese in der Patientenbroschüre des Trainings enthalten, diese waren aber für sie nicht ausreichend.

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. Eine Rehabilitandin hätte sich **kürzere Stunden und mehr Aktivität** gewünscht. Die beiden männlichen Rehabilitanden widersprachen ihr und gaben zu bedenken, dass es ausreichend Aktivität gegeben hätte (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1027: 52-58).

Eine Rehabilitandin gab darüber hinaus zu bedenken, dass die Stimmungsfrage zu Beginn der Stunde sich negativ auf die „*Gesamtstimmung*“ ausgewirkt hätte (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1034: 60-78), diese Aussage stellten die anderen drei Rehabilitanden jedoch in Frage.

### Zusammenfassung

Es wurde deutlich, dass die Teilnehmerzufriedenheit in den IG<sub>depr</sub> deutlich höher war als die der KG<sub>depr</sub>.

Die Durchführung des Trainings durch den Therapeuten, seine Motivation und der Vortragsstil, hatten starken Einfluss auf die Beurteilung des Trainings aus Rehabilitandensicht. Dies verdeutlichte auch der negative Einfluss eines Therapeutenwechsels während des Trainings in einer der Kliniken.

Die stärkere Zufriedenheit der IG spiegelt sich ebenso in den favorisierten Inhalten wider, die insgesamt stärker das Interesse der IG getroffen haben. Die KG äußerte hingegen einen Bedarf am Ausbau bestimmter Inhalte.

### 4.3.2 Machbarkeit

Die Hauptkategorie Machbarkeit beschreibt die Praktikabilität des Trainings in der Rehabilitation. Diese spiegelt sich in den deduktiv gebildeten Unterkategorien **Zeitliche Struktur** und **Gruppenatmosphäre** wider (siehe Abb. 24).

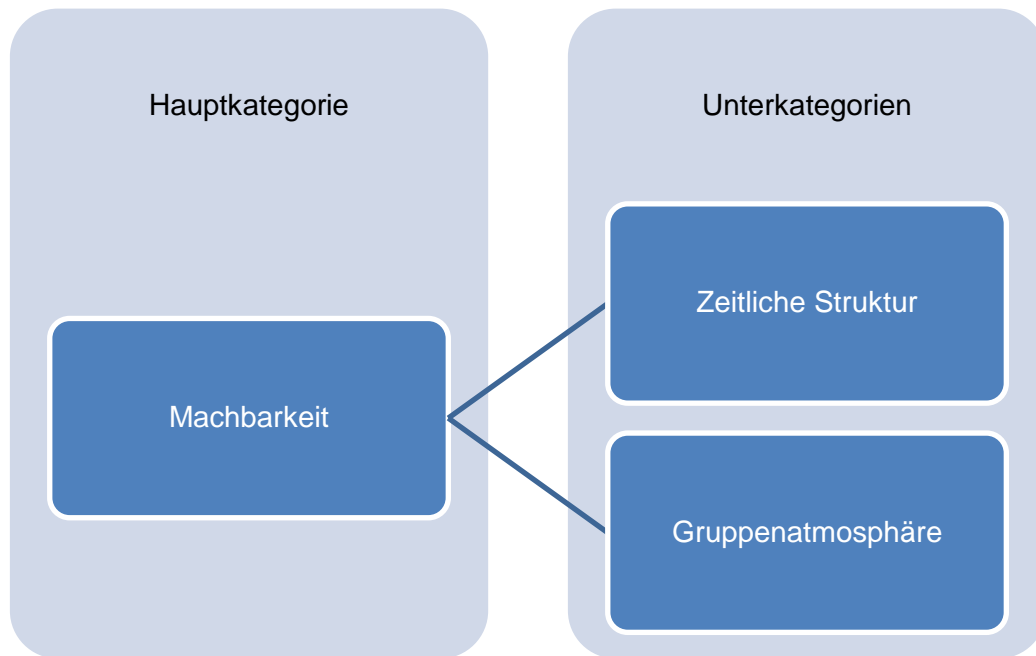


Abbildung 24: Hauptkategorie Machbarkeit.

#### Zeitliche Struktur

Die zeitliche Struktur wurde von den Rehabilitanden sehr unterschiedlich wahrgenommen. Abgesehen vom zeitlichen Umfang zeichneten sich hier insbesondere Schwierigkeiten bei der Einbettung des Trainings in den Rehabilitationsplan, die Zeit für Diskussionen sowie bei der Ausrichtung auf somatische Beschwerden und das Bildungsniveau bzw. die Gesundheitskompetenz ab:

**2FG\_IG<sub>depr</sub>**. Die Rehabilitanden gaben zu bedenken, dass zu Beginn des Trainings die Abfolge der Trainingseinheiten zu kurz hintereinander stattfand. Sie wünschten sich **einen Tag Abstand zwischen den Einheiten**, da sie noch Zeit zur Reflexion des erlernten benötigten:

*„Man muss sich ja immer noch ein bisschen vorbereiten wieder. Und so ein bisschen auch das, was man durchgenommen hatte, dass das so ein bisschen Revue passiert hat im Kopf. Das ist eigentlich ganz wichtig gewesen.“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 149).*

Darüber hinaus betonten Sie, dass die Durchführung direkt nach dem Mittagessen hinderlich für die Aufnahmefähigkeit war.

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Die Rehabilitanden der Fokusgruppe 4IG<sub>depr</sub> machten weder positive noch negative Aussagen zu den zeitlichen Rahmenbedingungen des Trainings.

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Die Rehabilitanden der 2KG<sub>depr</sub> beurteilten das Training insgesamt als zeitlich angemessen, aber es **mangelte ihm an geplanter und angeleiteter Zeit zum „diskutieren“** (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1300: 92). Darüber hinaus blieb den Rehabilitanden insgesamt **zu wenig Zeit, um Fragen zu klären** (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293-2t1300: 117-120). Der zeitliche Rahmen des Trainings würde es in ihren Augen nicht ermöglichen persönliche Probleme zu besprechen bzw. „*von anderen was (zu) lernen*“ (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293: 78). Die Rehabilitanden wünschten sich einen **Ausbau der zeitlichen Rahmenbedingungen** bzw., dass „*diese Studie mehr Zeit kriegt*“ (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1298: 297).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. In der KG der Klinik 4 wurden die zeitlichen Rahmenbedingungen des Training als „*zu lang*“ beschrieben (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031: 134). Darüber hinaus bräuchten sie **mehr Wiederholungen der Inhalte**, da sie in eigenen Worten „*keine studierten Menschen*“ seien und nicht immer alles „*beim ersten Mal begriffen*“ hätten (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1028+4t1034: 136-144). Darüber hinaus wünschten sich die Rehabilitanden **kürzere Einheiten**, weil sich das lange Sitzen negativ auf ihr körperliches Befinden auswirkte (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1028: 76).

### **Gruppenatmosphäre**

Die Gruppenatmosphäre während des Trainings wurde in allen Fokusgruppen maßgeblich von der Anleitung und Durchführung des Therapeuten, aber auch vom Kleingruppenworkshop beeinflusst:

**2IG<sub>depr</sub>**. Der Kleingruppenworkshop wurde übereinstimmend als sehr positiv beurteilt. Dies wurde folgendermaßen von den Rehabilitanden begründet:

„*Hat Spaß gemacht (...) war so für jeden hilfreich. Und jeder hat dazu beigetragen. Es hat da niemand gegessen und hat nichts gemacht. Es haben alle mitgemacht (2t1317: Ja.)*.“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 47).

Insbesondere die **soziale Unterstützung** wurde demnach **dadurch verstärkt**. Die Vorteile der durch die Gruppe erhaltenen sozialen Unterstützung lagen darin, dass man „*auch immer noch mal einen Tipp oder einen Rat*“ aus einer anderen Perspektive erhalten hat. (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 48). Trotz der positiven Gruppenatmosphäre gaben alle Rehabilitanden übereinstimmend zu bedenken, dass sie

„(...) *innerhalb der Gruppe immer so das Gefühl - also von meiner (-) her - ich kann nicht alles sagen (...)*“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1313: 128).

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Den Kleingruppenworkshop erlebten beide Rehabilitanden zu Beginn als „*furchtbar*“, da sie vom Therapeuten **nicht über die korrekte Ausführung informiert** wurden (4FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1042+2t1045: 72-74). Nach anfänglichen Schwierigkeiten wurde es jedoch von Mal zu Mal als „*besser empfunden*“ (4FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1045: 77). Positiv hervorgehoben wurden von den Rehabilitanden,

„(...) *dass verschiedene Gedanken untereinander ausgetauscht (B4t1045: Mhm (bejahend) und Parallelen entdeckt*“ wurden (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1042: 52).

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Den Kleingruppenworkshop beurteilten die Rehabilitanden der KG aus Klinik 2 weniger positiv, da die **Teilnahmebereitschaft der restlichen Gruppenmitglieder nicht gegeben** war bzw. „*manche gegangen, mache sind geblieben*“ sind. Die Rehabilitanden hätten „*es wirklich unter Leitung (...). Oder vielleicht dann auch mal Inspiration von ärztlicher Seite her*“ wesentlich effektiver gefunden (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1298: 83). Der Austausch in der Gruppe fand demgemäß eher außerhalb des Trainings statt. An diesem nahmen jedoch abermals nicht alle Gruppenmitglieder teil. Darüber hinaus erschwerte das Vorliegen **unterschiedlicher Krankheitsbilder** und das daraus resultierende Desinteresse an der Thematik das zustande kommen von Gruppenkohäsion. Dies bezeichneten die Rehabilitanden als störend:

„*da ist es störender, wenn sie da sind, als wenn sie nicht da wären*“ (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293-2t1300: 177-196).

Die Treffen außerhalb der Gruppe empfanden sie hingegen als förderlich für die Gruppenkohäsion, weil „*das Gespräch mit Patienten, die das Problem auch hatten (...)* in dem Moment viel mehr gebracht“ hat und sie vom gegenseitigen Austausch und der damit einhergehenden sozialen Unterstützung profitierten (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1298: 206).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. In der 4FG\_KG<sub>depr</sub> herrschte eine sehr negative Beurteilung der Gruppenatmosphäre. Dies lag einerseits daran, dass der Kleingruppenworkshop von einem Rehabilitanden aufgrund der Heterogenität der Gruppe in der Umsetzung als

problematisch angesehen wurde, weil

*„es sind viele dabei, die können sich nicht, sei es depressiv oder sonst etwas, die können sich einfach nicht konzentrieren“* (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1028: 110).

Zwei Rehabilitanden gaben darüber hinaus an, dass sie die Teilnahme und die damit verbundene Erinnerung an ihre psychische Belastungen eher „runtergezogen“ und somit demotiviert hätte (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031+4t1034: 150-160). Es wurde darüber hinaus angemerkt, dass es keinen bzw. wenigen Austausch zwischen den Teilnehmern über das Training hinaus gab (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031+4t1034: 112).

### Zusammenfassung

Es wurde deutlich, dass die Rehabilitanden die zeitliche Struktur innerhalb der KG als deutlich weniger angemessen empfanden als in der IG. Es zeichneten sich darüber hinaus Schwierigkeiten bei der Einbettung des Trainings in die Klinikroutine bzw. in den Therapieplan ab. Dies bezog sich einerseits auf die Durchführung des Trainings in der Mittagszeit und dem daraus resultierenden Konzentrationsmangel. Andererseits aber ebenso an einem Mangel an Reflexionszeiträumen zwischen den Trainingseinheiten. Zudem mangelte es an Zeit für ausführliche Diskussionen. In Klinik 4 wurde betont, dass das zielgruppengerechte Gestaltung in Bezug auf das Bildungsniveau bzw. die vorhandene Gesundheitskompetenz nicht stimmig ist und überarbeitet werden sollte.

Insgesamt wurde die Gruppenkohäsion in den IGs deutlich hervorgehoben und die Vorzüge aus der daraus resultierenden sozialen Unterstützung betont. Demnach trafen sich die Rehabilitanden auch außerhalb der Trainingseinheiten, um davon zu profitieren. In den KGs fand nahezu keine Gruppenkohäsion statt. Dies wurde zum einem durch die Heterogenität der Gruppenmitglieder in Bezug auf ihr Krankheitsbild und dem daraus resultierenden Desinteresse, zum anderen mit der Konfrontation der eigenen psychischen Belastung begründet.

### 4.3.3 Erlernte Handlungsweisen

Die Kategorie Erlernte Handlungsweisen beinhaltet Berichte der Rehabilitanden über im Rahmen des Trainings erlernte Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Dabei handelt es sich um solche Handlungsweisen, die sie bereits im Rehabilitationsalltag anwenden und die ihnen besonders im Gedächtnis geblieben sind. Da diese in den Fokusgruppen sehr unterschiedlich ausfielen, wird auf eine Bildung von Unterkategorien verzichtet und die erlernten Handlungsweisen der einzelnen Fokusgruppen zusammenfassend berichtet.

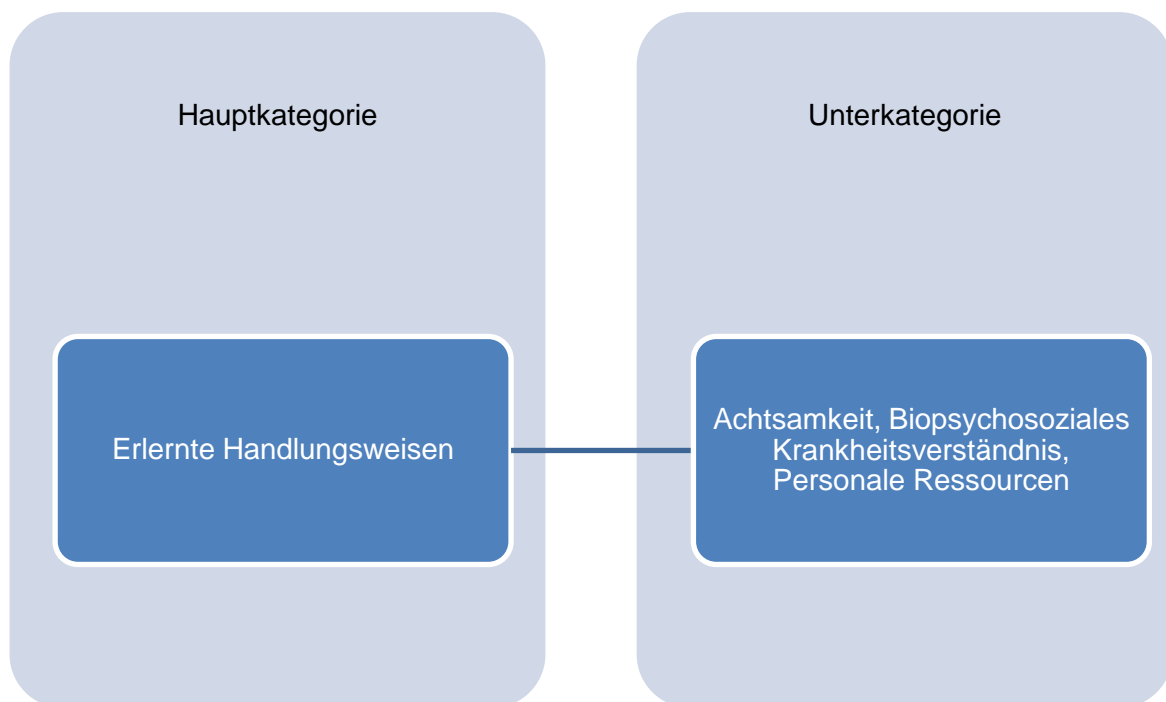


Abbildung 25: Hauptkategorie Erlernte Handlungsweisen (N=26).

**2FG\_IG<sub>depr</sub>**. Am hilfreichsten beurteilten die Rehabilitanden der 2IG<sub>depr</sub> das Erlernen einer besseren Schmerzbewältigung in Form von **Achtsamkeitsübungen**, sei es „*dass man ihn einpacken kann.*“ oder sagen kann „*Komm (-) die Wolke*“ und dann guckt man wie es weiter geht.“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1213: 57) oder lernt den Schmerz als solches zu akzeptieren:

*„Also, ich hab mir das so vorgestellt, das ist einfach so, ich habe einen eigenen Garten und da habe ich Giersch drinnen. (...) Dieser Giersch bringt mich manchmal um. Der macht mich manchmal total wütend. Und dann habe ich gedacht, das ist genauso wie mit dem Giersch. Irgendjemand hat zu mir gesagt: 'Du musst dich damit anfreunden. Und wenn du das nicht tust, dann überlebt der dich. Dann hat der Oberhand. Dann bist du-- Kannst du da nicht mit umgehen.' Und das mache ich jetzt“* (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1213: 62).



Darüber hinaus berichteten die Rehabilitanden übereinstimmend, dass ihnen

*„(...) überhaupt der **Zusammenhang zwischen Schmerz, Gefühl, Tätigkeiten** und alles. Der ist mir überhaupt bewusst geworden. Das habe ich vorher nicht so miteinander verbunden. Und das hat mir auch geholfen jetzt. Ich weiß, wenn es mir schlecht geht, was ich für Möglichkeiten noch habe, um das für mein eigenes Empfinden zu bessern und ich weiß auch, wo es herkommt. Ob es beruflich oder privat ist. Ob man oberflächlich drüber geht. Das ist genau verkehrt. Man muss sehen, was mir gut tut. Und das habe ich gelernt. Das konnte ich vorher nicht. Ich habe immer nur das Wohl der anderen beachtet. Ob es in der Familie oder um die Firma geht. Hab mich breitschlagen lassen und alles. Aber ich war halt immer hinten an. Und das hat mich - ja - fertig gemacht. Und ich habe es nicht gemerkt. Das ist mir bewusst geworden durch diese ganzen Vorträge. Wie das alles zusammenhängt. Das war also für mich eine Bewusstseinsöffnung irgendwie. (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1313: 62).*

In diesem Zitat wird ebenso der Stellenwert der erlangten personalen Ressourcen deutlich. Besonders die **Stärkung personaler Ressourcen** und somit auch mal „Nein“ zusagen (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 67) zählt laut Aussage der Rehabilitanden zu einer wichtigen erlernten Handlungsweise. Darüber hinaus wurde betont, dass das Ausfüllen des Gefühle-Schmerz-Protokolls sich förderlich auf die Umsetzung erlernter Handlungsweisen ausgewirkt hätte (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1312: 80).

**4FG\_IG<sub>depr</sub>**. Auf der Frage *„Wie sich Ihr Umgang mit Ihrer Erkrankung durch das Debora-Training verändert hat?“* berichtete ein Rehabilitand über die erfolgreiche Anwendung von **Achtsamkeitsübungen**. Sie berichtete, dass sie am vorherigen Tag somatische Beschwerden hatte und dann...

*„an etwas Schönes gedacht und man merkt dann auch oder wenn man sich dann doch zwingt und sagt 'geh an den Strand und lauf ein bisschen', A) dass es mir dann auch ein bisschen besser geht durch die Gefühle und mein Schmerz erstmal wirklich in den Hintergrund so ein bisschen gefällt und das fand ich schon sehr faszinierend muss ich sagen. Und das ist auch so ein Teil, also das nehme ich als sehr positives mit nach Hause.“ (4FG\_IG<sub>depr</sub>/471045: 82).*

Darüber hinaus gab der Rehabilitand zu bedenken, dass sich *„in dieser Zeit nichts geändert“* hätte. Dennoch hätte er für sich die Erkenntnis erhalten, dass er *„nicht immer alles reinfressen und (die) Zähne zusammenkneifen (dürfte).“* (4FG\_IG<sub>depr</sub>/471045: 90) bzw. dass die **schmerzbedingte Überzeugung des Bagatellisierens nicht immer ein gesundheitsförderliches** Bewältigungsverhalten darstellt. .

**2FG\_KG<sub>depr</sub>**. Alle Rehabilitanden stimmten überein, dass das Training das Ziel verfolgt habe zu vermitteln, „*dass Schmerz und Psyche zusammen hängen*“ und das sie diesbezüglich ein **biopsychosoziales Krankheitsverständnis** erlangt hätten (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1300: 148). Als weitere erlernte Handlungsweise berichten die Rehabilitanden, dass sie sich vorgenommen hätten „auf jeden Fall **mehr Nein**“ zu sagen und das insbesondere im beruflichen Kontext (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293+2t1298: 255-256).

**4FG\_KG<sub>depr</sub>**. Zwei der vier Rehabilitanden gaben an, dass ihnen bewusster geworden sei, dass ihre **Schmerzen biopsychosoziale Ursprünge** haben (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031+4t1034: 218-228). Lediglich eine der vier Rehabilitanden gab an, durch das Training zur Reflexion motiviert und angeregt worden zu sein (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1031: 172).

### Zusammenfassung

In jeder der Fokusgruppen wurde vom Erlangen eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses berichtet. Dennoch wurde in den IGs insgesamt, unabhängig von den Kliniken, mehr und ausführlicher über erlernte Handlungsweisen referiert als in den KGs. Darüber hinaus wurden in beiden IGs das Erlernen von achtsamkeitsbasierten Handlungsweisen und deren Umsetzung geschildert. Ergänzend ist anzumerken, dass in der Klinik 2 sowohl in der IG als auch in der KG von der Stärkung personaler Ressourcen berichtet wurde.

#### 4.3.4 Barrieren und Barrierenmanagement

Die Hauptkategorien Barrieren und Barrierenmanagement wurden vorliegend zusammengefasst. Dies ist mit der in der Fokusgruppe zusammenhängenden Überschneidungen innerhalb dieser Kategorien assoziiert. Diese Kategorie beschreibt Hindernisse, die die Rehabilitanden bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens befürchten bzw. die ihnen schon bekannt sind in Form von **Belastungen** sowie Unterstützungsbedürfnisse der Rehabilitanden zur Bewältigung von Barrieren bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens. In Form von **Sozialer Unterstützung** (s. Abb. 26).

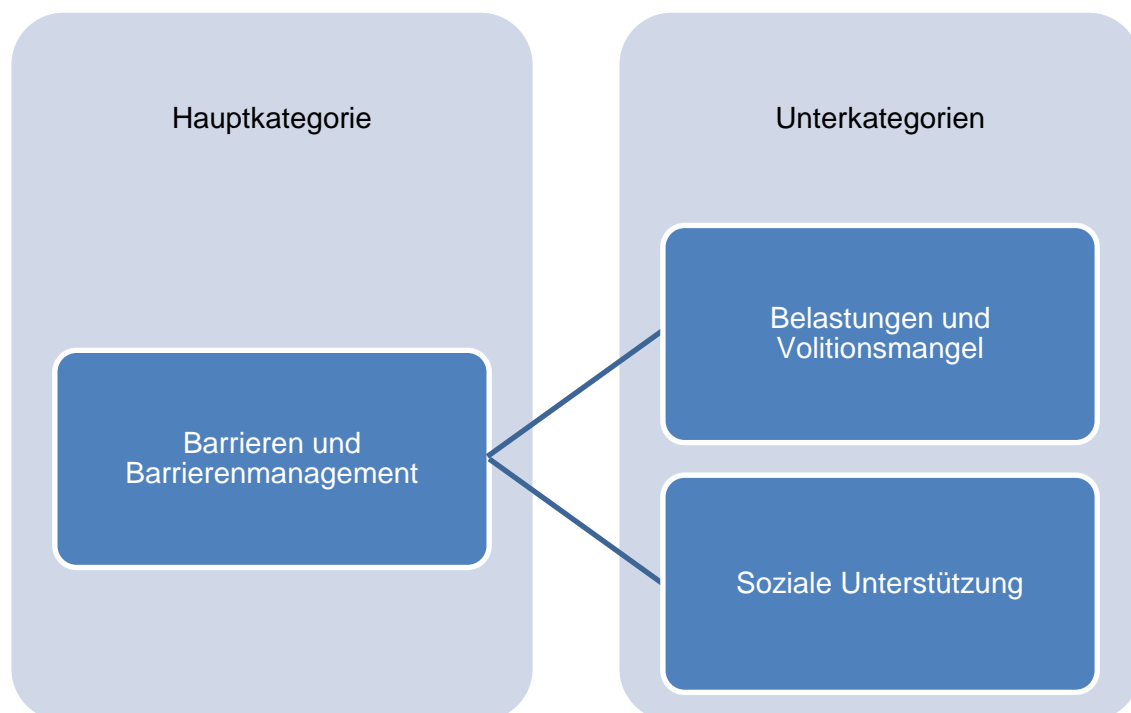


Abbildung 26: Hauptkategorie Barrieren und Barrierenmanagement und Unterkategorien.

##### Belastungen und Motivationsmangel

In jeder der vier Fokusgruppen wurden übereinstimmend **berufliche Belastungen** bzw. die damit verbundenen beruflichen Arbeitsbedingungen als Hauptbarriere zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen beschrieben. Exemplarisch hierzu die Aussage eines Rehabilitanden der IG:

*„Bei mir bleibt da nicht viel Auswahl. Ich hab eine sehr anspruchsvolle Arbeit, die sehr genau gemacht werden muss. Da habe ich keine Wege nach links sind rechts, dass ich da raus komme ohne zu versagen. Deswegen habe ich da auf Arbeit keine Möglichkeiten, mich umzustellen.“ (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1313: 110)*

sowie einer Rehabilitandin der KG, die zudem die Problematik zwischen Theorie und Praxis schildert:

*„(...) ich stelle es mir nur mal so vor, wenn ich jetzt in Betrieb komme und sage zu ich: 'Nein'. (...) da habe ich Kopfkino. Was dann los ist. (...). Also schwimme ich wieder weiter mit (...) bis es wieder soweit ist.“ (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1034: 174).*

Ferner gaben die Rehabilitanden zu bedenken, dass der **Arbeitsmarkt und finanzielle Verpflichtungen** oft keine Möglichkeit gibt, die erlernten personalen Ressourcen in der Praxis auch anzuwenden (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1027+4t1028: 188-194).

In der KG<sub>depr</sub> der Klinik 4 wurde zudem von drei Rehabilitanden ebenso die Sorge vor dem inneren Schweinehund und somit von einem **möglichen Mangel an Volition** geäußert (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1034: 256).

### **Soziale Unterstützung**

Hinsichtlich des Barrierenmanagement wurde sich in allen vier Untersuchungsgruppen soziale Unterstützung zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen gewünscht. Die Art der sozialen Unterstützung nahm dabei unterschiedlichste Formen an. So wurde sich in der Fokusgruppe 2IG<sub>depr</sub> übereinstimmend **mehr Einzeltherapie** im Anschluss an die Rehabilitation gewünscht (2FG\_IG<sub>depr</sub>/2t1313: 112).

Die Rehabilitanden der Fokusgruppe 2KG<sub>depr</sub> wünschten sich darüber hinaus **spezielle Gruppenangebote** für ein und dasselbe Krankheitsbild, was in diesem Fall **nicht nur den Rückenschmerz sondern ebenso die psychischen Probleme** umfassen sollte, bzw. wie die Rehabilitanden zusammenfassend formulierten in denen „*Leute, die wirklich, die(selben) Interessen haben*“ sitzen...

*„und dann nicht eine wo sitzt und hat nur Rücken (...) (2t1298: Das blockiert.) Nur die, (die...) verstehen, was wir haben“ (2FG\_KG<sub>depr</sub>/2t1293-2t1300: 288-291).*

Die Rehabilitanden der Fokusgruppe 4IG<sub>depr</sub> wünschten sich neben der Unterstützung aus dem therapeutischen Bereich, ebenso **Unterstützung aus dem sozialen Umfeld** (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1042: 124-128) und Entlastung am Arbeitsplatz (4FG\_IG<sub>depr</sub>/4t1048+4t1045: 148-152). Dies würde dabei helfen, das erlernte Wissen konsequent anzuwenden.

Die Rehabilitanden der 4FG\_KG<sub>depr</sub> wünschten sich darüber hinaus mehr **Unterstützung beim Alltagstransfer** (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1028: 180). Unterstützungsbedarf herrschte hier insbesondere hinsichtlich eines besseren **Zugangs zu Bewegungsmaßnahmen** wie Schwimmbäder, aber auch eines **besseren Zeitmanagements**, um mehr Zeit für die Alltagsimplementierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nutzen zu können (4FG\_KG<sub>depr</sub>/4t1028-4t1034: 288-294).

### Zusammenfassung

In allen Fokusgruppen wurden berufliche Belastungen übereinstimmend als Hauptbarriere zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen genannt. Bezüglich des Alltagstransfers wurde nicht ein Mangel an Volition befürchtet, sondern vielmehr die aus dem Verhalten gezeigten Konsequenzen für den Arbeitsplatz.

In jeder der vier Fokusgruppen wurde zur Überwindung dieser Barrieren soziale Unterstützung gewünscht. Dies bezog sich insbesondere auf das Angebot von therapeutischen Maßnahmen, aber auch auf die Gestaltung dieser Maßnahmen, etwa das Angebot einer homogenen Gruppe hinsichtlich des Krankheitsbilds. In der KG<sub>depr</sub> der Klinik 4 wurde zudem ein besserer Zugang zu Nachsorgeangeboten aber auch ein besseres persönliches Zeitmanagement zur Nutzung dieser gewünscht.

## 4.4 Diskussion

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellungen sollen nun ausgewählte Ergebnisse in die Literatur eingeordnet und diskutiert werden. Da das vorliegende Forschungsvorhaben ebenso wie die Teilstudie 1 identische Inhalte und Stichprobe untersucht, um die Ergebnisse aus der Teilstudie 1 anhand dessen validieren zu können, erfolgt ausschließlich eine kurze schwerpunktmäßige Diskussion. Die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen werden in einem zweiten Schritt unter Kapitel 4.5 tabellarisch dargestellt, um diese abschließend und ausführlich unter Kapitel 7 zu erläutern.

**Akzeptanz.** Das Training Debora erzielte bei den Rehabilitanden der IG<sub>depr</sub> eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz. Insbesondere betonten beide Gruppen die **praxisnahen und alltagsrelevanten Inhalte**. Die schlechter ausfallenden Angaben zur Zufriedenheit, hingen mit der Kontrollbedingung zusammen. Die stärkere Zufriedenheit der IG mit dem Training spiegelte sich ebenso in der Vielzahl favorisierter Inhalte wider. Es ist davon auszugehen, dass die **Bearbeitung favorisierter Themenbereiche die Beurteilung der Zufriedenheit positiv beeinflusst hat** (Faller et al., 2015). Bei der KG konnte wiederum keine favorisierten Trainingsinhalte genannt werden. Dies kann weiterhin als **Überlegenheit des Depressionspräventionsmoduls** und der Behandlung über eine intensiviertere schmerzpsychotherapeutische Gruppenbehandlung interpretiert werden (Reese & Mittag, 2013a). Diese Ergebnisse bestätigen die enorme Relevanz der Berücksichtigung der Patientenperspektive und demzufolge der Bedürfnisse für die Bewertung und Beurteilung einer Intervention (Heyduck et al., 2011; Zimmermann et al., 2014).

In den Fokusgruppen zeigte sich ebenso die Beeinflussung der Zufriedenheit mit der Intervention durch den Therapeuten durch Spontannennungen. Insbesondere Motivation und der Vortragsstil des Therapeuten hatten demzufolge, starken Einfluss auf die Beurteilung des Trainings. Im Kontext eines Therapeutenwechsels während des Trainings in einer der Kliniken wurde die **Schlüsselrolle der Dozenten** mit ihren spezifischen Charaktereigenschaften für die Schulungsqualität bestätigt (Ströbl et al., 2009, S. 167). Darüber hinaus bestätigten die negativen Aussagen über den Therapeuten der KGs die Relevanz eines teilnehmerorientiertes Sozialklima (Feicke & Spörhase, 2012, S. 302), da diese sich insgesamt mehr Zeit für Diskussionen gewünscht hätten. Da im Gegensatz zu den IGs lediglich in den KGs ein Mangel an kognitiver Aktivierung durch den Vortragsstil beklagt wurde, ist davon auszugehen, dass dies nicht an der Trainingskonzeption, sondern ebenso in **didaktischen Mängeln** in der Umsetzung durch den Therapeuten begründet ist (Feicke & Spörhase, 2012; vertiefend s. Küffner, Reusch, Schug, Vogel &

Faller, 2010, S. 33 ff.). Dies bestätigt ebenso, dass manualisierte Therapieprogramme nicht in der Lage sind die therapeutische Kompetenz zu ersetzen, sondern sie einfordern (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011).

**Machbarkeit.** Die Machbarkeit hinsichtlich der zeitlichen Struktur wurde innerhalb der KG als deutlich weniger angemessen empfunden als in der IG. Die Begründungen erfolgten jedoch innerhalb der Kliniken und Gruppen sehr divergent. In Klinik 4 wurde deutlich, dass das **Bildungsniveau bzw. ein Mangel an Gesundheitskompetenz** maßgeblichen Einfluss auf die Beurteilung der zeitlichen Struktur hatte. So war in dieser Klinik das Bildungsniveau im Vergleich zu den anderen Kliniken insgesamt niedriger und es wurden sich mehr Wiederholungen und Vertiefungen der Inhalte gefordert. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Haase, Kuhnt und Klimczyk (2012) ist anzunehmen, dass das Bildungsniveau ein Prädiktor für den Therapieerfolg multimodaler Schmerztherapien ist und sollte bei der Konzeption von Patientenschulungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse der Klinik 4 Belege für die von Dirmaier und Härter (2011, S. 415) beschriebene mangelnde Gesundheitskompetenz und ihre negativen Effekte auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Ferner wünschte sich die KG der Klinik 2 mehr Zeit zum Diskutieren. Dies könnte entweder für eine unrealistische Zeitplanung oder Mängel in der **didaktischen** Umsetzung von Patientenschulungen kennzeichnend sein (Feicke & Spörhase, 2012). Des Weiteren könnte es aber ebenso dem verbreiteten Kritikpunkt standardisierter Gruppenkonzepte entsprechen, wonach innerhalb psychologischer Gruppenangebote oftmals die individuellen Probleme der Teilnehmer weniger intensiv thematisiert werden können als in der **Einzeltherapie** (vertiefend s. Fiedler, 2005). Kröner-Herwig und Frettlöh (2011, S. 553) zufolge sind gruppentherapeutische Angebote trotz der geringeren „*Bearbeitungstiefe*“ nicht weniger effektiv als die Einzeltherapie (Lange & Petermann, 2013). Dennoch sollte darauf geachtet werden, dass ein auf die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppen abgestimmter, ausreichender **Zeitraum für Diskussion** zur Verfügung steht.

Ebenso relevant ist, dass in einer IG ein **Mangel an Reflexionszeiträumen zwischen den Trainingseinheiten** betont wurde. Darüber hinaus wurde deutlich wie wichtig eine **passgenaue Einbettung des Trainings in die Klinikroutine** ist, da die Rehabilitanden die Durchführung des Trainings in der Mittagszeit aufgrund von Konzentrationsmangel als hinderlich empfanden. Die Gestaltung der zeitlichen Rahmenbedingungen vermittelt den Rehabilitanden, welcher Stellenwert der Patientenschulung in der Klinik eingeräumt wird. Eine Durchführung zu ungünstigen Zeiten, wie z. B. direkt nach der Mittagspause führt

möglicherweise zu einer Senkung der Motivation (Kijanski & Haupt, 1998). Die Machbarkeit wurde demzufolge nicht nur von einem qualitativ hochwertigen Schulungskonzept, sondern ebenso von den „*Rahmenbedingungen der Durchführung sowie die Einbindung der Schulung in die gesamte Rehabilitationsmaßnahme*“ geprägt (Ströbl et al., 2009, S. 167).

Die Rehabilitanden der IGs berichteten ausführlich von den **Vorzügen der Gruppenkohäsion** und der daraus resultierenden sozialen Unterstützung (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 178). Dieses Gefühl wurde durch den durchgeführten Kleingruppenworkshop noch verstärkt. Da die Rehabilitanden von den Vorzügen noch über das Training hinaus berichteten, ist davon auszugehen, dass die positiv erlebte soziale Interaktion und soziale Unterstützung zu einer besseren Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen beitragen (Mau & Smolenski, 2014). Negative Effekte des Gruppensettings wurden hingegen in den KGs sichtbar, welche sich im Gruppengefüge emotional negativ beeinflusst fühlten. Demzufolge fand nahezu keine Gruppenkohäsion statt, was von den Rehabilitanden auf die Heterogenität der Gruppenmitglieder in Bezug auf ihr Krankheitsbild und dem daraus resultierenden Desinteresse zurückführten. So bestätigte Tschuschke (2010), dass zeitlich kürzer bestehende Gruppen eher eine Homogenität in der Gruppe benötigen, während in länger bestehenden Gruppen ebenso eine heterogene Gruppenzusammensetzung möglich ist. Die Aussagen der Rehabilitanden stimmen darüber hinaus mit den Aussagen von Dankwart und Strauß (2012, S. 63–64) überein, wonach sich die **Zusammensetzung einer Gruppe an den „Störungsbildern der Patienten bzw. an anderen psychologischen Ausgangsmerkmalen“ orientieren sollte**, da davon auszugehen ist, *„dass störungshomogene Gruppen bzw. Gruppen, in denen Patienten mit ähnlichem Strukturniveau zusammen behandelt werden, günstigere Prozesse entwickeln“*.

**Erlernte Handlungsweisen.** Auch in den Fokusgruppen wurden wie in den Einzelinterviews vom Erwerb eines **biopsychosozialen Krankheitsverständnisses** berichtet (Koch et al., 2011). Positive Veränderungen wurden insbesondere hinsichtlich der Erprobung **achtsamkeitsbasierter Übungen** berichtet. Diese sind vorwiegend bei den Befragten der IGs, unabhängig von der Klinik, erkennbar. Diese Übungen bewirken langfristig eine bessere **Schmerzakzeptanz** (Kröner-Herwig, 2014b, S. 542–543). Und erzielen somit zwar keine unmittelbare Beeinflussung des Schmerzes, sondern eine *„Modifikation von Erwartungen, Zielen und Bewertungen“* (Nilges, Köster & Schmidt, 2007, S. 60). In der Klinik 2 wurde darüber hinaus sowohl in der IG als auch in der KG von der Stärkung **personaler Ressourcen** berichtet, was wieder für eine unterschiedliche Ausführungsintegrität durch den Therapeuten der Klinik 2 oder 4 spricht. Die



alltagstaugliche stabile Veränderung von Gesundheitsverhalten sowie die Förderung des Selbstmanagements liefert erste Belege für die Wirksamkeit der Intervention (DRV-Bund, 2011, S. 8)

**Barrieren und Barrierenmanagement.** Barrieren wurden von beiden Gruppen vornehmlich im beruflichen Rahmen identifiziert. In diesem Kontext bestätigten die Rehabilitanden das Vorhandensein einer „**Intentions-Verhaltens-Lücke**“ (Schwarzer, Lippke & Luszczynska, 2011), da sie befürchteten trotz erhöhter personaler Ressourcen aufgrund von beruflichen Konsequenzen, wie z. B. möglicher Arbeitsplatzverlust, im Arbeitsalltag nicht anwenden zu können. Demnach sollte im Zuge der betrieblichen Gesundheitsförderung das Krankheitsbild CRS behandelt werden, um gesellschaftliche Ressourcen der Arbeitswelt wie z. B. eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsplatzes oder die Möglichkeit von Teilzeitarbeit zu aktivieren (Bönisch, Stock Gissendanner, Schmid-Ott & Petermann, 2016; Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 45). Darüber hinaus befürchtete die Rehabilitanden, trotz einer grundsätzlichen Veränderungsmotivation, dass ihre Verhaltensänderung durch den **Volitionsmangel** bzw. „*inneren Schweinehund*“ gefährdet sein könnte (Jahed et al., 2012; Schwarzer et al., 2011).

Förderfaktoren zum Management dieser Barrieren sahen die Rehabilitanden der 2IGdep insbesondere im Bereich der **Einzeltherapie**, die der 4IGdepr wünschten sich darüber hinaus **Unterstützungen durch ihr soziales Umfeld** sowie Angebote zum Rehabilitationssport und Entlastung am Arbeitsplatz. Die Barrieren und Förderfaktoren zeigen übereinstimmend mit der Literatur, dass eine **Begleitung der Rehabilitanden im Anschluss an die Rehabilitation** bei der Umsetzung der erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zwingend erforderlich ist (Greitemann et al., 2012; Pimmer & Buschmann-Steinhage, 2008).

## 4.5 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sollen die Handlungsempfehlungen, welche sich durch die beschriebenen Ergebnisse und die Einordnung in den aktuellen Forschungsstand für die Weiterentwicklung der Intervention Debora ergeben, dargestellt werden. Eine tabellarische Übersicht aller Ergebnisse einschließlich der daraus resultierenden Implikationen ist dem Anhang C8 zu entnehmen. Ebenso sollen darauf resultierende Ansatzpunkte für weitere mögliche Forschungsfragen festgehalten werden (s. Tab. 35).

Tabelle 35: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 2.

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 2				
Hauptkategorien	Unterkategorien	Implikationen	IGdepr	KGdepr
Akzeptanz	Therapeuten-effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung der Beeinflussung der Schulungsqualität durch den Therapeuten</li> </ul>	x	x
	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung individuellere Problemlagen durch Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>Anpassung der Inhalte an Bildungsniveau bzw. Gesundheitskompetenz</li> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x
Machbarkeit	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassung der zeitlichen Rahmendbedingungen an Bildungsniveau bzw. Gesundheitskompetenz</li> <li>Ausbau der Zeiträume für Gruppendiskussionen</li> <li>Integration des Trainings in Reha-Ablauf</li> <li>Berücksichtigung von Reflexionszeiträumen im Trainingsablauf</li> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x
	Gruppen-atmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung der individuellen Problemlagen durch Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>Zusammensetzung von Gruppen mit identischen Störungsbildern</li> <li>Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>	x	x

<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	Personale Ressourcen und Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stärkung der Selbstwirksamkeit für erfolgreichen Alltagstransfer</li> </ul>	x	x
<b>Barrieren und Barrierenmanagement</b>	Belastungen und Volitionsmangel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an Stress- und Schmerzbewältigungstrainings</li> </ul>	x	x
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Feststellung der Behandlungs- oder Veränderungsbereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage</li> </ul>	x	x
	Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>gezielte Berücksichtigung der Förderfaktoren und der Lebenswelt der Rehabilitanden im Kontext der Arbeitswelt</li> <li>Aktivierung sozialer Unterstützung durch soziales Umfeld und Arbeitgeber</li> <li>Hilfestellung bei Suche nach post-rehabilitativer Unterstützung</li> <li>intensive psychologische und/oder ärztliche Betreuung</li> <li>Implementierung psychoedukativer Ansätze und Gruppenangebote</li> <li>Flächendeckende Etablierung post-rehabilitativer wohnortnaher Maßnahmen für Vereinbarkeit von Beruf und Nachsorge</li> </ul>	x	x

## 4.6 Kernbotschaft

Debora erzielte bei den Rehabilitanden der IG eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz und Machbarkeit der Trainingsinhalte. Weiterhin wurde eine Vielzahl erlernter Handlungsweisen berichtet, die sich insbesondere auf den Bereich des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und die Schmerzakzeptanz konzentrieren. In der KG war die Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz und Machbarkeit der Trainingsinhalte deutlich schlechter, was sich auf eine mangelhafte Gruppenkohäsion und ein schlechteres Bildungsniveau bzw. einen Mangel an Gesundheitskompetenz zurückführen ließ. Aufgrund der Überlegenheit der IG zur KG sollte das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining nur in Kombination durchgeführt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für die zielgruppenspezifische Konzeption des Trainings Debora und legen nahe, dass Debora sich als eine Form eines kognitiv-behavioralen Trainings gut für die Bedürfnisse von Patienten mit psychosozialen Belastungen eignet. Darüber hinaus legen die Ergebnisse der Untersuchung nahe, dass die Machbarkeit des Trainings gegeben ist. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, ausreichend Reflexionszeiträume zwischen den Trainingseinheiten zu schaffen, die Diskussionszeiträume auszubauen, eine optimale Einbettung in die Klinikroutine zu ermöglichen, das zusätzliche Angebot von Einzeltherapie zu schaffen sowie bei der Zusammensetzung der Gruppe auf identische Störungsbilder zu achten. Bei Berücksichtigung dieser Aspekte ist das Training für den Einsatz in der VMO geeignet. Darüber hinaus ließe sich langfristig über eine gezielte Berücksichtigung der Barrieren und Förderfaktoren und somit der Lebenswelt insbesondere im beruflichen Kontext nicht nur die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen, sondern ebenso die Qualität der Angebote in den Rehabilitationseinrichtungen verbessern.

## 5 Teilstudie 3: Fokusgruppen Experten

### 5.1 Fragestellung

Die vorliegenden Ergebnisse dienen in erster Linie dazu, das Meinungsbild der Kliniken bzw. der durchführenden Experten widerzuspiegeln. Für Einschätzungen der Akzeptanz und Machbarkeit der Patientenschulung Debora ist eine Berücksichtigung der Sicht der durchführenden Experten unerlässlich.

Um einen direkten Vergleich zwischen Experten- und Rehabilitandenperspektive zu ermöglichen, erfolgt ergänzend eine Auswertung der Stundenevaluationen der Rehabilitanden. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Untersuchung, die im Rahmen der Masterarbeit von Wiebke Rahmann (2016) an der Europa-Universität Flensburg durchgeführt wurde. Die Datenerhebung erfolgte durch die Autorin, ebenso wie die Betreuung bei der Auswertung der Daten. Die Ergebnisse dieser Teilstudie werden daher an dieser Stelle zusammenfassend kurz dargestellt und können im vollen Umfang der Masterarbeit von Frau Rahmann entnommen werden.

1. Wie ist die Akzeptanz des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Sicht der Experten?
2. Wie ist die Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings aus Sicht der Experten?

Darüber hinaus wurden ebenso folgende Nebenfragestellungen bearbeitet:

1. Welche Barrieren erschweren aus Sicht der Experten den Rehabilitanden die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen?
2. Welche Förderfaktoren könnten die Rehabilitanden aus Sicht der Experten beim Management dieser Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen?
3. Wie wird aus Sicht der Rehabilitanden das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings hinsichtlich der vermittelten Themen, des Nutzens der Themen für den Alltag sowie insgesamt bewertet?

## 5.2 Untersuchungsdesign

Dem Untersuchungsdesign lagen zwei Untersuchungsstichproben zugrunde: Fokusgruppen mit Experten und Stundenevaluationen von Rehabilitanden.

**Experten.** In jeder der vier kooperierenden Reha-Kliniken wurde jeweils eine Fokusgruppe mit den dort tätigen Experten anhand eines Leitfadens durchgeführt. Der Leitfaden für die Fokusgruppe Experten wurde analog zu dem der Rehabilitanden vor Durchführung der Interviews, in Zusammenarbeit mit dem Projektteam, auf Vollständigkeit und Verständlichkeit hin überprüft. Auch hier war keine Umformulierung der Fragen erforderlich. Der Leitfaden war aufgrund der Erhebungssituation und der Möglichkeit ausführlicherer Antworten der Teilnehmer kürzer als der für die problemzentrierten Interviews. Innerhalb dieses Leitfadens war teilweise ein Perspektivwechsel der Befragten erforderlich, beispielsweise sollten sie teilweise ihre eigene Sichtweise „Wie würden Sie die Vereinbarkeit des Trainings mit den Inhalten der Rehabilitation beschreiben?“, aber auch die der Rehabilitanden beschreiben, z. B. „*Welches gesundheitsförderliche Verhalten wird den Teilnehmern in der Umsetzung schwer fallen?*“. Folgender Leitfaden wurde für die Befragungen verwendet:

Tabelle 36: Leitfaden der Fokusgruppe Experten.

<b>I</b>	<b>Einstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Nennen Sie spontan ein Adjektiv, das Ihnen zum Training einfällt!	<input type="checkbox"/>
2.	Wie empfanden Sie die Lern-Atmosphäre während des Trainings?	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich das Training in den Ablauf der Rehabilitation eingefügt?	<input type="checkbox"/>
2.	Wie würden Sie die Vereinbarkeit des Trainings mit den Inhalten der Rehabilitation beschreiben?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie hat den Teilnehmern das Training gefallen?	<input type="checkbox"/>
4.	Gibt es Inhalte, die Sie im Training vermisst haben?	<input type="checkbox"/>
5.	Wie empfanden Sie das Verhältnis von Theorie zu praktischen Inhalten im Training?	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welche Veränderung hat die Intervention für Ihre Person gebracht?	<input type="checkbox"/>
2.	War das Vorwissen der Teilnehmer ausreichend, um dem Training folgen zu können?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie beurteilen Sie den zeitlichen Ablauf des Trainings?	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welche Veränderungen ließen sich bei den Rehabilitanden durch das Training feststellen?	<input type="checkbox"/>
2.	Was denken Sie, hat die Rehabilitanden dabei unterstützt, gesundheitsförderliches Verhalten auszuüben?	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Trainingsinhalte wurden von den Rehabilitanden besonders gut umgesetzt?	<input type="checkbox"/>
<b>V</b>	<b>Barrieren</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welches gesundheitsförderliche Verhalten wird den Teilnehmern in der Umsetzung schwer fallen?	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Hindernisse sehen Sie bei der Umsetzung der Trainingsinhalte?	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Barrierenmanagement</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was kann die Teilnehmer bei der Umsetzung ihrer Reha-Ziele im Alltag unterstützen?	<input type="checkbox"/>
<b>VII</b>	<b>Ausstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was würden Sie sich für das Training in Zukunft wünschen?	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es nun noch etwas, das ich vergessen habe zu fragen, oder etwas, das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>

Die Datenerhebung sollte zur Erhebung klinik-spezifischer Meinungsbilder genutzt werden und führte zur einer Stichprobe von insgesamt 15 Experten ( $n=15$ ), die an den Interviews teilnahmen. Die Teilnehmerzahl variierte zwischen zwei und fünf Experten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 58 Minuten. Zu den am häufigsten vertretenen Experten zählten Psychologen ( $n=11$ ), gefolgt von Ärzten ( $n=2$ ) sowie weiteren Professionen ( $n=2$ ) aus der VMO. Sowohl in Bezug auf das Alter ( $M=40,43$  Jahre), auf die Berufserfahrung ( $M=11,96$  Jahre) sowie die bereits angeleiteten KG und IG (keine  $n=6$ ; 1-2  $n=3$ ; 3 oder mehr  $n=6$ ) zeichnete sich eine relativ heterogene Stichprobe ab. Eine Gleichverteilung der Geschlechter konnte bei der Wahl der Teilnehmer nicht berücksichtigt werden. Zusätzlich floss in die Auswertung ein Experteneinzelinterview ein ( $N=16$ ). Die Ergebnisse werden nicht separat, sondern in den Gesamtaussagen der Klinik 1 berücksichtigt. Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) mit Unterstützung der Auswertungssoftware MAXQDA 11.

**Stundenevaluation.** Ergänzend wurden 1.467 Stundenevaluationen (KG,  $n=985$ ; IG,  $n=482$ ) von Rehabilitanden zur Auswertung herangezogen. Es handelt sich um einen einseitigen Fragebogen mit drei Items, deren Antwortskala aus einem fünffach abgestuften Ranking bestand (s. Anhang C3). Die Items umfassten:

- die Bewertung der Relevanz des Themas,
- des Nutzen für den Alltag sowie
- eine Gesamtbewertung des Moduls.

Diese wurden anhand von drei geschlossenen Fragen deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung der Stundenevaluation erfolgte über die deskriptive Statistik mittels Excel 2013. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden von null bis vier kodiert, wobei Null der schlechtesten (nicht wichtig/gar nicht hilfreich/gar nicht gefallen) und vier der besten (sehr wichtig/sehr hilfreich/sehr gut gefallen) Kodierung entsprach. Zur Auswertung wurde der jeweilige Mittelwert herangezogen. Rückschlüsse auf die jeweiligen Rehabilitanden sind nicht möglich, da bei Ausgabe der Stundenevaluationen keine IDs vergeben wurde. Daher ist es ebenso nicht möglich anzugeben, wie viele Rehabilitanden an der Befragung teilgenommen haben.



**Stichproben.** Die folgende Tabelle 37 stellt das Design zusammenfassend dar:

Tabelle 37: Stichprobendesign der Teilstudie 3.

Stichprobe	N		Ø Dauer	Erhebungs- zeitpunkt	Methode	Auswertung
Fokus- gruppen Experten	15	Klinik1 (n=5)  Klinik 2 (n=4)  Klinik 3 (n=2)  Klinik 4 (n=4)	58:12	02.-03.2015	Leitfaden- gestützt	Qualitative Inhalts- analyse
Einzel- interview Experte	1	Klinik 1	15:47	02.2015	Leitfaden- gestützt	Qualitative Inhalts- analyse
Stunden- evaluations- bogen*	1.467	Kliniken 1-4	-	11.2014- 04.2015	drei Items mit einem fünffach abgestuften Ranking	Deskriptive Statistik

\*Die Anzahl Stundenevaluationsbögen nach Kliniken und Bedingung (KG/IG) sind dem Anhang C5 zu entnehmen.

## 5.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Stichproben werden im Folgenden dargestellt. Die Kennzeichnung der Zitate erfolgt in Klammern hinter dem Zitat mit den im Methodenteil beschriebenen Kennungen und der Absatznummer (z. B. 1E1, 48). Es folgt zunächst die Auswertung der Fokusgruppen, gefolgt von der Stundenevaluation.

### 5.3.1 Experten

Es konnten insgesamt 4 Fokusgruppen (Klinik 1-4) mit insgesamt 16 Experten berücksichtigt werden. Abbildung 27 fasst das Kategoriensystem mit den zentralen deduktiv gebildeten Themenbereichen (Hauptkategorien) und jeweiligen Unterkategorien zusammen.

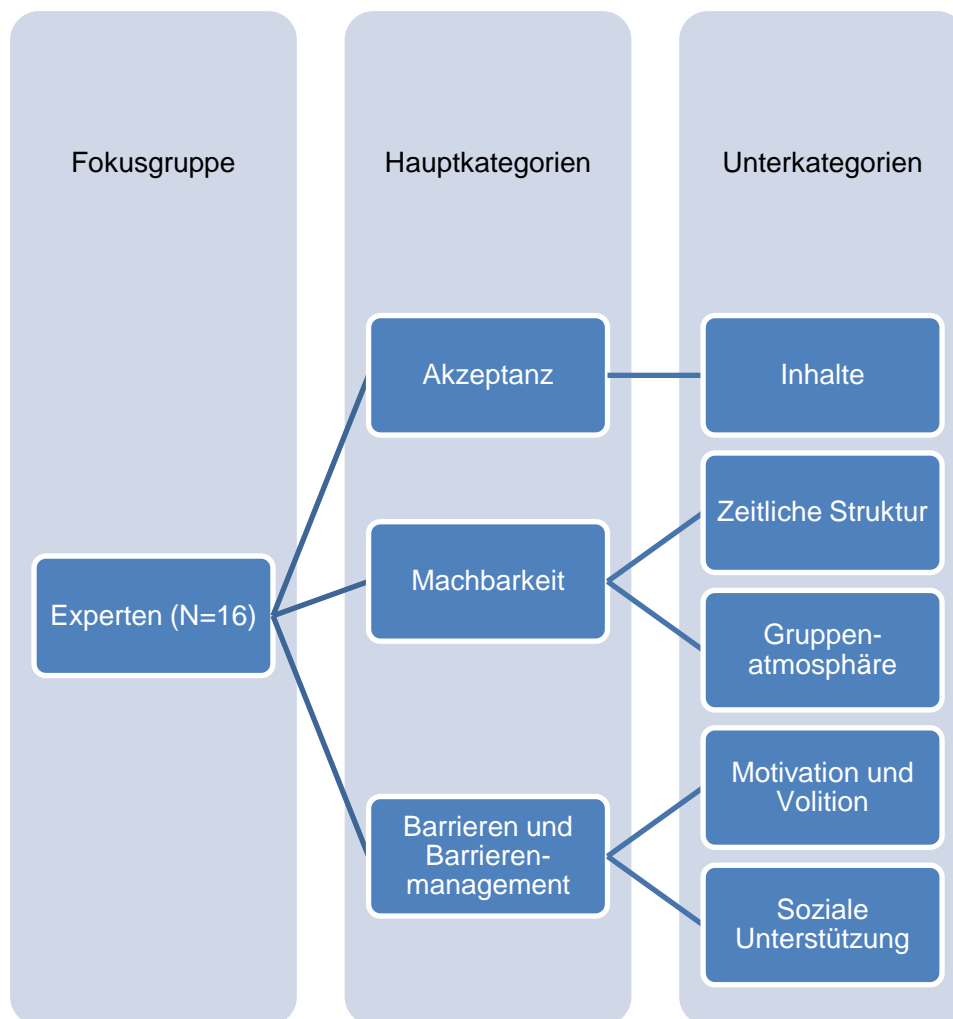


Abbildung 27: Haupt- und Unterkategorien der Fokusgruppen Experten (N=16).

Um ein kollektives Orientierungsmuster der Experten darstellen zu können, werden die Ergebnisse zusammenfassend und nicht klinikweise berichtet. Darüber hinaus handelt es sich lediglich um Auszüge der für das Promotionsvorhaben relevantesten Ergebnisse und nicht um eine vollständige Darstellung (vertiefend s. Rahmann, 2016).

**Akzeptanz.** Die Patientenschulung Debora wies seitens der Experten eine **hohe Akzeptanz** auf. Die inhaltliche Struktur wurde positiv bewertet sowie die Angemessenheit der behandelten Themen bestätigt. Das Verhältnis von Theorie zu Praxis wurde als ausgewogen bewertet.

*„(...) Nein, die groben Abschnitte finde ich gut. (...)-- Also es läuft ja nachher auf eine Integration, hatte ich zumindest so den Eindruck, hinaus. Was Verhalten, Gefühle und die Zusammenhänge, das finde ich super, vom Grundansatz her (...). Die thematische Struktur finde ich super (...)“ (2E2, 64).*

Hinsichtlich der Trainingsinhalte besteht aus Expertensicht die **Notwendigkeit von Reduktion und Vertiefung**.

*„(...) Die thematische Struktur finde ich super, aber innerhalb der Termine empfinde ich es manchmal als sehr voll. Und es gibt dann zu wenig Raum. Also da würde ich lieber einfach ein bisschen auf die Bremse treten (2E3 Auf jeden Fall. 2E4: Mhm (bejahend))“ (2E2, 70).*

Der Wunsch nach Vertiefung betraf insbesondere die Themen **Stressbewältigung und Achtsamkeit**. Eine **stärkere Bedürfnisorientierung** würde aus Sicht der Experten die Teilnehmerzufriedenheit in den Gruppen verbessern.

**Machbarkeit.** Optimierungsbedarf besteht aus Expertensicht hinsichtlich der Machbarkeit des Trainings. Die **Zeitplanung** wurde als **unrealistisch** kritisiert. Es gab keine einheitlichen Aussagen hinsichtlich des Wunsches der Intensität des Trainings. Die Anzahl von **acht Trainingseinheiten** ist aus Expertensicht jedoch nur im Rahmen **vierwöchigen Reha** angemessen und durchführbar.

*„(...) und der eigentlich erste Schockmoment war, als ich in der ersten Stunde versucht habe das Programm innerhalb von den Zeiteinheiten -- (...) und dann werfen die sich den Ball zu und vier Minuten vergehen alleine deswegen, weil die sich diesen Ball anschauen, d.h. da stehen 15 Leute und das dauert einfach (Alle: Lachen). Das dauert nicht vier Minuten,*

*sondern (2E3: 15 Minuten), das dauert 15 Minuten und du sitzt da und guckst auf die Uhr und denkst 'Ach du liebe Zeit, wie kriege ich das denn jetzt hin?' (2E2: lacht; 2E3: Panik) und dann sitzt du da und wirst so ein bisschen hippelig, das ist echt, das ist ein bisschen schwierig“ (2E4, 191).*

Die **Abwesenheit des Therapeuten** während des Kleingruppenworkshops wurde von der Mehrheit der Experten kritisch betrachtet und nicht befürwortet. Optimierungsbedarf bestand weiterhin hinsichtlich **Flexibilität und Adaptionmöglichkeiten** des Konzepts, insbesondere im Bereich der Bedürfnisorientierung der Teilnehmer.

*„(...) Ich glaube, dass, wenn Raum für Diskussion ist, Dinge aufzugreifen, Situationen zu besprechen und dafür etwas Luft zu haben, ist die Akzeptanz besser, als wenn man sehr strikt so den Ablauf versucht so einzuhalten (...)“ (1E6, 20).*

Die Lernatmosphäre variierte mit der Gruppengröße und war weiterhin vom Schweregrad der Erkrankungen abhängig. Aus Sicht der Experten bewirkte das Training bei den Rehabilitanden eine **hohe Gruppenkohäsion**. Diese war zudem in der IG stärker ausgeprägt als in der KG.

Die Aussagen zur Ausführungsintegrität legen nahe, dass das Konzept weitestgehend **Manualgetreu umgesetzt** wurde. Lediglich die zeitlichen Rahmenbedingungen zwangen die Experten zur Abweichung von den Vorgaben des Konzeptes.

*„(...)Wenn wir dann nur noch zwei Minuten Luft haben und dann auch noch sagen, die müssen wir jetzt auch nochmal füllen mit einer Achtsamkeitsübung, dann nehme ich das mit Humor und lasse die weg“ (1E5, 134).*

**Barrieren und Barrierenmanagement.** Aus Sicht der Experten stellen zum Alltagstransfer erlernter Inhalte insbesondere **mangelhaften Veränderungsmotivation und Volition** eine Barriere dar.

*„Also, die Motivationslage, was ist jetzt tatsächlich die Möhre (Alle lachen). Für die es sich lohnt sich in Bewegung zu setzen“ (2E2, 49).*

Das Management dieser Barrieren erfordert aus Sicht der Experten eine möglichst **konkrete und individuelle Veränderungs- sowie Bewältigungsplanung**, die **Förderung der Eigenverantwortung** und positiver Erfahrungen auf Basis alltagsnaher Übungen und praktischer Beispiele:

*„Ich denke, dass die ein bisschen mehr darauf fokussiert werden, was sie leisten können. Also, ich nehme immer ganz oft wahr, dass sie eigentlich so das Gefühl haben, dass sie so eine Marionette im Schauspielhaus sind und dort wird vorgegeben, was sie zu tun und zu lassen haben. Und das ist halt etwas, was sie nicht mehr können oder nicht mehr wollen. (...)“ (4E1, 120).*

Ferner könnte aus Expertensicht eine **verbesserte Reha-Nachsorge** langfristig den Alltagstransfer unterstützen, um die Rehabilitanden dabei zu unterstützen, „das Gleiche, was (...) in der geschützten Atmosphäre“ erprobt wurde „nochmal im Alltag“ zu erproben (4E3, 121).

### Zusammenfassung

In den Fokusgruppen wurde die Akzeptanz des Trainings bestätigt. Die Machbarkeit wurde insbesondere in Bezug auf die Dichte der Inhalte (weniger Inhalte und mehr Vertiefungen) als kritisch betrachtet. So wurde ein Ausbau der Einheiten zur Stressbewältigung für einen verbesserten Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen gewünscht.

Aus Sicht der Experten stellen zum Alltagstransfer erlernter Inhalte insbesondere mangelhafte Veränderungsmotivation und Volition eine Barriere dar. Daher werden zum Barrierenmanagement eine möglichst konkrete und individuelle Veränderungs- sowie Bewältigungsplanung unter alltagsnahen, die Eigenverantwortlichkeit fördernden Bedingungen gefordert.

### 5.3.2 Stundenevaluation

Bei Betrachtung der Gesamtbewertung ( $N=1.467$ ; s. Abb. 28) hinsichtlich der Bereiche **Wichtigkeit des Themas**, **Nutzen der Themen für den Alltag** sowie **Gesamtbewertung der Module** der vier Kliniken schnitten die Kliniken 2 und 3 bei allen Bewertungskriterien am besten ab. Das Training wurde in den Kliniken 1, 2 und 3 ziemlich gut, die Themen ziemlich wichtig und für den Alltag ziemlich hilfreich bewertet. In der Klinik 4 wurde das Training etwas schlechter bewertet.

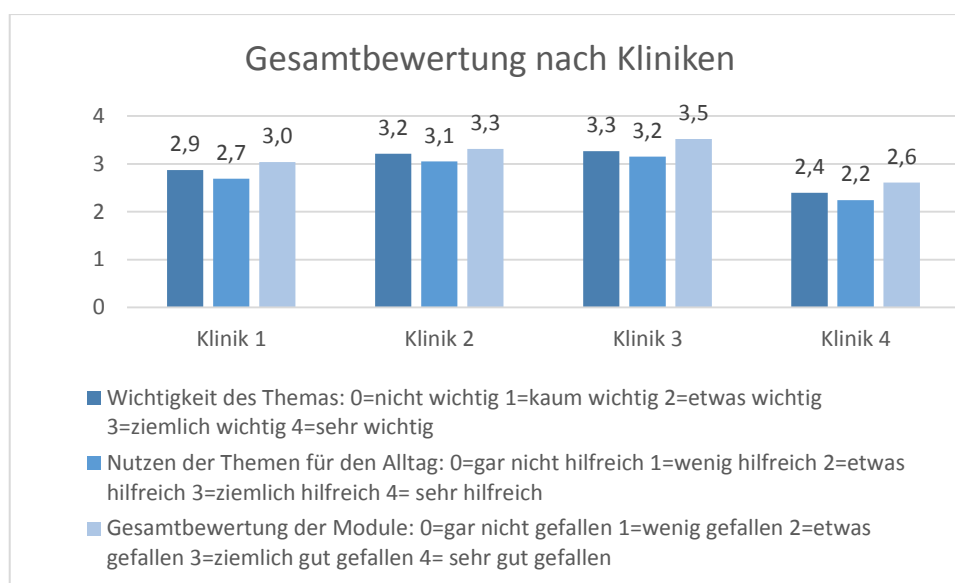


Abbildung 28: Gesamtbewertung nach Kliniken ( $N=1.467$ ).

In der Tabelle 38 werden die Mittelwerte für die Bereiche **Wichtigkeit des Themas**, **Nutzen der Themen für den Alltag** sowie **Gesamtbewertung der Module** in Abhängigkeit von Schmerzkompetenz- (KG;  $n=985$ ) und Depressionspräventionstraining (IG,  $n=482$ ) dargestellt.

In den Kliniken 1 und 4 war die Zufriedenheit mit den vermittelten Themen unabhängig von der Gruppe etwas geringer als in den übrigen Kliniken, wobei die IG der Klinik 4 die schlechteste Zufriedenheit erzielte. Am höchsten war die Zufriedenheit unabhängig von den Bedingungen in den Kliniken 2 und 3. Im klinikweisen Vergleich wird deutlich, dass der Nutzen für den Alltag das am schlechtesten bewertete Item war. Die schlechteste Beurteilung erhielt das Item insgesamt von der IG der Klinik 1 und 4, die beste von der IG der Klinik 3. In der Gesamtbewertung aller Module schnitt abermals die IG der Klinik 4 am schlechtesten und die IG der Klinik 3 am besten ab. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich bei den schlechten Bewertungen immer noch um solche Aussagen mit den Antwortvorgaben „etwas“ bis „ziemlich wichtig“ handelt. Keine der Items erzielte

Mittelwerte im Bereich „nicht wichtig, gar nicht hilfreich, gar nicht gefallen“ bzw. „kaum wichtig, wenig wichtig, wenig gefallen“.

Tabelle 38: Darstellung der Mittelwerte (M) für Wichtigkeit des Themas, Nutzen der Themen für den Alltag sowie Gesamtbewertung der Module in Abhängigkeit von Klinik und Behandlungsgruppe (N=1.467).

Items	Klinik							
	1		2		3		4	
	M		M		M		M	
	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Vermittelte Themen	3,0	2,7	3,3	3,2	3,2	3,3	2,5	2,2
Nutzen der Themen für den Alltag	2,7	2,6	3,0	3,1	3,1	3,3	2,3	2,2
Gesamtbewertung der Module	3,2	2,8	3,3	3,3	3,4	3,7	2,7	2,5

\* Antwortmöglichkeiten von 0-4, wobei 0 der schlechtesten und 4 der besten Kodierung entsprach.

### Zusammenfassung

Die Resultate für die Wichtigkeit des Themas, Nutzen der Themen für den Alltag sowie der Gesamtbewertung der Module bewegen sich unabhängig von der Klinik und der Gruppe im Bereich „etwas wichtig, etwas hilfreich, etwas gefallen“ bis „ziemlich wichtig, ziemlich hilfreich, ziemlich gut gefallen“.

In der Klinik 4 zeigten die Stundenevaluationen insgesamt eine schlechter ausfallende Bewertung der Items Wichtigkeit des Themas, Nutzen der Themen für den Alltag sowie der Gesamtbewertung der Module.

## 5.4 Diskussion

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellungen sollen nun ausgewählte Ergebnisse in die Literatur eingeordnet und diskutiert werden. Da dies bereits ausführlich der Masterarbeit von Wiebke Rahmann (2016) zu entnehmen ist, erfolgt hier lediglich eine kurze Diskussion. Die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen werden in einem zweiten Schritt unter Kapitel 5.5 tabellarisch dargestellt, um diese abschließend und ausführlich unter Kapitel 7 zu erläutern.

**Akzeptanz.** Dem Konzept Debra wurde von Expertenseite eine gute Akzeptanz aufgrund der auf dem biopsychosozialen Modell beruhenden Themenwahl und inhaltliche Untergliederung bescheinigt (DRV-Bund, 2011). Dies bestätigt ebenso die durchschnittliche positive Beurteilung der Wichtigkeit der behandelten Themen mit „*ziemlich wichtig*“ sowie die Gesamtbewertung der Module durch die Rehabilitanden mit „*ziemlich gut*“. Dennoch wurde von den Experten, ähnlich den Forderungen moderner Schulungsprogramme, eine **stärkere Fokussierung auf stress- und achtsamkeitsbasierte Inhalte** gewünscht (Faller et al., 2015, S. 604; Nagl, Ullrich & Farin, 2013). Dies stimmt mit der in der Literatur bestehenden Forderung nach der Integration berufsbezogener Behandlungselemente überein (Haaf, 2005) und könnte die vergleichsweise am schlechtesten ausfallende Bewertung des Trainings hinsichtlich des Nutzen für den Alltag erklären. Ebenso wurden aus Sicht der Experten achtsamkeitsbasierten Übungen ein nachweisbar positiver Effekt auf die Schmerzakzeptanz (Kröner-Herwig, 2014b, S. 542–543) sowie auf Depressivität und Ängstlichkeit bescheinigt (Lüking & Martin, 2011).

Trotz der mit den Experten gestalteten Workshops zur Trainingsentwicklung wurde eine **unzureichende Partizipation aus Expertensicht** bemängelt, die teilweise zu einer negativen Beeinflussung der Akzeptanz des Trainings führte. Dies entspricht der Annahme,

*„das verbesserte Absprachen im Team, gemeinsam getroffene Entscheidungen zur Behandlung zwischen Arzt, Behandlungsteam und Patient von allen Beteiligten stärker akzeptiert und konsequenter in die Praxis umgesetzt werden“* (Zimmermann et al., 2014, S. 220).

Darüber hinaus empfanden die Experten eine **Reduktion der Inhalte** als erforderlich, um unter anderem Rehabilitanden mit einem niedrigen Bildungsniveau nicht zu überfordern. Auf Rückfrage war es den Experten nicht möglich, zu reduzierende Inhalte zu nennen, weil sie alle als gleichermaßen wichtig empfanden. Dies entspricht den Ergebnissen von Haase et al. (2012), wonach das **Bildungsniveau ein entscheidender Prädiktor bzw.**



**die Gesundheitskompetenz** für die Wirksamkeit der multimodalen Schmerztherapie ist. Dies könnte ebenso einen möglichen Erklärungsansatz dafür bieten, warum die Klinik 4, in der im Vergleich zu den anderen Kliniken ein geringeres Bildungsniveau vorliegt, das Training insgesamt schlechter bewertet hat.

**Machbarkeit.** Problematisch betrachteten die Experten hingegen die Machbarkeit des Trainings, insbesondere hinsichtlich der Zeitplanung innerhalb der Trainingseinheiten, aber auch der Durchführung eines 8-stündigen Trainings im Rahmen einer lediglich dreiwöchigen Rehabilitation. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Reese und Mittag (2013a) überein, wonach eine Expertenbefragung ergab, dass der geforderte Umfang von sechs mal 90 Minuten für eine intensive schmerzpsychologische Betreuung innerhalb einer dreiwöchigen Dauer als unrealistisch angesehen werden kann.

Darüber hinaus betrachteten sie die **Abwesenheit des Therapeuten während des Kleingruppenworkshops** als äußerst kritisch. Dies widerspricht jedoch der Literatur, die zur Förderung der kognitiven Aktivierung und des Empowerments ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Handeln für notwendig erachtet (Faller et al., 2015; Feicke & Spörhase, 2012, S. 306). Darüber hinaus betonten die Experten, dass sie die Gruppenkohäsion in den IGs verglichen mit den KGs als deutlich stärker erlebten (vertiefend s. Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 178).

Aus der Perspektive der Experten herrschte eine große Ausführungsintegrität bei der Umsetzung der Trainingsinhalte. Insgesamt wünschten sie sich innerhalb des Trainings mehr **Flexibilität und Adaptionmöglichkeiten**, um die Inhalte an die Bedürfnisse der Rehabilitanden anpassen zu können (Faller et al., 2008; Ströbl et al., 2009). Die entspricht der weit verbreiteten Kritik an standardisierte Gruppenkonzepte, die es oftmals nicht ermöglichen, individuelle Problematiken intensiv thematisieren zu können (Fiedler, 2005). Trotz des Wunsches nach Flexibilität und Adaption ist zu berücksichtigen, dass das Training Debora auf das Störungsbild der entsprechenden Erkrankung angepasst wurde und eine zu starke Abweichung von einem standardisierte Therapieprogramme negative Effekte haben könnte (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011; Meng et al., 2015).

**Barrieren und Barrierenmanagement.** Als Barrieren betrachten die Experten insbesondere eine mangelnde Veränderungsmotivation sowie Volition. Die Volition ist nach Schwarzer (2016) grundlegend für eine Verhaltensänderung und den Rehabilitations-Erfolg. Demnach sollte die Handlungs- und Bewältigungsplanung, wie von den Experten gefordert, einen zentralen Inhalt des Trainings darstellen (Faller et al., 2011b; Reese & Mittag, 2013b).

Für ein erfolgreiches Barrierenmanagement empfahlen die Experten die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte, wie ebenfalls in vielen Untersuchungen gefordert (Faller et al., 2011a; Gerdes, Bührlen, Lichtenberg & Jäckel, 2005), durch eine **weitere Begleitung** der Rehabilitanden zu verbessern. Darüber hinaus beschreiben sie, dass **Erfolgslebnisse während der Rehabilitation** eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen und demzufolge eine besseren Alltagstransfer zur Folge hätten (vertiefend s. Kröner-Herwig, 2014b, S. 540–541; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Darüber hinaus forderten sie, übereinstimmend mit den Ergebnissen von Frettlöh und Hermann (2011), eine intensive Anwendung **praktischer Beispiele** im stationären Setting, um den Alltagstransfer erproben zu können.

## 5.5 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden (s. Tab. 39) sollen die Handlungsempfehlungen, welche sich durch die beschriebenen Ergebnisse und die Einordnung in den aktuellen Forschungsstand für die Weiterentwicklung der Intervention Debora ergeben, dargestellt werden. Eine dezidierte Aufstellung der Handlungsempfehlungen für die vorliegenden Ergebnisse sind ebenso der Masterarbeit von Wiebke Rahmann (2016) sowie der tabellarischen Übersicht im Anhang C8 zu entnehmen.

Tabelle 39: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 3.

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 3		
Hauptkategorien	Unterkategorien	Implikationen
Akzeptanz	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausbau der Bedürfnisorientierung</li> <li>▪ Reduktion der Inhalte bei gleichzeitiger Vertiefung und Anregungen im Bereich Stressbewältigung und Achtsamkeit</li> <li>▪ Anpassung der Inhalte an Bildungsniveau bzw. Gesundheitskompetenz</li> </ul>
Machbarkeit	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anpassung der zeitlichen Rahmenbedingungen</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora ausschließlich bei vierwöchiger Reha</li> <li>▪ Mehr Flexibilität und Anpassungsmöglichkeiten</li> </ul>
	Gruppenatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anwesenheit der Therapeuten beim Kleingruppenworkshop</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung des von Debora zur Festigung der Gruppenkohäsion</li> </ul>
Barrieren und Barrierenmanagement	Motivation und Volition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Feststellung der Behandlungs- oder Veränderungsbereitschaft</li> <li>▪ Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden</li> <li>▪ konkrete und individuelle Veränderungs- sowie Bewältigungsplanung</li> <li>▪ alltagsnahen, die Eigenverantwortlichkeit fördernden Übungen</li> </ul>
	Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schaffung von Erfolgserlebnissen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit</li> <li>▪ Intensive Hilfestellung bzw. therapeutische und/oder ärztliche Betreuung bei der Implementierung erlernter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen</li> </ul>

## 5.6 Kernbotschaft

Die Ergebnisse unterstreichen den Stellenwert einer formativen Evaluation für die Implementierung von Patientenschulungen, denn nur durch eine Berücksichtigung von spezifischen Klinikgegebenheiten wie z. B. ein abweichendes Bildungsniveau bzw. ein Mangel an Gesundheitskompetenz und die Partizipation der durchführenden Experten ist es möglich, das Training in den Klinikalltag zu integrieren und für eine größtmögliche Akzeptanz und Machbarkeit zu sorgen. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für eine zielgruppenspezifische, angemessene Konzeption des Trainings und heben die Relevanz der behandelten Inhalte hervor. Zudem sprechen die Ergebnisse dafür, dass der Umfang von acht Trainingseinheiten nur in einer vierwöchigen Rehabilitation beibehalten werden kann. Darüber hinaus geben die Ergebnisse entscheidende Hinweise für die Manualisierung der Patientenschulung. So sollte insbesondere eine Flexibilisierung in der Ausführung der Stunden möglich sein, um den Bedürfnissen der Rehabilitanden gerecht zu werden. Dies betrifft ebenso den stärkeren Ausbau der Bewältigungsplanung sowie die Steigerung von Motivation und Volition im Training und die Anbindung von entsprechenden Nachsorge-Angeboten.

## 6 Allgemeine Diskussion

Die Ebenen der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Betrachtung der Patientenzufriedenheit sind laut Grande und Rompell (2010) zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation entscheidend. Die Implementationsforschung sieht hierbei Aspekte wie Akzeptanz und Machbarkeit als grundlegende Kriterien für den Erfolg einer Maßnahme an (Petermann, 2014). Diesen Ansatz verfolgt das vorliegende Promotionsvorhaben, das die Konzept-, Prozess- und Strukturqualität des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora evaluiert sowie erste Indizien für die Ergebnisqualität generiert. Im Anschluss daran folgt unter Kapitel 6.5 eine Methodenreflexion der durchgeführten Studien.

Eine ausführliche Diskussion der Ergebnisse ist bereits den Teilstudien in den Kapiteln 3, 4 und 5 zu entnehmen. Daher erfolgt nun eine zusammenfassende Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellungen. Zu Beginn soll jedoch erläutert werden, dass eine Diskussion der Ergebnisse zwar in Anlehnung an die Fragestellung getrennt erfolgt. Ein Ergebnis der Teilstudien ist jedoch, dass die einzelnen untersuchten Aspekte sich gegenseitig beeinflussen und somit nicht separat, sondern immer im Kontext der jeweiligen Ergebnisse betrachtet werden sollten (s. Abb. 29).

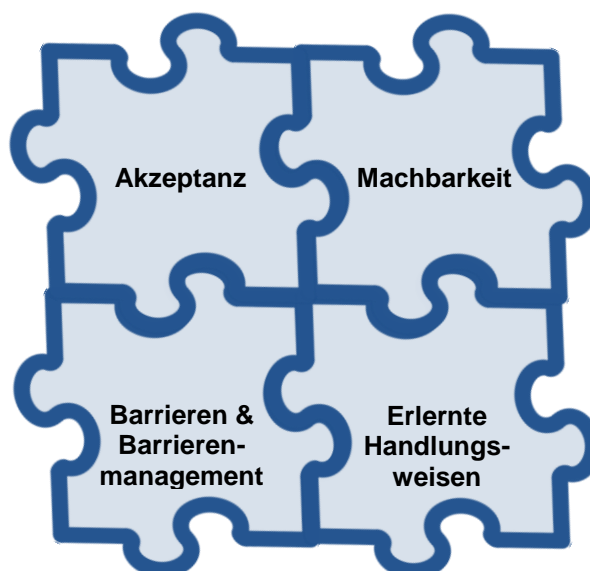


Abbildung 29: Zusammenhang der Haupt- und Nebenfragenstellungen.

Trotz der engen Verknüpfung von Machbarkeit und Akzeptanz sind die Konstrukte dahingehend zu unterscheiden, dass ein Programm zwar durchaus für eine bestimmte Institution geeignet sein kann (Akzeptanz), möglicherweise aber aufgrund von mangelnden Ressourcen nicht machbar sein könnte (Machbarkeit; Petermann, 2014, S. 125).

## 6.1 Akzeptanz

**Wie ist die Akzeptanz des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventions-  
trainings aus Rehabilitanden- und Expertensicht?**

Die positiven Aussagen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit der Rehabilitanden und Experten stellen ein wichtiges Qualitäts- und Ergebniskriterium für das Training Debora dar (Zimmermann et al., 2014, S. 219). Dies bestätigten ebenso die Resultate betreffend der Inhalte, die sich an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientierten. Es ist davon auszugehen, dass eine positive Beeinflussung der Zufriedenheit der Teilnehmer aufgrund der **Bearbeitung favorisierter Themenbereiche im Bereich Stress- und Schmerzbewältigung sowie Achtsamkeit** erfolgte (Faller et al., 2015). Die Experten forderten insbesondere im Bereich Stressbewältigung eine Vertiefung der Inhalte, um den zunehmenden Belastungen in der Arbeitswelt der Rehabilitanden gerecht werden zu können (Hapke et al., 2013). Die Achtsamkeit hatte aufgrund ihrer alltagsnahen Anwendbarkeit aus Rehabilitandensicht einen besonders positiven Charakter. Dies stimmt mit den Angaben von Kröner-Herwig (2014b) überein, wonach die alltagsnahe Anwendbarkeit sich positiv auf den Alltagstransfer auswirkt.

Die **Ausgewogenheit von Theorie zu Praxis** wurde von den Rehabilitanden und Experten bestätigt. Die schlechter ausfallenden Angaben zur Zufriedenheit, hingen insbesondere mit den Depressivitätsmerkmalen und der Kontrollbedingung ( $IG_{depr}$ ,  $KG$ ,  $KG_{depr}$ ) zusammen, die sich den Ausbau bestimmter Inhalte, insbesondere im Bereich der Diskussionszeiträume, wünschte. Dies kann weiterhin als Überlegenheit des Depressionspräventionsmoduls interpretiert werden. Laut Petermann (2014) ist insbesondere die Anpassung an die Gruppe bei gleichzeitiger Manualtreue besonders wichtig, dies war den Experten aufgrund der engen zeitlichen Rahmendbedingungen jedoch nicht immer möglich, was aus Experten- und Rehabilitandensicht zu einem Mangel an ausführlichen Diskussionszeiträumen zum Besprechen individueller Problemlagen führte.

Einen viel gravierenderen Aspekt stellt jedoch aus Experten- und Rehabilitandensicht das Bildungsniveau bzw. ein Mangel an Gesundheitskompetenz dar. Demzufolge sind schlechter ausfallende Bewertungen in einer der Kliniken auf ein insgesamt niedrigeres Bildungsniveau zurückzuführen und es ist daher darauf zu achten, die Inhalte dem **Bildungsniveau der Rehabilitanden, insbesondere sprachlich als auch bezüglich des Umfangs, anzupassen** (Haase et al., 2012), um die Akzeptanz sowie die Wirksamkeit des Trainings zu optimieren.

Von den Rehabilitanden wurden überwiegend, unabhängig von Debra, **zusätzliche therapeutische Einzelfallbetreuungen** gewünscht. Dies entspricht einem verbreitetem Kritikpunkt standardisierter Gruppenkonzepte, wonach innerhalb psychologischer Gruppenangebote die individuellen Probleme der Teilnehmer weniger intensiv thematisiert werden können als in der Einzeltherapie (vertiefend s. Fiedler, 2005). Dennoch bedeutet dies keinesfalls, dass gruppentherapeutische Angebote weniger effektiv sind als einzeltherapeutische (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2011, S. 553; vertiefend s. Lange & Petermann, 2013). Demnach sprechen die Ergebnisse der Rehabilitanden und Experten dafür, dass die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie im vorliegenden Setting der VMO nicht optimal erfolgte. Dies fordert eine bessere Kooperation mit den Kliniken ein (vgl. Müller, Zimmermann & Körner, 2014), um den Bedürfnissen der Rehabilitanden gerecht werden zu können (Lange & Petermann, 2013).

Ein weiterer die Zufriedenheit beeinflussender Effekt war der des Therapeuten. Dies bestätigten die Ergebnisse von Ullrich, Schöpf, Nagel und Farin (2015, S. 113), wonach **Dozenten eine Schlüsselrolle für die Schulungsqualität** übernehmen. Dieser Aspekt der Zufriedenheit wurde nicht explizit im Leitfaden erfragt, dessen Spontannennungen sind daher für die Ergebnisse umso relevanter. Aufgrund dessen liegen jedoch zu diesem Themenfeld leider keine Aussagen aus Expertensicht vor. Der Therapeuteneffekt wirkte sich in der KG im Vergleich zur IG deutlich negativer aus. Dies ist möglicherweise auf einen Mangel an persönlicher Eignung und methodischer Kompetenz bei der Durchführung der KG zurückzuführen (Feicke & Spörhase, 2012). Trotz der Angaben der Therapeuten zu einer manualgetreuen Umsetzung, zeigten sich laut Aussagen der Rehabilitanden Abweichungen in der Ausführungsintegrität z. B. in Bezug auf die angewandte Methodik sowie spezifische Charaktereigenschaften der Therapeuten. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Beelmann und Karing (2014, S. 130) wirkten sich diese negativ auf die Akzeptanz aus Rehabilitandensicht aus. Für die Qualität der Implementationsforschung ist somit nicht nur die Manualtreue, sondern ebenso **didaktische Mängel** in der Umsetzung von Patientenschulungen relevant (Feicke & Spörhase, 2012). Im Kontext der Ergebnisse ist hier zu beachten, dass das Angebot

kontinuierlicher Nachschulungen bzw. Train-the-Trainer-Angebote unerlässlich ist.

Die unpräziseren Aussagen im Vergleich der KG zur IG, unabhängig von der Bedingung, lassen sich auf den zeitlichen Umfang des Trainings zurückführen und sprechen für die von Reese und Mittag (2013a) geforderte Kombination einer mindestens vierstündigen Schmerzbewältigungstrainings sowie einer intensivieren schmerzpsychotherapeutische Gruppenbehandlung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Teilstudie bezüglich der Akzeptanz der Rehabilitanden und Experten sprechen für die zielgruppenspezifische Konzeption des Trainings Debora und legen nahe, dass Debora sich als eine Form eines kognitiv-behavioralen Trainings gut für die Bedürfnisse von Patienten mit psychosozialen Belastungen eignet. Die schlechter ausfallenden Angaben zur Zufriedenheit der KG können weiterhin als Überlegenheit des Depressionspräventionsmoduls interpretiert werden und sprechen für eine kombinierte Durchführung.



## 6.2 Machbarkeit

**Wie ist die Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventions- trainings aus Rehabilitanden- und Expertensicht?**

Die Beschreibungen des Trainings durch die Rehabilitanden verdeutlichen, dass die **Nachvollziehbarkeit und Transparenz**, hinsichtlich der Ziele der Intervention und somit eine klare Strukturierung gegeben sind (Feicke & Spörhase, 2012). Die Stimmigkeit von Zielen und Inhalten trägt nach Feicke und Spörhase (2012, S. 303) zu einem guten Lernprozess bei. Darüber hinaus werden die Ergebnisse dadurch bestätigt, dass die Mehrzahl der Rehabilitanden das Training als angemessen und demnach zielgruppengerecht beschreibt. Dennoch zeigte sich, wie bereits bei der Akzeptanz beschrieben, dass sowohl aus Rehabilitanden- als auch aus Expertensicht das Training dem jeweiligen Bildungsniveau der Rehabilitanden angepasst werden sollte.

Die **zeitliche Struktur** des Trainings wurde von den Rehabilitanden sehr divergent beurteilt. Stärkere Kritik kam von Seiten der KG ohne und mit erhöhtem Grad an Depressivität. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass der Interventionszeitraum der KG wesentlich kürzer war bzw. es an ausreichend Raum für die Reflexion des Erlernten mangelte. Zudem wurden übereinstimmend mit den Experten **kürzere Einheiten** gefordert, da laut der Beschreibung, die Länge der Einheiten zu einem Konzentrationsverlust führt. Dies zeichnete sich insbesondere bei den Rehabilitanden mit einem erhöhten Grad an Depressivität ab. Darüber hinaus führten die Rehabilitanden die Mängel im zeitlichen Ablauf auf die schlechte Integration in den weiteren Reha-Ablauf zurück. Dies bestätigen die Ergebnisse von Brandes und Kollegen (2008), wonach die Dissemination von Schulungskonzepten eine Herausforderung für die Klinikroutine darstellen. Zu den Hindernissen einer erfolgreichen Implementation zählen demnach unter anderem ungünstige strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen (Faller et al., 2011a, S. 291). So war in der vorliegenden Studie der zeitliche und organisatorische Aufwand sehr groß, was zu einer negativen Beurteilung aus Expertensicht geführt haben könnte (Ullrich et al., 2015, S. 113–114).

Die Experten forderten neben einer Reduktion der Inhalte eine gleichzeitige **Vertiefung**, wie z. B. der bereits in Kap. 6.1 beschriebenen Stressbewältigung, konnten jedoch auf Nachfrage keine zu reduzierenden Inhalte nennen. Dies spricht einerseits dafür, dass die behandelten Themen einen unverzichtbaren Beitrag zur Edukation in der multimodalen Therapie liefern (vertiefend s. Arnold et al., 2014). Andererseits sollte darüber nachgedacht werden, das Training zu erweitern bzw. für bestimmte Inhalte ergänzende

Vorträge oder Module zu konzipieren, um diese vertiefen zu können. Dies könnte nicht nur eine Verbesserung der Beurteilung der Machbarkeit aus Expertensicht bewirken, sondern ebenso eine zu starke modifizierte Durchführung des Trainings durch die Experten vermeiden (vertiefend s. Meng et al., 2015). Dies entspricht ebenso den Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit CRS von Reese und Mittag (2013a, S. 835), wonach neben einem psychoedukativ ausgerichteten Schmerzbewältigungstraining im Umfang von mindestens 4 Stunden „*eine intensivere psychologische Schmerztherapie (...) die mehr zeitliche Ressourcen als das Schmerzbewältigungstraining erfordert*“ etabliert werden sollte.

Die Empfehlung einer kombinierten Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining wird durch die Resultate hinsichtlich der **Gruppenatmosphäre** bestätigt, da diese in der IG laut Aussagen der Rehabilitanden und der Experten als wesentlich besser bezeichnet wurde als in der KG. In der vorliegenden Studie wurde die im Rahmen der Gruppe **generierte sozialer Unterstützung** als überwiegend sehr positiv beurteilt. Mau und Smolenski (2014) bestätigen, dass die positiv erlebte soziale Interaktion und soziale Unterstützung mit einer besseren gesundheitlichen Anpassung einhergeht und zu einer besseren Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen beiträgt. Zudem werden die Ergebnisse durch Schuler et al. (2013) bestätigt, wonach Patientenschulungen, die eine Steigerung von Selbstmanagementfähigkeiten oder sozialer Unterstützung zum Ziel haben den Gesundheitszustand einer Person verbessern. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass die Wahrnehmung und Mobilisierung sozialer Ressourcen, die Problemanalyse, emotionale Entlastung durch Ausdruck von Gefühlen sowie das Akzeptieren der gegenwärtigen Situation mit einer Verringerung psychischer Belastungen assoziiert sind (Koch et al., 2011). Ausschließlich in der KG<sub>depr</sub> kam es zu einer negativen Beurteilung der Gruppenatmosphäre, was an dem Wunsch einer bereits beschriebenen patientenorientierteren Ausgestaltung liegt. Dies unterstreichen die Ergebnisse von Heyduck et al. (2011) sowie von Kleist und Beyer (2012) nachdem sich chronische Rückenschmerzpatienten und auch depressive Patienten generell einen ganzheitlichen Ansatz und eine patientenorientierte Ausgestaltung wünschen. Ferner wurde in den Aussagen der Rehabilitanden deutlich, dass die Gruppenatmosphäre durch unterschiedliche Biografien gekennzeichnet wird (vertiefend s. Feicke & Spörhase, 2012, S. 303), hierbei wurde insbesondere betont, dass bei der Zusammensetzung von Gruppen auf **identische Störungsbilder** zu achten ist. Übereinstimmend mit den Erkenntnissen von Dankwart und Strauß (2012, S. 63–64) ist davon auszugehen, dass störungshomogene Gruppen günstigere Prozesse entwickeln. Da es sich bei den negativen Äußerungen hauptsächlich um solche der Rehabilitanden der KG handelt, ist darüber hinaus zu bedenken, dass die Zusammenstellung von

kurzzeitig bestehenden Gruppen möglichst homogen erfolgen sollte. Demzufolge sollte die Homogenität oder Heterogenität einer Gruppe sowie ihre zeitliche Dauer aufeinander abgestimmt werden, um das Entstehen von Gruppenkohärenz zu begünstigen (Tschuschke, 2010). Ebenso ist in diesem Kontext, wie von den Rehabilitanden berichtet, auf die **Gruppengröße** zu achten, um neben der Gruppenkohäsion mehr interaktive Methoden anwenden zu können und ausreichend Zeit für Diskussionen zu ermöglichen (Reusch et al., 2013, S. 226).

Unterschiedliche Aussagen gab es bezüglich der Präsenz der Therapeuten beim **Kleingruppenworkshop**, die laut Trainingskonzept (s. Kap. 1.7) nicht erforderlich ist. So wünschte sich nur ein Teil der Rehabilitanden zu Beginn des Kleingruppenworkshop die **Anwesenheit des Therapeuten**. Dies begründeten sie mit Unsicherheiten bei der Durchführung aufgrund von mangelnder didaktischer Anleitung bzw. Einführung in das Workshop-Konzept durch den Therapeuten. Die Experten sahen hingegen die Durchführung ohne ihre Anleitung als insgesamt kritisch, da sie nicht für mögliche Probleme und Verständnisschwierigkeiten zu gegen waren. Dies widerspricht jedoch gänzlich dem Ansatz von Patientenschulungen, wonach das soziale Lernen und das Empowerment der Rehabilitanden bei gegenseitigen Erfahrungsaustausch, Reflexion und Unterstützung bzw. mit einer „*selbstständige(n) Auseinandersetzung mit anspruchsvollen Aufgaben*“ einhergeht (DRV-Bund, 2013, S. 11; Feicke & Spörhase, 2012, S. 305). Darüber hinaus sollten Lernprozesse nicht von außen gesteuert werden, sondern ihr Fokus auf der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Eigenmotivation liegen (Faller et al., 2008; Feicke & Spörhase, 2012, S. 301). Dennoch sind die Äußerungen der Rehabilitanden und Experten zu berücksichtigen und zu bedenken, dass beim ersten Stattfinden der Kleingruppen-Workshops ein Experte für Rückfragen zur Verfügung stehen sollte, um eine klare Strukturierung zu ermöglichen (Feicke & Spörhase, 2012; Seidel & Shavelson, 2007).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass die Machbarkeit des Trainings Debora gegeben ist und es sich demzufolge für den Einsatz in die VMO eignet. Insbesondere die Machbarkeit aus Expertensicht ist jedoch zu verbessern, was insgesamt eine Auslagerung der Inhalte bzw. einen Ausbau des Trainingsumfangs erfordert. Dies wäre aber nur bei einer standardmäßigen Durchführung eines VMO-Konzeptes von vier Wochen möglich und erfordert demzufolge ein Umdenken in den Therapiestandards der VMO ein.

### 6.3 Erlernte Handlungsweisen

**Welche erlernten Handlungsweisen werden von den Rehabilitanden explizit auf das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining zurückgeführt?**

In der IG wurden insgesamt mehr und ausführlicher über erlernte Handlungsweisen berichtet als in der KG. Darüber hinaus ist zu berichten, dass die Rehabilitanden der KG und der KG<sub>depr</sub> erst nach mehrfachen Nachfragen erlernte Handlungsweisen berichteten. Dies liefert im Bereich der Erlernenen Handlungsweisen erste Indizien dafür, dass die IG stärker vom Training profitierte als die KG.

Zu den am häufigsten durch die Rehabilitanden berichteten erlernten Handlungsweisen innerhalb des Trainings Debora zählt das **Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses**. Demnach stimmt der Schwerpunkt des Trainings mit den Praxisempfehlungen von Reese und Mittag (2013a, S. 835) überein, indem Interventionen auf einem biopsychosozialen Ansatz basieren sollten. Darüber hinaus wird insbesondere bei der Gestaltung von Interventionen im Bereich psychosomatischer Störungen die Berücksichtigung komplexer biopsychosozialer Zusammenhänge gefordert (Koch et al., 2011, S. 30). Übereinstimmend bestätigen Faller, Reusch und Meng (2011a, S. 286), dass kognitiv-behaviorale Interventionen, die eine psychologische Komponente enthalten, die Schmerzinterferenz (kurzfristig) positiv beeinflussen sowie (langfristig) eine Rückkehr zur Arbeit ermöglichen. Darüber hinaus zeigten die Aussagen der Rehabilitanden, dass sie das Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses dabei unterstützte Fehlannahmen hinsichtlich der Bewältigung von Schmerzen zu korrigieren (vertiefend s. Broonen et al., 2011, S. 364). Das Ziel der Intervention Debora bei den Rehabilitanden ein **biopsychosoziales Krankheitsverständnis** zu schaffen ist demnach erreicht.

Zu den weiterhin berichteten erlernten Handlungsweisen zählten die Bereiche Achtsamkeit und Entspannung. Demzufolge stimmen die Inhalte des Trainings mit den am häufigsten genannten Therapiezielen chronischer Schmerzpatienten sowie von Rehabilitanden in der Diagnosegruppe der depressiven Störungen überein (vertiefend s. Berking, Jacobi & Masuhr, 2002). **Achtsamkeitstraining** als psychotherapeutisches Verfahren wird eingesetzt **zur Steigerung des Wohlbefindens**, zur Stressbewältigung sowie im Umgang mit Depressionen (Heidenreich & Michalak, 2015). Laut Lutz (2011) kann sich die Steigerung der Genussfähigkeit positiv auf die Senkung der Skalenwerte Depression, Angst und Neurotizismus auswirken. **Entspannung als gezielte Bewältigungsmaßnahme** kann „*direkt oder indirekt zur Herabregulierung von*

*Schmerzen*“ führen (Klinger, Schedlowski & Enck, 2011). Zudem ermöglichte die aus den Ergebnissen resultierende hohe Anwenderfreundlichkeit bzw. die unkomplizierte Umsetzung und Aneignung dieser Übungen, die von der (DRV-Bund, 2011, S. 8) geforderte Alltagsimplementierung. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der innovative Einsatz bzw. das Verhältnis von Theorie zu praktischen Übungen zusätzlich dem **Empowerment** der Rehabilitanden dient, und demzufolge effektiv ist (Faller et al., 2011b).

Die ebenso berichtete **Generierung personaler Ressourcen** im Umgang mit auftretenden Stressoren zeichnete sich insbesondere in einer Stärkung der **Selbstwirksamkeit** und **Motivation** ab und betonte die neu gewonnene Abgrenzungsfähigkeit der Rehabilitanden. Die Ergebnisse spiegeln die übergeordneten Ziele von Patientenschulungen der multimodalen Schmerztherapie wider, die sich auf eine Steigerung des Selbstmanagements sowie des Empowerments konzentrieren (Arnold et al., 2014). Darüber hinaus führt Wachter (2014, S. 93) zufolge die zunehmende Wahrnehmung von Ressourcen zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Diesen Effekt erzielt ebenso die Reflexion bereits vorhandener Ressourcen, die sich laut Aussagen der Rehabilitanden, in denen durch Debora **ausgelösten Reflexionsprozessen** zeigte (vertiefend s. Wachter, 2014, S. 93). Nach Wolf-Kühn und Morfeld (2016, S. 19) können sich diese beschriebenen, „*im Laufe des individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses*“ wiederholten Erfahrungen positiv auf das Kohärenzgefühl auswirken und die Rehabilitanden dabei unterstützen „*das eigene Leben gestalten und meistern zu können*“ (vertiefend s. Antonovsky, 1997). Diese ausgelösten Reflexionsprozesse sollten vertiefend in therapeutischen Einzelgesprächen thematisiert werden. Dies kommt zugleich dem Wunsch nach mehr therapeutischen Einzelgesprächen und dem stärkeren Einbezug der individuellen Problemlagen der Rehabilitanden nach.

Trotz der beschriebenen erlernten Handlungsweisen bestanden seitens der Rehabilitanden Befürchtungen hinsichtlich der erfolgreichen Alltagsimplementierung. Die Didaktik sollte demzufolge nicht nur „*nach Inhalten und deren Vermittlung fragen, sondern ebenfalls die handlungsbezogene und lebenspraktische Bedeutung für den Lernenden beachten*“ (Feicke & Spörhase, 2012, S. 302). Dies stimmt mit der Annahme der konstruktivistischen Didaktik überein, dass Gelerntes erst dann bedeutsam wird, wenn es sich als relevant bzw. lebenspraktisch erweist. Darüber hinaus wird laut Faller und Kollegen (2011a) eine Verhaltensänderung nicht innerhalb weniger Wochen wirksam, sondern bedarf einer langfristigen Verfestigung und Erprobung im Alltag. Zwar zeigen die Ergebnisse hinsichtlich der Achtsamkeit und Entspannung erste Erfolge bei der Alltagsimplementierung, dennoch ist die **Notwendigkeit geeigneter Nachsorge-**

**empfehlungen** indiziert (Gerdes et al., 2005; Morfeld et al., 2010) und sollte ebenso im vorliegenden Trainingskonzept stärkere Berücksichtigung finden.

Die Ergebnisse veranschaulichen, dass die erlernten Handlungsweisen auf Debora zurückgeführt werden können. Diese betreffen das Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, personaler Ressourcen, Achtsamkeit und Entspannung sowie die Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Rehabilitanden für den relativ kurzen Zeitraum einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation eine Vielzahl erlernter Handlungsweisen berichten, was wiederum erste Indizien für die Wirksamkeit des Trainings liefern. Dennoch ist für eine Beurteilung der Ergebnisqualität weiterhin die langfristige Verfestigung bzw. der Alltagstransfer zu prüfen.

## 6.4 Barrieren und Barrierenmanagement

- **Welche Barrieren werden für den Transfer der erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in den Alltag aus Rehabilitanden- und Expertensicht befürchtet?**
- **Welche Förderfaktoren könnte das Management dieser Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen aus Rehabilitanden- und Expertensicht unterstützen?**

Im Zusammenhang mit der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurden sowohl von den Rehabilitanden als auch von den Experten eine Vielzahl von Barrieren benannt. Diese unterschieden sich jedoch stark. Die Rehabilitanden bezeichneten analog zu den Ergebnissen von Grande und Romppel (2010) und Schwarz (2015a) hauptsächlich Belastungen wie **berufliche und familiäre Problemlagen** als Barrieren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Persistierende psychische und berufliche Problemlagen zählen somit zu den Barrieren, die eine weitere Chronifizierung fördern und verdeutlichen wie wichtig die Förderung einer angemessenen Work-life-Balance für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 4). Von den Experten wurden die eben beschriebenen beruflichen und familiären Belastungen nicht genannt.

Übereinstimmungen aus Rehabilitanden- und Expertensicht gab es jedoch hinsichtlich eines befürchteten **Mangels an Volitionsstärke**. Dieser war bei den Rehabilitanden mit klinisch-auffälligen Depressivitätswerten ausgeprägter als bei denen ohne. Schwarzer et al. (2011, S. 161f) bestätigen, dass das zeitgleiche Auftreten psychischer Komorbiditäten bei CRS die Fortführung von gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erschwert. Insbesondere wurde von den Rehabilitanden der negative Einfluss situativer Barrieren, wie z. B. arbeitsbedingter zeitlicher Kapazitäten oder eine schlechte Wetterlage, auf die Volition beschrieben (vertiefend s. Krämer & Fuchs, 2010; Schwarzer, 2016). Die Experten sahen darüber hinaus noch einen generellen **Mangel an Motivation** als hinderlich für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Schwarzer und Kollegen (2011) zufolge ist sowohl die Motivation als auch die Volition entscheidend, um langfristig eine Verhaltensänderung und Aufrechterhaltung erreichen zu können.

Ebenso wurde eine **Mangel an personalen Ressourcen** von den Rehabilitanden und Experten befürchtet, der für die Volition gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erforderlich ist. Demzufolge sahen die Rehabilitanden insbesondere in einer schwachen Abgrenzungsfähigkeit bzw. Selbstwirksamkeit im Beruf sowie der Annahme alter Verhaltens- und Denkmuster eine Barriere für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Übereinstimmend mit Kröner-Herwig (2014b, S. 540–541) zählt die Selbstwirksamkeitsüberzeugung somit zu einem bedeutsamen Moderator für das Belastungserleben. Dies belegt wiederum die Bedeutsamkeit der Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei Schmerzpatienten für die Bewältigung von Barrieren und den langfristigen Behandlungserfolg (Faller et al., 2011b; Koch et al., 2011). Im Kontext des HAPA-Modells (Schwarzer, 2002) unterstützen die vorliegenden Ergebnisse, dass der Selbstwirksamkeitserwartung eine besondere Bedeutung bei der Modifikation von Gesundheitsverhalten zukommen sollte. Volitionale Prozesse sollten somit in den Vordergrund gerückt werden, um Patientenschulungen erfolgreich zu verbessern.

Aufbauend auf den eben beschriebenen Barrieren, nannten die Rehabilitanden sehr konkret Förderfaktoren, die sie bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen könnten (Heyduck et al., 2011). Es handelte sich jedoch entgegengesetzt gängiger Studien (Buchholz & Kohlmann, 2014b) nicht um Schmerzreduktion sondern sowohl aus Rehabilitanden- als auch aus Expertensicht um eine notwendige **Stärkung vorhandener Ressourcen** (Jegan et al., 2013). Die **soziale Unterstützung** wurde, übereinstimmend mit Mau und Smolenski (2014, S. 231), als eine entscheidende Bewältigungsressource für das Barrierenmanagement beschrieben. Es wurde sowohl aus Rehabilitanden- als auch aus Expertensicht nicht nur eine **Mobilisierung familiärer und sozialer Ressourcen** (Koch et al., 2011, S. 30), sondern insbesondere eine **intensive Hilfestellung bzw. therapeutische Betreuung** bei der Implementierung erlernter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen gewünscht. Diese Hilfestellung sollte sich insbesondere in aufsuchender Unterstützung durch „Gesundheitspartner“ wie z. B. Therapeuten wiederfinden (vergleichend s. Pfingsten & Hildebrandt, 2011). Darüber hinaus war bei den Rehabilitanden der Wunsch nach weiterführenden Nachsorgeangeboten innerhalb einer **Gruppe** besonders hoch, dies bezog sich sowohl auf den psychologischen als auch auf den bewegungstherapeutischen Bereich.

Weiterhin wurde von den Rehabilitanden betont, dass auch die **soziale Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers** erforderlich ist, um die erlangten personalen Ressourcen umsetzen zu können. Dies bestätigt die von Grande und Romppel (2010, S. 380)



formulierte These, dass die Rehabilitanden dem Abbau von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen ebenso negative Konsequenzen beimessen. Ferner bestätigen Peters, Spanier, Mohnberg, Radoschewski und Bethge (2016, S. 102), dass die subjektive Arbeitsfähigkeit vom Maß sozialer Unterstützung beeinflusst wird.

Da das **soziale Netzwerk** unmittelbar von den Beeinträchtigungen der Erkrankung betroffen ist (Wachter, 2014, S.17) war für die Rehabilitanden ebenso wichtig, eine Art gesellschaftliche Akzeptanz ihres Krankheitsbildes zu erzielen. Auf diese Weise versprachen sie sich Ressourcen generieren zu können, die sie bei der Weiterführung der erlernten Handlungsweisen unterstützen. Die Einbettung in ein soziales Netzwerk ist demzufolge, wie von Brinkmann (2014, S. 169–173) beschrieben, nicht nur ein wichtiger Schutzfaktor sondern ebenso bedeutungsvoll für den Alltagstransfer gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Des Weiteren ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Anliegen therapeutischer Betreuung und der **Stärkung personaler Ressourcen**. Welches sich übereinstimmend von den Rehabilitanden und Experten gewünscht wurde. Kongruent zur Literatur sollte demzufolge ein Schwerpunkt der Nachsorge in der Feststellung der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden liegen (Schwarzer et al., 2011), um eine konkrete und individuelle Veränderungs- sowie Bewältigungsplanung etablieren und über kontinuierliche Nachsorgemaßnahmen stärken zu können.

Die Ergebnisse bezüglich möglicher Barrieren und ihres Barrierenmanagements aus Rehabilitanden- und Expertenperspektive legen nahe, dass insbesondere Belastungen im familiären und beruflichen Kontext Barrieren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen darstellen. Eine entscheidende Ressource für das Management dieser Barrieren ist demnach neben der Stärkung personaler Ressourcen die soziale Unterstützung. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen abermals die Notwendigkeit von Nachsorge für die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen.

## 6.5 Methodendiskussion

Anders als bei der quantitativen Forschung, bei der die Validität (Gültigkeit), Objektivität (Unabhängigkeit) und Reliabilität (Genauigkeit) als zentrale Kriterien genutzt werden, sind diese in der qualitativen Forschung noch nicht spezifisch formuliert (Flick, 2014; Lamnek, 2010, S. 127-131; Steinke, 2015). Bisher wird die Operationalisierung quantitativer Kriterien auf qualitative Verfahren heiß diskutiert, so dass noch kein einheitlicher Konsens entstanden ist, die Übertragbarkeit jedoch grundsätzlich bezweifelt wird (Steinke, 2015, S. 320). Laut Lamnek (2010, S. 144) erscheint ein abstrakter Vergleich zwischen quantitativen und qualitativen Gütekriterien wenig zweckmäßig. Dennoch sollte die Einschätzung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien zu einem zentralen Element der empirischen Forschung zählen (Mayring & Fenzl, 2014), um Probleme wie z. B. das der sozialen Erwünschtheit im Forschungsprozess zu vermeiden (Petermann, 2014).

Da die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung für andere Methoden entwickelt wurden und unter den Begrifflichkeiten etwas anderes verstanden wird, wird in der vorliegenden Methodendiskussion auf die Nutzung der Begriffe Objektivität, Reliabilität und Validität bewusst verzichtet (vertiefend s. Steinke, 2015) und auf die Gütekriterien nach Flick (2014) verwiesen. Flick (2014) formuliert dabei folgenden Anspruch an die qualitative Forschung:

Kasten 12: Anspruch an qualitative Forschung (Flick, 2014, S. 422).

- Die Wahl der **Methoden** muss begründet dargestellt werden,
- die konkrete **Vorgehensweisen** expliziert werden, d.h. so transparent dargestellt werden, dass Leser sich ein eigenes Bild über Anspruch und Wirklichkeit des Projektes machen können und
- die dem Projekt zu Grunde liegenden **Ziel- und Qualitätsansprüche** müssen benannt werden.

Die nachfolgende Methodendiskussion erfolgt auf Basis der von Flick formulierten Kriterien.

### 6.5.1 Methodenwahl

In der vorliegenden Untersuchung wurde die qualitative Sozialforschung als Forschungsmethode gewählt. In der vorliegenden Arbeit wurden leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein **triangulatives Verfahren**, um den Forschungsgegenstand mit verschiedenen Methoden zu beleuchten (Denzin, 2009). Die **problemzentrierten Interviews und Fokusgruppen** eigneten sich insgesamt hervorragend, um die individuellen Erfahrungen, Meinungen und Vorstellungen der Zielgruppe explorieren und analysieren zu können (Mayring & Fenzl, 2014). Bezüglich der Fokusgruppen ist zu ergänzen, dass durch die Gruppendynamik relevante subjektbezogene Themen möglicherweise nicht berichtet wurden. Dennoch überwiegt der Vorteil der Gruppendynamik zur Förderung der Kommunikation zum Gewinnen von vertiefenden Erkenntnissen. Darüber hinaus wurden zur Gewinnung subjektbezogener Erkenntnisse problemzentrierte Einzelinterviews genutzt. Mithilfe der Erhebungsinstrumente gelang es weiterhin, die Erfahrungen im Training intensiv zu reflektieren, was mit einem quantitativen Vorgehen nicht in dieser Weise möglich gewesen wäre.

Trotz der triangulativen Methodik sollten die Studienergebnisse anhand **weiterer Untersuchungen** validiert werden. Dies ließe sich anhand von qualitativen Verfahren wie z. B. teilnehmenden Beobachtungen vornehmen. Ergänzend sollten quantitative Erhebungen, wie im Forschungsprojekt geplant, durchgeführt werden. Diese sollten mit einer größeren Stichprobe und einer KG im Prä-Post-Design durchgeführt werden. Für eine Prüfung langfristiger Effekte sind ebenso Follow-up-Untersuchungen zu empfehlen. Dies erfolgt zurzeit im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes (s. Kap. 1.7). Die Datenerhebung wird derzeit durchgeführt und die Ergebnisse werden zu gegebener Zeit an anderer Stelle berichtet. Ein Einbezug der quantitativen Ergebnisse in das Promotionsvorhaben würde die vorhandenen Ressourcen insbesondere in Bezug auf die zeitlichen Ressourcen übersteigen (Akremi, 2014). Dennoch wurde bei der Projektentwicklung der Einbezug qualitativer und quantitativer Forschungsergebnisse im Sinne des **Mixed-Methods Ansatzes** berücksichtigt, so dass sich diese optimal ergänzen.

Die durchgeführte **interne Evaluation** stellt ein geeignetes Verfahren zur Evaluation dar, da „meist mehr detaillierte Informationen über den Evaluationsgegenstand zugänglich sind, die externe Evaluatoren kaum erlangen können“ (Döring, 2014, S. 174). Da die Autorin jedoch maßgeblich an der Konzeptionierung des Trainings beteiligt war, sollten die vorliegenden Ergebnisse über **externe Evaluationen**, von nicht am Projekt Beteiligten, verifiziert werden. Zudem werden externe Evaluationen grundsätzlich als

neutraler angesehen (Döring, 2014). Des Weiteren ist die vorliegende Untersuchung zu veröffentlichen bzw. zu publizieren, um sie kritisch mit weiteren Experten diskutieren und die methodische Weiterentwicklung der Evaluationsforschung vorantreiben zu können.

### 6.5.2 Vorgehensweise

Die Nachvollziehbarkeit, insbesondere die transparente Darstellung und Prüfung des Forschungsprozesses für Außenstehende, ist ein besonders wichtiger Aspekt in der qualitativen Forschung, um die Interpretation und Bewertung des Materials nachvollziehbar zu machen (Steinke, 2015). Demzufolge werden hier ausführlich die Leitfäden, Datenerhebung, Interviewer, Akquise, Stichprobe, Interviewsituation, Transkription sowie die Datenauswertung dargestellt.

**Leitfaden.** Die Nutzungen von Leitfäden ermöglicht eine systematische Gestaltung des Interviewablaufs (Helfferich, 2014). Obwohl die qualitative Forschung zu größtmöglicher Offenheit verpflichtet, sollte die Strukturierung durch den Leitfaden wie im vorliegenden Promotionsvorhaben gegeben sein. Die anschließende **Spiegelung des Leitfadens** für die Fokusgruppe Rehabilitanden sowie für die Fokusgruppe Experten diente der Vergleichbarkeit der Daten. Kritisch anzumerken ist, dass trotz identischer Hauptthemenbereiche der Umfang der Fragen sowie die Formulierung bei den unterschiedlichen Stichproben voneinander abweichen. Die kürzere Leitfadenversion für die Fokusgruppen erwies sich jedoch als angemessen, da so eine ausführliche Beantwortung der gestellten Fragen durch jeden Teilnehmer ermöglicht wurde. Darüber hinaus beantwortet die Fokusgruppe der Experten Fragen zu Barrieren und Barrierenmanagement der Rehabilitanden, wobei lediglich die objektive Expertenmeinung widerspiegelt wird und nicht zwangsläufig angenommen werden kann, dass es sich um die tatsächlichen Erfahrungen der Zielgruppe Rehabilitanden handelt. Positiv anzumerken ist, dass mit Hilfe der **Kontrolle des Leitfadens durch mehrere Projektbeteiligte** vermieden werden konnte, dass die Fragestellungen sich allein am Wissensstand der Autorin orientierten und daher eventuell unbewusst zu stark in eine vorgegebene Richtung gelenkt wurden. Zudem bewiesen die Leitfäden im Interview insgesamt ihre Funktionalität, da der **Gesprächsablauf flüssig** verlief.

Die **vorab definierten Anmerkungen und Ad-hoc-Fragen** die im Leitfaden festgehalten wurden, resultierten aus einem **Vorlauf**, indem der Leitfaden auf Verständlichkeit hin überprüft wurde. Dies ermöglichte es, den unterschiedlichen Interviewern auf z. B. Verständnisschwierigkeiten annähernd einheitlich zu reagieren.

Aufgrund der quantitativen Erhebung konnte auf das Ausfüllen eines biographischen Kurzfragebogens verzichtet werden. Dadurch war es möglich, eine Überforderung der Interviewpartner durch das Ausfüllen weiterer Unterlagen zu vermeiden. Der **Einstieg** erfolgte durch allgemeine Fragen zur Rehabilitation. Trotz eines angeregten Erzählflusses, wäre ein wiederholtes Abfragen biographischer Daten zweckmäßig gewesen, um den Interviewpartner den Gesprächseinstieg zusätzlich zu erleichtern. Darauf wurde aber aus Gründen des Umfangs des Leitfadens bzw. der Dauer des Gesprächs verzichtet, um die Interviewpartner nicht zu überfordern und das Gefühl von Anonymität zu wahren.

Dennoch wurde im Verlauf der Datenauswertung festgestellt, dass in den Interviews zusätzlich Fragen für die Ergebnisse und ihre Diskussion relevant gewesen wäre. Mögliche zu ergänzende Fragen sind in der Tabelle 40 aufgeführt.

Tabelle 40: Zu ergänzende Fragen für die Leitfäden.

Teilstudie	Themenbereich	Zu ergänzende Fragen
Problemzentrierte Einzelinterviews und Fokusgruppen Rehabilitanden	Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie würden Sie die Durchführung des Trainings durch den Therapeuten beschreiben?</li> <li>▪ Welche Aspekte haben Ihre Zufriedenheit mit dem Training beeinflusst?</li> <li>▪ Würden Sie die Teilnahme am Training weiterempfehlen?</li> </ul>
	Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was glauben Sie, könnte sich positiv verändern, wenn Sie etwas Neues im Umgang mit den Schmerzen angehen?</li> </ul>
Fokusgruppe Experten	Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie würden Sie Ihren Einfluss auf die Akzeptanz des Depressionspräventionstrainings Debora beschreiben?</li> </ul>
	Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie würden Sie Ihren Einfluss auf die Machbarkeit des Depressionspräventionstrainings Debora beschreiben?</li> </ul>

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Erstellung der Leitfäden im Rahmen des Forschungsprojektes Einschränkungen zur Folge hatte. Da mehrere Themenbereiche im Rahmen des Projektes erforscht wurden, war es nicht möglich, sich bei der Erstellung der Leitfäden bevorzugt auf die Evaluation des Trainings Debora zu konzentrieren. Das **große Spektrum der Untersuchung** verhinderte teilweise eine intensivere

Auseinandersetzung mit den für die Untersuchung relevanten Themen. Dies war jedoch erforderlich, da ansonsten **relevante Bereiche für den Alltagstransfer** wie das Erfassen von Barrieren und Möglichkeiten des Barrierenmanagements nicht möglich gewesen wären. Darüber hinaus konnten so den Trainingserfolg beeinflussende Daten zur Rehabilitation erfasst werden, die für den Abschlussbericht des Forschungsprojektes und die **erfolgreiche Implementation** in die Klinikroutine erforderlich sind.

**Datenerhebung.** Bezüglich der Dauer der Interviews und Fokusgruppen ist auffällig dass diese zwischen den Kliniken 1-3 und 4 stark variieren. Dies kann zum einen an der Artikulationskompetenz der Befragten und ihrer Gesprächsbereitschaft liegen, was in der Klinik 4 mit einem geringeren Bildungsniveau im Vergleich zu den anderen Kliniken begründet werden kann. Aber auch mit einer mangelnden anregenden, passiven Haltung des Interviewers verbunden sein (s. Interviewereffekt). Dennoch ist es grundsätzlich so, dass es wie in der standardisierten Dauer quantitativer Befragungen, keine standardisierte Dauer für Interviews vorgegeben ist und daher einer Variation in der Länge durchaus üblich ist (Lamnek, 2010, S. 323).

**Interviewer.** Der Interviewer beeinflusst das Gespräch durch seine Person, die Art des Fragenstellens sowie die Gesprächssituation maßgeblich- dieser Interviewereffekt wird auch „Interviewer-Bias“ genannt. Darüber hinaus gibt es die Interviewer-Varianz, die beschreibt, warum z. B. unterschiedliche Interviewer unterschiedliche Mittelwerte beim Fragen nach dem Einkommen ein und derselben Person erzielen. Dies wird dann auf den sozioökonomischen Status des Interviewers zurückgeführt und verringert die Genauigkeit der Ergebnisse (Glantz & Michael, 2014). Um diese Effekte zu minimieren, wurde in der vorliegenden Studie eine **Basisschulung der Interviewer** durchgeführt, die sich auf den Umgang mit der Zielgruppe, dem Leitfaden und dem technischen Gerät konzentrierte.

Ferner erfolgte die **Zuweisung der Interviewer** nach Verfügbarkeit, da sich zwei Interviewer aufgrund von Praktika vor Ort befanden. Auf diesem Weg konnten Ressourcen und Kosten für die Datenerhebung gespart werden. Optimaler wäre jedoch eine zufällige Zuweisung der Interviewer zur Stichprobe gewesen, um die Effekte eindeutig von der Person des Interviewers unabhängig werden zu lassen (Glantz & Michael, 2014).

Ebenso ist der Aspekt der **sozialen Erwünschtheit** zu berücksichtigen, so beantworten Befragte nicht immer wahrheitsgemäß, sondern versuchen dem Wunsch des Befragenden zu entsprechen (Stocké, 2014). Im vorliegenden Promotionsvorhaben waren bei den problemzentrierten Interviews **Durchführung des Trainings und Datenerhebung voneinander getrennt**, so dass versucht wurde, diesen Effekt

weitestgehend zu minimieren. Weiterhin wurde betont, dass Kritik erwünscht ist und nur auf diesem Weg das Training optimiert werden kann. Schließlich ist dieser Einflussfaktor jedoch nicht gänzlich auszuschließen bzw. sein Ausmaß überprüfbar. Darüber hinaus kann aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeit der Interviewer nicht von einem völlig identischen Verlauf der Interviews ausgegangen werden. Des Weiteren war den Befragten im Fall der Fokusgruppe Experten der Zusammenhang zwischen der Befragung und der Trainingsentwicklung bewusst, dennoch sprechen die kritischen und ehrlichen Antworten der Experten dafür, dass sie nicht ausschließlich sozial erwünscht geantwortet haben.

**Akquise.** Die Akquise erfolgte über die im Projekt beschäftigten Dokumentationsassistentinnen. Diese erfassten die Bereitschaft der Studienteilnehmer an problemzentrierten Interviews und Fokusgruppen teilzunehmen und hielten diese durch unterzeichnete Einverständniserklärungen fest. Der Begriff „Interview“ führte hierbei zu ersten Ablehnungen, da die Rehabilitanden ein Fernsehinterview befürchteten, die Dokumentationsassistentin dies an die Autorin weiterleitete, die Annahme im Moment der Äußerung jedoch nicht korrigierte. Eine mögliche Einflussnahme der Dokumentationsassistenten konnte die Autorin somit nicht steuern. Für weitere Studien wären ausführliche Informationsblätter oder eine persönliche Akquise durch die Interviewer erforderlich, um solche Missverständnisse zu vermeiden und die Einverständnisquote zu maximieren. Auf Informationsblätter speziell für die Interviews wurde jedoch bewusst verzichtet, um durch eine persönliche Ansprache zu motivieren und eine Reizüberflutung durch Ausgabe weiterer Materialien zu vermeiden. Mögliche weitere Verzerrungen könnten durch eine Vorselektion besonders motivierter Gesprächspartner durch die Akquise in der Reha-Klinik entstanden sein (Müller et al., 2014).

**Stichprobe.** Insgesamt nahm an der Erhebung ein relativ heterogenes Feld teil. Dies ermöglichte das Abdecken eines relativ breiten Spektrums und unterschiedlicher Sichtweisen, erschwert jedoch auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Es wurde kein Matching hinsichtlich der Depressivität, des Alters oder des Geschlechts der problemzentrierten Einzelinterviews und Fokusgruppen vorgenommen. Zudem weichen die Mittelwerte der ADS bei den problemzentrierten Interviews (IG  $M=16.12$ ,  $SD=5.46$ ; KG  $M=18.75$ ,  $SD=5.04$ ; IG<sub>depr</sub>  $M=32.40$ ,  $SD=5.32$ ; KG<sub>depr</sub>  $M=37.60$ ,  $SD=11.28$ ) und Fokusgruppen (2FG\_IG<sub>depr</sub>  $M=36.67$ ,  $SD=6.66$ ; 4FG\_IG<sub>depr</sub>  $M=30.00$ ,  $SD=7.07$ ; 2FG\_KG<sub>depr</sub>  $M=34.67$ ,  $SD=12.58$ ; 4FG\_KG<sub>depr</sub>  $M=35.75$ ,  $SD=10.21$ ) der Rehabilitanden voneinander ab. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Weiterhin ist

bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die untersuchte Stichprobe mit  $N=26$  Einzelinterviews der Rehabilitanden,  $N=12$  Teilnehmern in den Fokusgruppen Rehabilitanden und  $N=16$  bei den Experten sowie die jeweiligen Teilstichprobe nach Grad der Depressivität relativ klein sind. Aus quantitativer Perspektive bietet dies nur eine begrenzte Möglichkeit der **Generalisierbarkeit oder Repräsentativität der Ergebnisse** (s. Kap. 6.5.3). Darüber hinaus gibt es in der qualitativen Sozialforschung keine klaren Vorgaben für die notwendige Stichprobengröße, außer dass die Subjektbezogenheit gewahrt werden muss, was die Wahl von Zufallsstichproben ausschließt (Lamnek, 2010, S. 3). Die fehlenden Größenangaben bezüglich der Stichprobengröße werden zudem damit begründet, dass die Auswertung nicht-standardisierter Daten je nach Fragestellung aufwändiger ist (Akremi, 2014). Somit ist in der qualitativen Forschung weniger die Größe, sondern vielmehr die **Heterogenität der untersuchten Stichprobe** entscheidend, welche im vorliegenden Promotionsvorhaben gegeben war.

Zudem hat die Komorbidität von CRS und psychischen Erkrankungen in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation einen wichtigen Stellenwert, so dass die Studienergebnisse einen innovativen und explorativen Ansatz darstellen (Lamnek, 2010, S. 81).

Außerdem gingen lediglich Rehabilitanden im mittleren Erwachsenenalter sowie eine höhere Anzahl von Frauen in die Gesamtauswertung ein. Somit können die Aussagen der Rehabilitanden nicht auf andere Entwicklungsstufen und männliche Stichproben generalisiert werden. Dennoch repräsentiert die vorliegende Stichprobe das typische Klientel einer VMO, da Frauen im Vergleich zu psychisch belasteten Männern tendenziell ein höheres Inanspruchnahmeverhalten zeigen (Jahed et al., 2012, S. 6). Die Berücksichtigung unterschiedlicher **geschlechtsspezifischer Perspektiven** konnte somit nicht gewährleistet werden, ist aber für weitere Studien indiziert. Des Weiteren wäre zu erwägen, weitere Kriterien für eine differenzierte Betrachtung der Stichprobe bei der Auswahl zu berücksichtigen wie z. B. Migrationshintergrund oder Alter.

Bezüglich der Stichprobengröße der Fokusgruppen Rehabilitanden wurde eine größere Stichprobe erhoben. Eine Darstellung der Gesamtheit der Ergebnisse war im vorliegenden Forschungsvorhaben leider nicht möglich, da in einer der Kliniken die **Ausführungsintegrität nicht gegeben** war, was einen Vergleich zwischen den einzelnen Kliniken unmöglich machte. Das Erzielen dieser überaus relevanten Ergebnisse war nur im Rahmen der Fokusgruppen der Rehabilitanden möglich und wäre bei einer rein quantitativen Erhebung unentdeckt geblieben. Diese Ergebnisse werden im Zuge einer Bachelor-Arbeit ausgewertet und im abschließenden Forschungsbericht zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus ist kritisch zu betrachten, dass in einigen



Kliniken lediglich Fokusgruppen mit Rehabilitanden und Experten von einem  $n=2$  zustande kamen, da bei dieser Stichprobengröße kaum ein Gruppenprozess angeregt werden kann und zu kleine Gruppenzusammensetzungen für das Aufkommen echter Gegensätze in der Diskussion ungünstig sind (Lamnek, 2010, S. 435). In den Kliniken war dies krankheits- bzw. ausführungsbedingt begründet. Bei den Rehabilitanden lag dies ebenso an einem großen Krankheitsstand während der Erhebungsphase. Mögliche **saisonale Krankenstände** sollten in zukünftigen Erhebungen berücksichtigt werden. Da die Fokusgruppen jedoch lediglich unterstützend zu den problemzentrierten Interviews und zum Widerspiegeln eines kollektives Orientierungsmusters dienen, können diese dennoch für die Auswertung herangezogen werden.

**Interviewsituation.** Von der Gestaltung der Interviewsituation hängt maßgeblich sowohl Güte als auch Brauchbarkeit der Daten ab (Flick, 2014). In der für die Interviewer erstellten Checkliste wurde ausdrücklich auf die Relevanz der Atmosphäre für den Gesprächsverlauf und nützliche Tipps wie z. B. Sicherstellen der Ungestörtheit im Gesprächsverlauf und zu Verfügung stellen von Getränken hingewiesen. Dennoch stellt das Interview an sich keine alltägliche sondern eine konstruierte Gesprächssituationen dar, welche den Gesprächsverlauf beeinflusst. Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der Kliniken statt, um eine **vertraute Atmosphäre** zu schaffen und lange Anreisezeiten zu vermeiden. In den Fokusgruppen mit den Experten vermeidet dies zudem lange Anfahrtswege und ermöglichte das Führen der Interviews im Rahmen der Arbeitszeit der Teilnehmer.

**Transkription.** Das Transkript als theoriegeleitete Rekonstruktion stellt den ersten Teil der Interpretation und Auswertung dar. Bestimmte Aspekte lassen sich innerhalb der Transkription jedoch nicht vollständig erfassen wie z. B. nonverbale Äußerungen (Gestik, Mimik), so dass z. B. Videoaufnahmen einen weiteren Schritt für die Interpretation und Auswertung der Daten darstellen könnten (Meyer & Meier zu Verl, 2014). Im vorliegenden Promotionsvorhaben wurden vollständige Transkripte erstellt. Die Transkripte erhalten alle Äußerungen und kommunikative Aspekte. Die Festlegung von Regeln zur Transkription ermöglichte eine **einheitliche Transkription der Daten** und fand auf Grundlage der Transkriptregeln von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2007) statt. Danach werden lediglich umgangssprachliche Äußerungen ins Schriftdeutsch geglättet. Ein Transkript kann somit nach wie vor nicht das vergangene soziale Geschehen widerspiegeln, aber es ermöglicht weiteren Forschern die Nachvollziehbarkeit der Analyse des Autors (Meyer & Meier zu Verl, 2014).

**Datenauswertung.** Für die Auswertung nach Mayring (2015) war eine intensive Beschäftigung mit dem Material notwendig, was einen erhöhten Arbeitsaufwand entsprach (Akremi, 2014). Für die Größe der Fallzahlen wurde daher auf die Nutzung eines computergesteuerten Auswertungsprogrammes MAXQDA 11 zurückgegriffen. Dies ermöglichte eine Auswertung des Materials, die nah am Ausgangsmaterial lag.

Nach Mayring (2015) ist bei der Auswertung qualitativer Daten insbesondere auf die **Regelgeleitetheit** zu achten. Diese sollte vorab erfolgen und bspw. einen Codier Leitfaden enthalten, der Abweichungen bei der Interpretation vermeidet und anhand dessen sich der Forscher orientieren kann (Mayring, 2015, S. 51). Im vorliegenden Promotionsvorhaben wurden daher alle Ober- und Unterkategorien mit Code-Memos beschrieben, um eine einheitliche Kodierung und Validierung (s. Kap. 6.5.3) zu ermöglichen. Des Weiteren erfolgte die intensive Beschäftigung mit dem Material nicht allein durch eine Person, sondern ebenfalls durch weitere am Projekt beteiligte Personen. Dies ist als positiv anzusehen, da es eine Reflexion und kritische Auseinandersetzung mit dem Material ermöglichte (s. Kap 6.5.3, Forschertriangulation). Die Auswertung durch ein Projektteam ist in der qualitativen Forschung indiziert, da eine einzig richtige Codiermöglichkeit nicht existiert, so dass reflektierende Gespräche zu Codierung erforderlich sind und durchgeführt wurden (Mayring, 2015, S. 124-125). Des Weiteren gewährleistete dies sowohl eine einheitliche Kategorienbildung als auch die Einheitlichkeit der Ergebnisse. Ebenfalls ließ sich dadurch eine Beeinflussung des Forschungsprozesses durch subjektive Meinungen vermeiden.

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt ein systematisches, regelgeleitetes sowie datenreduzierendes Auswertungsverfahren dar. In diesem Promotionsvorhaben wurde die am häufigsten angewandte Form, die **strukturierende Inhaltsanalyse** verwendet. Die strukturierende Variante der Inhaltsanalyse eignet sich aufgrund des strukturierten Vorgehens besonders gut für große Datenmengen sowie für die Vergleichbarkeit der Texte und des Vorgehens. Die Vorgehensweise basiert auf Grundlage eines vorab theoriegeleiteten Kategoriensystems, welches die Entwicklung von einfachen und ordinal geordneten Kategoriensystemen ermöglicht (Mayring, 2015, S. 67).

Die Darstellung der Ergebnisse basiert auf einem **deduktiven, theoriegeleiteten Verfahren** zur Bildung von Hauptkategorien, denen die Antworten der Rehabilitanden zugeordnet wurden. Im Anschluss wurden **induktiv Unterkategorien** gebildet, um die Aussagen differenzierter darstellen zu können. Die induktive Vorgehensweise wurde gewählt, da bereits vorhandene Theoriekonzepte sich häufig mit der Änderung des Gesundheitsverhaltens in Bezug auf Aktivität und Ernährung beschäftigen und nicht wie die vorliegende Studie jegliche Art von Gesundheitsverhalten wie z. B. Ablenkung oder Entspannung beinhalten. Außerdem beschäftigten sich die bekannten Studien nicht mit

dem Setting der stationären VMO sowie der gewählten Zielgruppe, sodass in der vorliegenden Studie nicht auf vorab formulierte Theoriekonzepte zurückgegriffen werden konnte. Des Weiteren vermeidet eine induktive Herangehensweise Verzerrungen des Materials durch mögliche Vorannahmen (Mayring & Fenzl, 2014).

**Stundenevaluation.** Die zur Auswertung herangezogenen Stundenevaluationen von Rehabilitanden wurden deskriptiv ausgewertet. Diese waren jedoch nicht mit den IDs der Rehabilitanden versehen, so dass Rückschlüsse auf die jeweiligen Rehabilitanden, eine Zuordnung zu den qualitativen Interviews und eine Auswertung in Bezug auf die Depressivität nicht durchführbar waren. Demzufolge war es ebenso nicht möglich, die Stichprobengröße der Rehabilitanden anzugeben, sondern lediglich die Anzahl der abgegebenen Stundenevaluationsbögen. Für zukünftige Erhebungen wäre eine Vergabe von IDs zu diesem Zweck notwendig. Dennoch kann diese quantitative Erhebung genutzt werden, um einen ersten Überblick über die Gesamtbewertung der Rehabilitanden in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Klinik zu erhalten und somit die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung hinsichtlich Akzeptanz und Machbarkeit des Trainings zu unterstützen.

### 6.5.3 Ziel und Qualitätsansprüche

Im Folgenden werden die dem Projekt zu Grunde liegenden **Ziel- und Qualitätsansprüche** benannt. Zu diesen zählen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses sowie die Generalisierbarkeit.

**Intersubjektive Nachvollziehbarkeit.** Eine „*identische Replikation einer Untersuchung ist schon allein aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens in der qualitativen Forschung unmöglich*“ (Steinke, 2015, S. 324). Dennoch verfolgt die vorliegende Untersuchung über eine ausführliche Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen sowie die Anwendung kodifizierter Verfahren, den Anspruch die intersubjektive Nachvollziehbarkeit herzustellen (s. Tab. 41).

Tabelle 41: Durchgeführte Prüfschritte der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (angelehnt an Steinke, 2015, S. 324-326).

Prüfschritt	Zweck		Erfolgt in Kapitel
Dokumentation des Forschungsprozesses	Möglichkeit der Nachvollziehbarkeit für Externe durch schrittweise Dokumentation der Untersuchung und des Forschungsprozesses sowie der daraus resultierenden Ergebnisse	Dokumentation des Vorverständnisses des Forschers	1
		Dokumentation der Erhebungsmethode	2.2
		Dokumentation der Transkriptionsregeln	2.6
		Dokumentation der Daten	3.2, 4.2, 5.2
		Dokumentation der Auswertungsmethode	2.6
		Dokumentation der Informationsquellen	3.3, 4.3, 5.3
		Dokumentation von Entscheidungen und Problemen	6.5.1, 6.5.2
		Dokumentation der Kriterien	6.5.3
Interpretation in Gruppen	Expliziter Umgang mit Daten und deren Interpretation	Multiperspektivische Analyse der Daten durch mehrere Projektbeteiligte	2.6
Anwendung kodifizierter Verfahren	Vereinheitlichung methodischen Vorgehens	Regelgeleitetheit und Kodifizierung der qualitativen Inhaltsanalyse	2.2, 6.5.2

Vertiefend soll an dieser Stelle nochmals die Auswertung in Gruppen beschrieben werden, da dies ein wesentliches Gütekriterium des vorliegenden Forschungsvorhabens darstellt. Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse zählt zu den am häufigsten angewandten Auswertungsmethoden. Dennoch besteht die Gefahr, dass durch die Kategorienbildung der inhaltliche Zusammenhang des eigentlichen Textes verloren geht. Um dem entgegen zu wirken wurde im vorliegenden Promotionsvorhaben die **Forschertriangulation** genutzt. Demzufolge prüften verschiedene Interviewer das Material, um subjektive Einflüsse zu vermindern (Lamnek, 2010, S. 142). Dieses Verfahren wird nach Mayring (2015, S. 124-125) als Prüfung der Intercoderreliabilität bezeichnet. Dafür wurde das Datenmaterial erneut von weiteren Auswertern codiert, um das Maß der Übereinstimmung der Kategorisierungen der Auswerter sowie mögliche Differenzen zu ermitteln. Die Zuordnung und Einteilung der Kategorien erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren und wurde durch weitere Projektbeteiligte auf Nachvollziehbarkeit überprüft. In diesem Verfahren wurde exemplarisch die Hälfte der problemzentrierten Interviews von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander kategorisiert. Anschließend wurden Abweichungen in der Kategorisierung überprüft und diskutiert. Das daraus resultierende Kodiersystem diente als Basis für die Kategorisierung der übrigen Befragungen. Nach Abschluss der Kategorisierung erfolgte durch eine weitere Mitarbeiterin eine stichprobenartige Durchsicht der Codes auf Nachvollziehbarkeit und Zugehörigkeit zu den jeweiligen Kategorien. Vor dem Hintergrund der umfangreichen Ober- und Unterkategorien sowie der regulären Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Auswertern können die Übereinstimmungen als sehr hoch interpretiert werden.

Ferner wäre eine kommunikative Validierung mit der Zielgruppe und den Experten, etwa die Rückmeldung der Ergebnisse an die Interviewpartner und das Einholen ihrer Zustimmung anzustreben (Flick, 2014). Dieses Vorgehen hat zum Ziel, den Forschungsprozess als solches durch andere Forscher nachvollziehbar zu machen (Meyer & Meier zu Verl, 2014) und kann zur Herstellung von Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit sowohl mit den Interviewpartnern (member checks) als auch mit Experten, wie z. B. anderen Forschenden (peer debriefing) aus dem Feld, durchgeführt werden (Lamnek, 2010, S. 144). Eine solche Art des Diskurses war im Rahmen des Forschungsprojektes über einen weiteren Workshop angedacht. Dieser Diskurs konnte jedoch nicht realisiert werden, da es den vier Kliniken nicht möglich war, diesen Termin wahrzunehmen.

**Indikation des Forschungsprozesses.** Darüber hinaus wurde die Gegenstandsangemessenheit der Forschung hinsichtlich des qualitativen Vorgehens, der Methodenwahl und der Transkriptionsregeln, der Samplingstrategien, methodischer Entscheidungen und Bewertungskriterien geprüft (s. Tab. 42).

Tabelle 42: Indikation des Forschungsprozesses.

Gegenstandsangemessenheit	Bewertung	Begründung
Qualitatives Vorgehen und Methoden	angemessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ innovatives und exploratives Design begründet Methode</li> <li>▪ vorwiegend die subjektive Bewertung im Mittelpunkt des Forschungsinteresses</li> <li>▪ formative Evaluation mittels qualitativer Forschung als etabliertes Verfahren (Döring, 2014).</li> <li>▪ Vertiefend und zur Herstellung einer größeren Repräsentativität quantitative Erhebung im Sinne des Mixed-Methods Ansatzes notwendig (s. Kap. 1.7)</li> </ul>
Transkriptionsregeln	angemessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ leicht handhabbar und lesbar</li> <li>▪ an bestehenden Transkriptionsregeln orientiert</li> </ul>
Sampling	zweckgerichtet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Theoretical Sampling als Standard in der qualitativen Forschung</li> <li>▪ mehr Frauen als Männer im Sampling, dennoch typische Klientel der VMO</li> </ul>
Untersuchungsdesign	aufwendig aber indiziert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sehr aufwendig, angesichts der daraus resultierenden Erkenntnisse war Anwendung indiziert</li> <li>▪ Erhebung über quantitative Verfahren nicht möglich</li> </ul>
Bewertungskriterien	angemessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ theoretisch fundiert</li> <li>▪ Empfehlung: für weitere Forschungsvorhaben an CHipp-Modell orientieren, welches eigens für die Evaluationsforschung entwickelt wurde (vertiefend s. Döring, 2014)</li> </ul>

**Generalisierbarkeit.** Bei dem vorliegenden Forschungsansatz handelt es sich um qualitative Forschung. Diese vertritt den Anspruch subjektbezogen, deskriptiv und interpretativ zu forschen, um auf diesem Weg zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beizutragen (Mayring, 2015). Das Ziel der qualitativen Forschung ist eher

die Generalisierung und demzufolge aus den zu beobachtbaren Regeln abzuleiten (Mayring, 2007). Es ging demzufolge nicht darum Hypothesen oder bestimmte Theorien zu prüfen, sondern möglichst offen und unvoreingenommen unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrunds an die Fragestellung heranzugehen und hierbei die subjektiven Sichtweisen der Befragten zu erfassen. Darüber hinaus ist nach Flick (2014) zu beachten, dass das Ziel des Promotionsvorhabens nicht das Ermöglichen einer größtmöglichen Verallgemeinerung wie in der quantitativen Forschung war, sondern vielmehr zu prüfen, ob der Ist-Zustand dem Soll-Zustand entspricht. Dies ist im vorliegenden Fall durch das Aufdecken von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der IG im Vergleich zur KG erfolgt. Durch die Erhebungen in vier unterschiedlichen Kliniken wurden lokal begrenzte Ergebnisse umgangen (Kardorff, 2015). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die **vorliegenden Ergebnisse generalisierbar sind, Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen bieten und wesentlich zur Qualitätssicherung des Depressionspräventionstrainings** beitragen.

## 7 Implikationen

Das vorliegende Promotionsvorhaben beinhaltet drei qualitative Erhebungen zur formativen Evaluation des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora sowie zum Sammeln erster Erkenntnisse für die summative Evaluation. Aus den erhobenen Daten können jedoch nicht nur Implikationen für die Weiterentwicklung von Debora sondern ebenso für Rehabilitation und Forschung gezogen werden. Diese werden in der Abbildung 30 nachfolgend aufgezeigt.

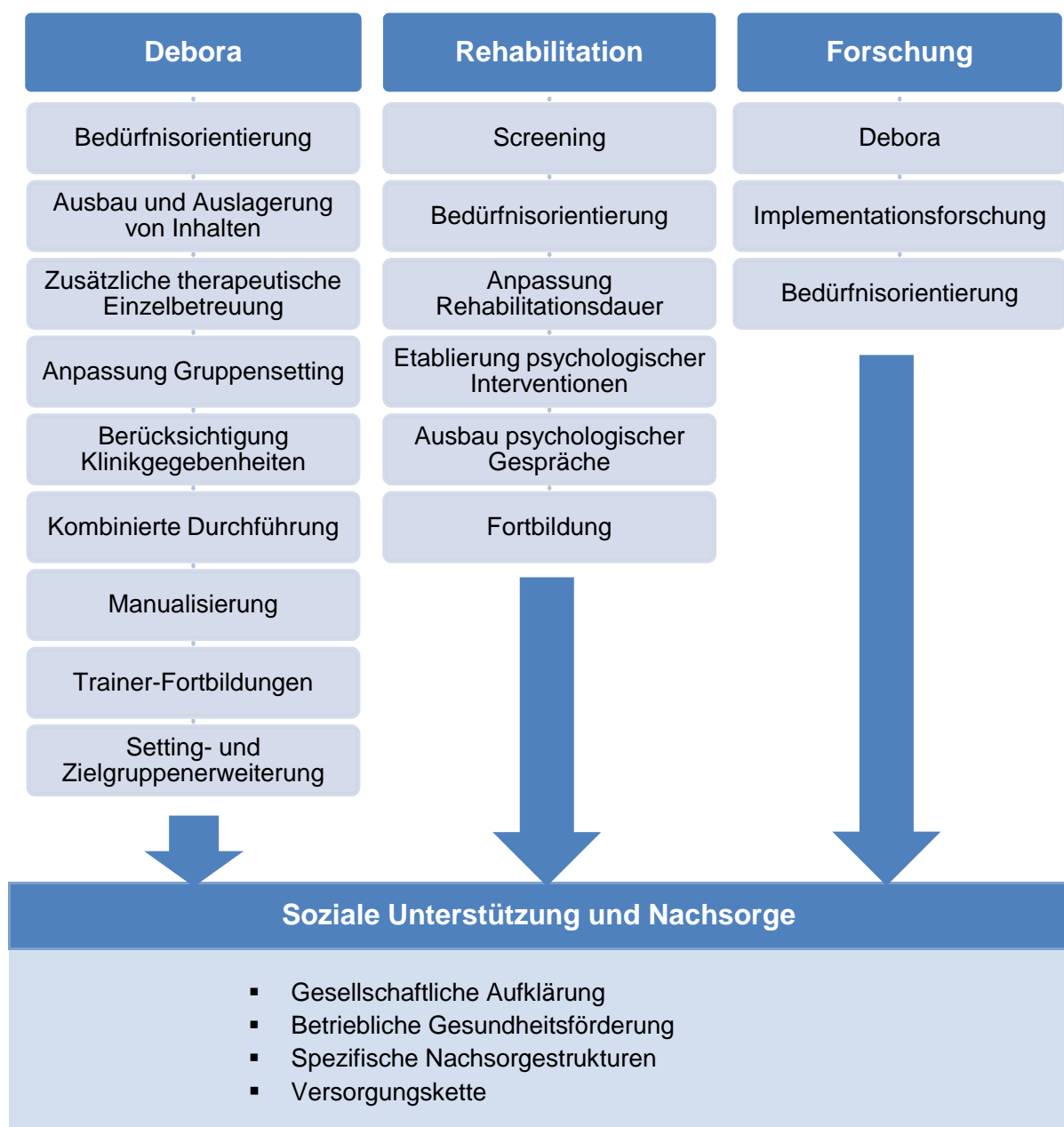


Abbildung 30: Implikationen für die Modifikation von Debora, die Gestaltung der Rehabilitation sowie für die zukünftige Forschung.



Die aus den Ergebnissen resultierenden Implikationen im Bereich der sozialen Unterstützung sowie der Nachsorge sind sowohl für die Modifikation des Trainings Debora als auch für die Gestaltung der Rehabilitation und für die zukünftige Forschung relevant und werden daher im Vorfeld zusammenfassend diskutiert.

**Gesellschaftliche Aufklärung.** Die gesellschaftliche Aufklärung ist eine gesundheitsfördernde Maßnahme, die eine Stigmatisierung von Menschen mit CRS insbesondere im familiären und beruflichen Bereich vermeiden kann und ihre Einbettung in soziale Netzwerke fördert (vgl. Neyer, 2014). Demnach ist es besonders wichtig, im Sinne der Gesundheitsförderung vorzeitig über das Krankheitsbild und seine Folgen aufzuklären und nicht erst nach erfolgter Chronifizierung der Krankheit. Die Durchführung gesellschaftlicher Aufklärung könnte der Zielgruppe einerseits eine bessere gesellschaftliche Unterstützung ermöglichen, andererseits im Sinne der Prävention den Zugang von Menschen mit CRS zu Behandlungsmaßnahmen niedrighschwelliger gestalten.

Eine Option, um für eine bessere gesellschaftliche Aufklärung zu sorgen, wäre z. B. die **aktivere Öffentlichkeitsarbeit** über soziale Medien sowie ein **verbesserter Zugang zu Informationsmaterialien** in Hausarztpraxen. Darüber hinaus ist die **direkte Information der Arbeitsgeber** über das Krankheitsbild über z. B. Vertreter der Krankenkassen sowie der **aktivere Einbezug von Familienmitgliedern in das Rehabilitationskonzept** dringend erforderlich (Deck, Hüppe & Arlt, 2009). Die „*professionelle Hilfe und Unterstützung im Gesundheits- und Sozialsystem (medizinische Behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen usw.)*“ kann auf diese Weise „*als wichtige gesellschaftlich organisierte Bewältigungsressource*“ fungieren (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 45).

**Betriebliche Gesundheitsförderung.** Die Ergebnisse von Peters et al. (2016, S. 107) bestätigen, dass Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der Arbeitsfähigkeit existieren. Demzufolge sollte in der betrieblichen Gesundheitsförderung die **Kompatibilität von Berufs- und Privatleben** durch flexiblere Arbeitsplatzgestaltung verbessert werden (Bethge & Borngreber, 2015). Zudem sollte in diesem Setting eine **umfassende Aufklärung über den Rückenschmerz** und die Gefahr des daraus resultierenden CRS sowie **gesundheitsförderliche Maßnahmen** wie z. B. Stressbewältigungs- und/oder Kommunikationstrainings sowie verhältnispräventive Maßnahmen erfolgen. So bestätigte eine Untersuchung von Kittel und Kollegen (2014, S. 257) die Notwendigkeit der Etablierung präventiv ausgerichteter Maßnahmen, um „*verhaltensbezogene Risikofaktoren zu reduzieren und die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern*“.

**Spezifische Nachsorgestrukturen.** Die in der Stichprobe befragten Rehabilitanden waren in ihrer Lebensqualität durch ihr Krankheitsbild stark eingeschränkt. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Walther und Deck (2015, S. 227) zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass **Rehabilitanden mit höheren Beeinträchtigungen**, wie z. B. komorbiden psychischen Störungen, eine **intensivere Nachsorge** erhalten sollten. Rehabilitanden ohne diese Belastung profitieren demnach auch mit einer reduzierten Nachsorgestrategie. Barrieren für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurden rehabilitandenseitig insbesondere im familiären und beruflichen Umfeld befürchtet. Gleichsam zeigte sich in den Aussagen der ausgeprägte Wunsch sozialer Unterstützung für das Barrierenmanagement. Die Vielfältigkeit sozialer Unterstützungsbedürfnisse wird jedoch nicht nur in den vorliegenden Ergebnissen, sondern ebenso in einem internationalen Literaturreview zum subjektiven Unterstützungsbedarf deutlich (Harrison et al., 2009).

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich der Wunsch nach sozialer Unterstützung vor allen Dingen im Bereich der **Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen** und im Bereich der **Angebote von Nachsorgemaßnahmen**. Die Ergebnisse untermauern demnach, dass es in der Gesellschaft an den notwendigen unterstützenden Rahmenbedingungen zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen mangelt. Demzufolge ist es dringend erforderlich, die Wahrnehmung der Gesellschaft für das Krankheitsbild CRS zu verändern. Dies liefert nicht nur wertvolle Ansatzpunkte für die Prävention sondern ebenso für die Gesundheitsförderung.

Gerdes, Bührlen, Lichtenberg und Jäckel (2005) gaben zu bedenken, dass erst im Anschluss an den stationären Aufenthalt die eigentliche Rehabilitation beginnt. Dies bestätigen ebenso die vorliegenden Ergebnisse. Eine Verhaltensänderung von psychischen, mentalen und sozialen Prozessen ist demnach nicht innerhalb weniger Wochen möglich, sondern bedarf einer langfristigen Verfestigung unter alltagsnahen Bedingungen (Faller et al., 2011b). Es gibt bereits eine Vielzahl etablierter Nachsorgestrukturen wie z. B. IRENA-Programme, dennoch bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, dass **weitere Nachsorgeleistungen** für eine bessere Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen von Nöten sind. Dies spiegelte sich ebenso in den Studienergebnissen von Sibold und Kollegen (2011) wider, wonach lediglich die Hälfte der Rehabilitanden dem Angebot einer Nachsorge aufgrund von z. B. fehlenden Zeitkapazitäten oder beruflichen Anforderungen nachkam. Eine Verhaltensänderung ist demnach kein Prozess, der innerhalb weniger Wochen erlernt wird (vertiefend s. Gerdes et al., 2005) und bedarf daher einer optimalen Nachsorgestruktur, die über folgende Methoden etabliert werden könnte:

- **Nachsorge und Patientenschulungen.** Die von Morfeld et al. (2010) in Kapitel 1.6.2 verglichenen multimodalen Reha-Programme für CRS enthielten meist keine Nachsorgeempfehlungen. Debora enthält zwar ebenso keine spezifischen Nachsorgeempfehlungen, gibt jedoch in der Patientenbroschüre auf einer Seite Hinweise zur ambulanten Schmerztherapie. Dass keine ausführlichere Information im Rahmen des Trainings erfolgt ist, liegt daran, dass dies im Aufgabenbereich der Klinik liegt und demnach dort erfolgen sollte. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass das Angebot an Nachsorgemaßnahmen den Bedürfnissen der Rehabilitanden nicht gerecht wird, so dass auch im Rahmen der Trainingskonzeption Nachsorgemaßnahmen angegliedert werden sollten. Eine Möglichkeit für diese Integration wäre die Konzeption von „Booster-Sessions“. Dies bedeutet, dass beispielsweise nach Trainingsende monatlich oder vierteljährlich für einen begrenzten Zeitraum Auffrischungen erfolgen würden. Den Ergebnissen zufolge sind, wie auch von Morfeld und Friedrichs (2011, S. 92) beschrieben, insbesondere Gruppenangebote zur Aufrechterhaltung der positiven Effekte sozialer Unterstützung erforderlich.
- **Selbsthilfegruppen.** Die Ergebnisse sprechen deutlich für die Etablierung von Nachsorgegruppen im Anschluss an die Rehabilitation zur Festigung der in der Rehabilitation wahrgenommenen und erhaltenen sozialen Unterstützung. Auf diesem Weg ließe sich eine Plattform bieten, um sich auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Darüber hinaus ließen sich sowohl personale als auch soziale Ressourcen der Teilnehmer durch den Rückhalt der Gruppe und die Partizipation im Nachsorgeprozess durch die Selbstorganisation der Gruppe stärken (vertiefend s. Wright, Unger & Block, 2010). Dennoch ist einer Betreuung durch einen Therapeuten notwendig, um bei Konflikten oder in Krisensituationen intervenieren sowie bei Rückfragen durch das vorhandene „Know-how“ unterstützen zu können (Mossakowski, Süß & Trojan, 2009).
- **Peer-to-Peer-Patenschaften.** Ein weiterer möglicher Ansatzpunkt, um sowohl die Partizipation als auch das Empowerment der Zielgruppe zu stärken, könnte die Implementation von „**Peer-to-Peer-Patenschaften**“ sein. Rehabilitanden mit CRS könnten demnach im Anschluss an die Rehabilitation im ambulanten Setting für Patenschaften geschult werden. Das Ziel wäre dann, dass die geschulten Rehabilitanden, die Rehabilitanden, die aus der Rehabilitation kommen, wohnortnah unterstützen und wie von den Rehabilitanden gefordert, als eine Art „Gesundheitspartner“ im Alltag fungieren. Dies würde nicht nur einen

niedrigschwelliger Zugang sowie eine flächendeckende Etablierung post-rehabilitativer, wohnortnaher Maßnahmen im ländlichen Raum bewirken, sondern zu einer Stärkung der erhaltenen sozialen Unterstützung auf beiden Seiten des Patenschaftsmodells sorgen.

- **Neue Medien.** Innovative Konzepte zur Aufrechterhaltung der Effekte einer Schulung im Bereich der Motivation und Volition könnten die Nutzung von Apps, Telefonnachsorge, Homepages oder onlinebasierter Gruppenforen bieten. Teilweise erzielten digitale Nachsorgeangebote erfolgversprechende Effekte, diese variieren jedoch stark (Ebert et al., 2013; Mittag et al., 2006; Moessner et al., 2014) und sind nicht für jede Zielgruppe geeignet (Faller et al., 2011b, S. 446–447). Darüber hinaus schont die Nutzung von digitalen Medien zwar langfristig personelle Ressourcen, sie stellen im Zuge der Konzeption und Implementation jedoch ebenfalls einen zeit- und kostenintensiven Ansatz dar. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass auch nach der Konzeptionierung und Implementation digitaler Medien eine intensive Betreuung erfolgen muss. Bei Vorhandensein der notwendigen personellen und finanziellen Kapazitäten sind solche Nachsorgemaßnahmen jedoch durchaus in Betracht zu ziehen.
  
- **Psychologische Weiterbehandlung.** Ein häufiger Wunsch im Bereich der Nachsorge war das Angebot von zeitnahen therapeutischen Behandlungen im Anschluss an die Rehabilitation. Zwar erzielen Gruppenpsychotherapien vergleichbare Behandlungserfolge, dennoch sollten auch im ambulanten Bereich verstärkt einzeltherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden (Lange & Petermann, 2013, S. 332). Dieser Wunsch beruht ebenso auf der Tatsache, dass im Rahmen der Rehabilitation *„lediglich erste psychotherapeutische Gespräche möglich sind“* und aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen keine ausführlichen Gespräche durchgeführt werden können (Reese & Mittag, 2013a, S. 835–836). Zudem würde das regelhafte Angebot von psychologischer Nachsorge nicht nur den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden gerecht werden, sondern könnte den aus einer möglichen psychischen Komorbidität resultierenden hohen Behandlungskosten für das Gesundheitssystem vorbeugen. So bestätigen auch Reese und Mittag (2013a, S. 835–836), dass bei einer psychischen Komorbidität eine psychotherapeutische (Weiter-) Behandlung zwingend erforderlich ist.

- **Ambulante Nachsorgeangebote.** Da Nachsorgeangebote sowohl stationär als auch ambulant als Anschlussrehabilitation durchgeführt werden können (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 89–90), würde sich dies als regelhafte Maßnahme für Rehabilitanden mit CRS anbieten. Dies ist besonders im Zuge der in den Interviews berichteten Schwierigkeit des Zugangs zu Nachsorgemaßnahmen sowie der Vereinbarkeit von Beruf und Nachsorge indiziert. Verpflichtende ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen wären aufgrund der wohnortnahen Versorgung niedrigschwelliger und lassen sich besser „in den beruflichen und familiären Alltag“ integrieren (Reese & Mittag, 2013a, S. 836). Darüber hinaus würde so eine flächendeckende Integration multimodaler Programme im ambulanten Setting ermöglicht (Arnold et al., 2014).

Das Führen eines **Nachsorgepasses**, welches eine verbindliche Kontrolle durch die Krankenkassen oder Hausärzte erfordern würde, könnte möglichen Doppelstrukturen bei der Nutzung der eben beschriebenen Nachsorgeangebote vorbeugen und gleichzeitig Menschen mit CRS über die Palette verschiedener Nachsorgemaßnahmen informieren.

Aus den eben beschriebenen Ansatzpunkten sozialer Unterstützung wird deutlich, dass nicht nur die Prävention sondern ebenso die Gesundheitsförderung einen nicht zu vernachlässigenden Aspekt für mögliche Implikationen bietet. So sehen Deck, Schramm und Hüppe (2012) insbesondere im Bereich der Förderung der Eigenverantwortung der Rehabilitanden einen wichtigen Ansatzpunkt, um die Nachsorge zu verbessern. Aufbauend auf einer Kombination von Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit CRS sollte ein langfristiges Ziel des Gesundheitssystems im Aufbau von Versorgungsketten liegen.

**Versorgungsketten.** In vielen Settings wird die Etablierung von Präventionsketten, welche multiprofessionelle als auch übergreifende und durchgängige Kooperationen darstellen, heiß diskutiert (Kilian, Lehmann, Richter-Kornweitz, Kaba-Schönstein & Mielck, 2016). Ursprünglich stammt die Idee zur Bildung von Präventionsketten aus dem Hilfesystem für sozial benachteiligte Kinder- und Jugendliche. Der Aufbau von Präventionsketten ist demnach dafür gedacht, eine alters- und bedarfsgerechte Unterstützung über den gesamten Lebenslauf zu ermöglichen (vertiefend s. Richter-Kornweitz & Utermark, 2013). Die vorliegende Idee verfolgt hingegen das Ziel der **Gestaltung einer Versorgungskette** über den beruflichen Lebenslauf. Das Gestalten einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt könnte demnach...

- für alle Menschen mit dem Berufseinstieg und einer Aufklärung über Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext von Rückenschmerz und psychischen Erkrankungen beginnen (Gesundheitsförderung),
- sich über das Gestalten einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt zur Vermeidung von Rückenschmerz und psychischen Erkrankungen fortsetzen (primäre Prävention),
- die leitlinienkonforme medizinische Behandlung der akuten Schmerzen beinhalten, um Krankheitsauslöser zu reduzieren (sekundäre Prävention),
- bei erfolgter Erkrankung Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und deren Folgen für eine möglichst selbstständige Teilhabe in Beruf und Gesellschaft unterstützen (tertiäre Prävention) sowie
- durch die Etablierung spezifischer Nachsorgestrukturen nach der Rehabilitationsmaßnahme professionelle Hilfe und Unterstützung bieten (Nachsorge).

Auf diesem Weg könnte die Etablierung von Versorgungsketten als „*gesellschaftlich organisierte Bewältigungsressource*“ genutzt werden (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 45). Die Abbildung 31 zeigt exemplarisch die Einteilung einer Versorgungskette nach Lebensereignissen von der Zeit des Berufseinstiegs bis zum Berufsausstieg sowie darüber hinaus.

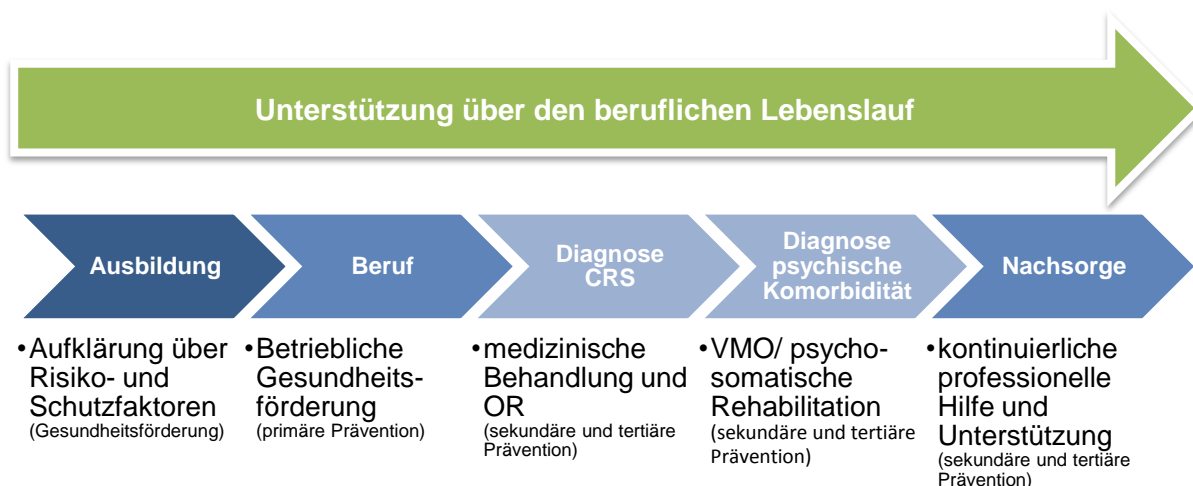


Abbildung 31: Versorgungskette zur Gesundheitsförderung und Prävention von CRS und psychischer Komorbidität.

Das Konzept der Versorgungskette legt den Fokus auf die **Übergänge zwischen den unterschiedlichen Lebensereignissen**, um „niemanden zu verlieren“ und im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung Hilfestellung bei der Suche nach post-rehabilitativer Unterstützung zu bieten. Essentiell für den Aufbau von Versorgungsketten ist, dass alle verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteure miteinbezogen

werden, um das langfristige Ziel der Prävention für alle ermöglichen zu können (Richter-Kornweitz & Utermark, 2013). Dies erfordert eine optimale **Kooperation** zwischen z. B. Berufsschule, Betrieb, Hausärzten, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen und macht eine **Netzwerkanalyse** unerlässlich. Langfristig ermöglicht eine Versorgungskette nicht nur bestehende Angebote besser zu koordinieren sondern ebenso den hohen krankheitsspezifischen Kosten durch die bislang hohe Rückfallquote vorzubeugen. Vor dem Hintergrund, dass im Sommer 2015 das Bundespräventionsgesetzes (Bundestag, 2015) verabschiedet wurde, könnte die Etablierung von Versorgungsketten sowohl auf Bundes- als auch Landesebenen zur **Stärkung lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung** beitragen (Kilian et al., 2016, S. 268). Auf diesem Weg ist es nicht nur möglich, dem Entstehen von CRS und psychische Komorbidität vorzubeugen, sondern auch durch einen schnellen und unkomplizierten Zugang zu möglichst passgenauen Hilfsangeboten die Lebenssituation von Menschen mit CRS zu verbessern.

## 7.1 Implikationen für die Modifikation von Debora

**Bedürfnisorientierung.** Das vorliegende Training entspricht den Ergebnissen zufolge den Bedürfnissen der Rehabilitanden. Um die gute Akzeptanz der Rehabilitanden zu wahren und dies auch längerfristig beibehalten zu können, ist es weiterhin zwingend erforderlich, sich an den Bedürfnissen der Rehabilitanden zu orientieren. Dies unterstreicht den von Faller, Reusch und Meng (2011b, S. 448) geforderten „*Spagat zwischen Manualtreue einerseits und Orientierung an den Teilnehmerpräferenzen andererseits*“. Zu diesem Zweck sollte eine mindestens zweijährige kontinuierliche Überprüfung und ggf. Überarbeitung der bedürfnisorientierten Ausrichtung des Schulungskonzeptes erfolgen. Dies erfordert im Rahmen der Schulungskonzeption eine **kontinuierliche oder zumindest wiederkehrende Erhebung** von Barrieren und des dafür erforderlichen Barrierenmanagements. Optionale Erhebungsverfahren könnten neben dem in der aktuellen Literatur diskutierten Bedarf z. B. problemzentrierte Interviews oder offene Fragen im Anschluss an die Schulungsdurchführungen sein. Aufgrund der Ergebnisse könnten dann zusätzliche Trainingsmodule gestaltet bzw. der Schwerpunkt der Module angepasst werden.

**Ausbau und Auslagerung von Inhalten.** Insgesamt sind nur wenige Adaptionen hinsichtlich der inhaltlichen Konzeption des Trainings erforderlich. Es handelt sich bei den Rückmeldungen der Rehabilitanden und Experten überwiegend um positive Nennungen bzw. Einzelrückmeldungen. Übereinstimmend wurde jedoch der **Ausbau der Inhalte bzw. die Verlagerung von Inhalten** in Zusatzeinheiten gewünscht, um diese intensivieren zu können bzw. einem möglichen Konzentrationsverlust vorzubeugen. Dies betrifft folgende Bereiche:

- **Stressbewältigung.** In der Planung wurde ein zusätzliches Modul zum Thema „Stress und Arbeit“ sowohl für das Schmerzkompetenz- als auch für das Depressionspräventionstraining entwickelt. Diese Zusatzeinheit wurde jedoch gestrichen, da zehn Trainingseinheiten aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen der Kliniken nicht in der Klinikroutine integrierbar gewesen wären. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen jedoch, dass dieses Modul im Manual als optionales Zusatzmodul angeboten bzw. wieder in das Training integriert werden sollte. Das Modul sollte adäquate Stress- und Schmerzbewältigungsstrategien beinhalten (vertiefend s. Kaluza, 2014) und deren erfolgreichen Alltagstransfer insbesondere im beruflichen Kontext vermitteln.



- **Problemlösung.** Dem systematischen Problemlösen kommt ebenso eine wichtige Bedeutung zu. Dies sollte sich speziell mit dem Erlernen kommunikativer und sozialer Kompetenzen beschäftigen, um die Rehabilitanden zu besserer Selbststeuerung und einer eigenständigen Problembewältigung zu befähigen (vertiefend s. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Zudem sollten die bereits bestehenden Arbeitsbogen in der Patientenbroschüre, wie z. B. „Steigerung von angenehmen Aktivitäten“ und „Planung von angenehmen Aktivitäten“, um weitere Bewältigungspläne für die Aufrechterhaltung von z. B. körperlicher Aktivität in der Patientenbroschüre ergänzt werden bzw. das systematische Problemlösen in der Trainingseinheit Arbeit und Stress in Rollenspielen geübt werden (Ziegelmann & Lippke, 2006, S. 88).
  
- **Motivation und Volition für den Alltagstransfer.** Die hohe Zufriedenheit mit dem Training ist möglicherweise mit der Vielzahl an genannten erlernten Handlungsweisen assoziiert. Die Wirksamkeit von Interventionen ist demnach gegeben, wenn diese auch unter Alltagsbedingungen effektiv bleibt (Baumeister, 2014). Da rehabilitandenseitig Befürchtungen bezüglich der erfolglosen Umsetzung erlernter Handlungsweisen im Alltag bestanden, würde sich die Erweiterung bzw. vertiefende Integration von Übungen für den Alltagstransfer anbieten (Bitzer & Spörhase, 2015). Hierfür könnte, wie von Faller et al. (2015) vorgeschlagen, die Kosten-Nutzen-Waage oder das Vierfelderschemata genutzt werden. Darüber hinaus können Imaginationsübungen und Gedankenexperimente sowie Rollenspiele zur Ausbildung alternativer Sichtweisen genutzt werden. Diese sollten Wolf-Kühn und Morfeld (2016, S. 65) zufolge zur Stärkung der volitionalen Phase Fragen über die Art und Weise sowie über Zeitpunkt, Ort und Personen, mit denen das geplante Gesundheitsverhalten ausgeführt werden soll, beinhalten. Darüber hinaus sollte ebenso eine Bewältigungsplanung hinsichtlich möglicher auftretender Schwierigkeiten und der Umgang mit ihnen thematisiert werden. Abschließend ist jedoch anzumerken, dass ein Alltagstransfer nur im Alltag erfolgen kann und selbst die ausführliche Vorbereitung im Rahmen des Trainings einen erfolgreichen Transfer nicht sicherstellen kann.
  
- **Auslagerung von Inhalten.** Darüber hinaus wäre eine weitere zu diskutierende Möglichkeit die Auslagerung von Inhalten, um mehr Zeit zum Besprechen individueller Problemlagen der Rehabilitanden zu schaffen. Ausschließlich möglich wäre dies jedoch, aufgrund des interaktiven Ansatzes, im Kontext einer Auslagerung der wiederkehrenden Achtsamkeitsübungen. Eine Auslagerung aus

allen Modulen in ein separates, zusätzliches Modul zum Thema „Achtsamkeit“ wäre zwar denkbar, da es sich jedoch um ein von den Rehabilitanden favorisierten Trainingsinhalt handelt, ist dies nicht zu empfehlen. Dennoch könnte aufgrund der Vielzahl positiver Aussagen die Konzeption eines zusätzlichen, vertiefenden und optionalen Moduls zum Thema Achtsamkeit für das Manual angeregt werden (vertiefend s. Heidenreich & Michalak, 2015; Kabat-Zinn, 2006).

Um dennoch Raum für das Besprechen individueller Problemlagen zu schaffen, würde sich das Angebot zusätzlicher therapeutischer Einzelbetreuungen, wie im folgenden Absatz beschrieben, eignen. Darüber hinaus ist Lange und Petermann (2013, S. 332) zufolge eine Einzelpsychotherapie zur Bearbeitung individueller Problemlagen geeigneter als das Gruppensetting, was auch die vorliegenden Aussagen der Rehabilitanden mit einem erhöhten Grade an Depressivität bestätigen.

**Zusätzliche therapeutische Einzelbetreuung.** Weiterhin sollte die Zusammenarbeit bzw. die Koordination mit den Kliniken bezüglich des im Bedarfsfall auftretenden Wunsch nach therapeutischer Einzelbetreuung verbessert werden. Ferner sollte ein kurzer Input über den Zugang und das Angebot zusätzlicher therapeutischer Einzelbetreuung im Rahmen der VMO in die erste Trainingseinheit aufgenommen werden, um den Zugang niedrigschwelliger zu gestalten. Da sich der Umfang an angebotenen Einzelgesprächen jedoch am Anforderungsprofil der DRV-Bund (2013) orientiert, liegt diese Änderung leider nicht im Ermessensspielraum des Projektteams sondern sollte in Kooperation mit der DRV und den Kliniken diskutiert werden.

**Anpassung Gruppensetting.** Die Nutzung des interaktiven Gruppensettings hat sich durch die daraus resultierende soziale Unterstützung durch z. B. die Integration der Erfahrungen der Teilnehmer in die Schulung (Cooper, Booth & Gill, 2003; Faller et al., 2011b, S. 445), als richtig und notwendig erwiesen. Dennoch können psychoedukative Gruppen neben einer Vielzahl positiver Effekte, wie dem der sozialen Unterstützung, ebenso negative Auswirkungen bei den Rehabilitanden hervorrufen. So können z. B. in einer Psychotherapiegruppe mit mehreren Menschen mit Depressionen Sensibilisierungsprozesse bzw. ungünstige Problemfokussierungen bewirkt werden, die beispielsweise zu gegenseitigen Belastungen oder zu einer Stimmungsverschlechterung führen (Linden, Walter, Fritz & Muschalla, 2015). Dies bestätigten ebenso die Ergebnisse der Teilstudie 2, wonach in einer der Gruppen das Vorhandensein von abweichenden Krankheitsbildern zu einer Verschlechterung der Gruppenatmosphäre führte. Diese unerwünschten Nebenwirkungen sind in der Qualitätssicherung und vor allen Dingen bei der

Zusammensetzung der Gruppe zu beachten (Linden et al., 2015). Da diese Problematiken hauptsächlich in der KG auftraten, sollte demzufolge, wie von Tschuschke (2010) beschrieben, bei einer kurzzeitigen fokalen Gruppe, die z. B. ausschließlich das Schmerzkompetenztrainings erhält, auf eine möglichst homogene Zusammensetzung in Bezug auf das Krankheitsbild geachtet werden.

Darüber hinaus sollte innerhalb von TTT-Schulungen thematisiert werden, wie mit passiven oder nicht schulbaren Mitgliedern umgegangen wird. Sollte ein Teilnehmer die Gruppe zu stark beeinträchtigen, könnten nach zwei Sitzungen in einem Einzelgespräch mögliche Schulungsalternativen im Einzelsetting, wie z. B. das Motivational interviewing, besprochen werden (vertiefend siehe z. B. Körkel & Veltrup, 2003; Miller & Rollnick, 2015). Dies könnte auf anderem Wege die Änderungsmotivation des Rehabilitanden fördern.

Ferner sollte darauf geachtet werden, dass die Gruppengröße in Anlehnung an die Richtlinien der DRV-Bund (2013) und die vorliegenden Ergebnisse die maximale Teilnehmerzahl von zehn bis zwölf nicht überschreitet, um die Gruppenkohäsion nicht zu gefährden und die praktische Umsetzung interaktiver Methoden zu ermöglichen.

**Berücksichtigung spezifischer Klinikgegebenheiten.** Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass finanzielle und vor allem organisatorische Hindernisse wie die Integration des Trainings in den Therapieplan und zeitliche Rahmenbedingungen (vertiefend s. Brandes et al., 2008; Reese & Mittag, 2013a, S. 836) die Integration psychosozialer Maßnahmen in die Klinikroutine und demzufolge die psychosoziale Versorgung erschweren (Koch et al., 2011, S. 35). Trotz des partizipativen Ansatzes bei der Trainingskonzeption zeigen die Ergebnisse der Expertenbefragungen, dass der partizipative Ansatz der Optimierung bedarf. So waren im ersten Workshop vornehmlich die Klinikleitungen und nicht die tatsächlich ausführenden Experten zugegen. Darüber hinaus kam es aufgrund von Krankheit und Personalwechsel dazu, dass Therapeuten am zweiten Workshop teilnahmen, die nicht für die Ausführung des Trainings zuständig waren. Bei zukünftigen Trainingskonzeptionen sollte demzufolge darauf geachtet werden, dass die ausführenden Experten zugegen sind.

Zudem ist für die Wirksamkeit und die erfolgreiche Integration einer Intervention, laut den vorliegenden Ergebnissen, die Berücksichtigung des typischen Rehabilitandenklientels einer Klinik zwingend erforderlich. So lag in einer der Kliniken ein deutlich niedrigeres Bildungsniveau bzw. ein Mangel in der Gesundheitskompetenz im Vergleich zu den anderen Kliniken vor. In diesem Kontext sollten die durchführenden Therapeuten darauf hingewiesen werden, die Inhalte bzw. die Didaktik dem Niveau der Rehabilitanden anzupassen. Dies macht wiederum eine große therapeutische Kompetenz erforderlich

(vertiefend s. Feicke & Spörhase, 2012, S. 303), welche in TTT-Seminaren gefördert werden sollte. Ferner ist anzuregen, den zeitlichen Rahmen des Trainings bei Vorliegen eines Mangels an Gesundheitskompetenz von 75 auf 90 Minuten anzupassen, um mehr Zeit für Nachfragen und Reflexion zur Verfügung zu haben sowie den Kleingruppenworkshop ausschließlich unter Anleitung erfolgen zu lassen.

**Kombinierte Durchführung.** Die Module des Depressionspräventionstrainings bauen jeweils auf den Inhalten der vorangegangenen Module des Schmerzkompetenztrainings auf. Trotz Möglichkeit der separaten Durchführung des Trainings (s. Kap. 1.8) sprechen die Ergebnisse hinsichtlich der Überlegenheit der IG zur KG für eine kombinierte Durchführung der Module in der VMO. Die Basismodule zur Schmerzkompetenz sollten demnach, wie bereits in Kapitel 1.8 beschrieben, in alternierender Reihenfolge mit den Zusatzmodulen zur Prävention und Behandlung komorbider depressiver Symptome durchgeführt werden. Auch wenn nicht alle Rehabilitanden die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen, ist im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention die Durchführung psychologischer Interventionen (vertiefend s. Koch et al., 2011, S. 30) und somit einer Kombination aus Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining angezeigt.

Die Etablierung von Zuweisungskriterien für den Einsatz des Trainings, auf Basis des bereits in der Rehabilitation genutzten PHQ (vgl. Roch et al., 2016) könnte ein geeignetes Instrument darstellen, um einer mögliche Überversorgung der Rehabilitanden vorzubeugen (s. Tab. 43).

Tabelle 43: Zuweisungskriterien für die Rehabilitationsart in Abhängigkeit des Depressivitätsgrades.

T-Wert der Depressivität	Setting	Behandlung
<55	OR	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Standardbehandlung</li> <li>▪ Schmerzkompetenztraining (Einheiten: 1, 2, 3, 4)</li> </ul>
55-65	VMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Standardbehandlung</li> <li>▪ Schmerzkompetenztraining (Einheiten: 1, 2, 3, 4)</li> <li>▪ Depressionspräventionstraining (Einheiten: 1a, 2a, 3a, 4a)</li> </ul>
>65	Psychosomatische Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie</li> </ul>

**Manualisierung.** Nur die konzeptangemessene Implementation kann die Wirksamkeit eines Programmes und entsprechende Effekte gewährleisten (Baumeister, 2014). Eine weitestgehend standardisierte Durchführung erfordert, zentrale Aspekte der Schulung in einem Manual festzulegen (Ströbl et al., 2009, S. 167). Dies fördert zudem, dass deutlich mehr interaktive Methoden verwendet werden (Reusch et al., 2013, S. 226). Die Manualisierung des Trainings Debora ist demnach zwingend erforderlich und stellt ein wichtiges Indiz für die Qualität einer Patientenschulung dar (vertiefend s. ZP, 2014). Dieser Forderung wurde bereits nachgekommen, so dass das Manual voraussichtlich im Frühjahr 2017 erscheint (Mohr et al., 2017). Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass ein hoher Standardisierungsgrad nicht zwangsläufig mit hoher Effektivität verbunden ist. Das Erhalten von Adaptionmöglichkeiten und Flexibilität ist erforderlich, um sowohl den durchführenden Therapeuten als auch den Bedürfnissen der Rehabilitanden gerecht zu werden (Faller et al., 2015).

**Train-The-Trainer.** Kröner-Herwig und Frettlöh (2011, S. 552) beschreiben, dass ein manualisiertes Therapieprogramm keinesfalls die therapeutische Kompetenz ersetzt, sondern sie einfordert. Dies spiegeln ebenso die vorliegenden Ergebnisse wider, wonach Abweichungen in der konzeptgetreuen Umsetzung des Trainings ersichtlich waren. Dies zeigte sich besonders im Kontext des Kleingruppenworkshops in Mängeln in der Klarheit bzw. Transparenz der Aufgabenstellung durch die Experten. Da dies jedoch als Voraussetzung für das Lösen von Aufgaben und für das Lernen zählt (Feicke & Spörhase, 2012, S. 303), sollte der Stellenwert der Transparenz in TTT-Seminaren stärker betont werden. Neben der Manualisierung sollten demnach verbindliche TTT-Seminare etabliert werden, um die Implikationsqualität zu verbessern und den beschriebenen Therapeuteneffekt so gering wie möglich zu halten (vertiefend s. Ströbl et al., 2009). Darüber hinaus ließen sich durch solche Seminare, die von Beelmann und Karing (2014, S. 130) beschriebenen, wirksamkeitsdämpfende Effekte durch einen Wechsel bei den durchführenden Experten möglichst gering halten. In welchem Rahmen diese TTT-Seminare erfolgen sollten, muss im Kontext der jeweiligen Ressourcen geplant werden. Denkbar wären beispielweise Online-Seminare oder Wochenendworkshops in Form von In-House-Schulungen.

**Setting- und Zielgruppenerweiterung.** Debora wurde ursprünglich für die Anwendung in der stationären VMO entwickelt. Die Konzeption des Trainings macht jedoch ebenso einen Einsatz im rehabilitativen als auch im kurativen Anwendungsbereich sowie im ambulanten, teilstationären und vollstationären Setting denkbar. Darüber hinaus ist eine Integration in bestehende multidimensionale Behandlungsprogramme denkbar. Die

---

Anwendbarkeit in alternativen Settings sollte über weitere formative Evaluationen in den jeweiligen Settings geprüft werden. Zweck dieses Setting-Wechsels ist die dringend erforderliche Verbreitung dieses innovativen Trainings zur Prävention psychischer Komorbidität. Darüber hinaus betonen Koch, Mehnert und Strauß (2011, S. 30), dass zunächst alle Patienten mit körperlichen Krankheiten zu den Zielgruppen für psychosoziale Maßnahmen zählen. Eine Abwandlung bzw. Erweiterung des Trainings auf weitere Zielgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche ist ebenfalls denkbar und sollte in Erwägung gezogen werden.

## 7.2 Implikationen für die Gestaltung der Rehabilitation

**Screening.** Zwischen Rehabilitationseinrichtungen existieren große Unterschiede hinsichtlich des durchgeführten psychologischen Screenings bei Rehabilitanden mit CRS (Reese & Mittag, 2013a, S. 833). Die Zunahme von psychischen Komorbiditäten und die daher notwendige Etablierung psychologischer Interventionen wie Debora machen jedoch ein vorheriges Screening nach Depressionen erforderlich (Reese & Mittag, 2013a). Der **Einsatz von Screening-Fragebogen** wie dem ADS (Hautzinger et al., 2012) oder dem Patient Health Questionnaire (PHQ; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) ist hinsichtlich der Erhebung des Depressivitätsgrades nicht nur aus Sicht der VMO-Leitlinien (DRV-Bund, 2013 S.10) sondern ebenso im Kontext der vorliegenden Ergebnisse indiziert. Zudem wurde die sehr gute Vorhersagekraft für die klinische Symptomatik beim Einsatz eines flächendeckenden Screenings der psychosozialen Belastungen durch neuere Kurzfragebogen wie den PHQ-4 belegt (Roch et al., 2016). Ferner würde dies bei kurzzeitigen Gruppen in der VMO eine möglichst homogene Zusammensetzung der Gruppe ermöglichen (Tschuschke, 2010). Auch Dankwart und Strauß (2012, S. 63–64) bestätigt, dass durch die Zusammensetzung von Gruppen nach Störungsbildern oder anderen psychologischen Ausgangsmerkmalen günstigere Prozesse entwickelt werden. Zu beachten ist jedoch, dass dies innerhalb der Gruppe zu einer Stimmungsverschlechterung führen könnte (Linden et al., 2015). Zudem wäre es über ein vorheriges Screening möglich, die **Intervention spezifischer auf die Patienten und deren Bedürfnisse abzustimmen**, was wiederum die Effektivität von Interventionen steigert (van Hooff et al., 2014). Diese Vorgehensweise ist demnach bei der Durchführung von kurzzeitigen Gruppen in einer drei- bis vierwöchigen VMO zu empfehlen.

Da Motivationsmangel analog zu den Ergebnissen der vorliegenden Teilstudien als Prädiktor für den Misserfolg des langfristigen Transfer von erlernten Handlungsweisen in den Alltag angesehen wird (Rau & Petermann, 2008, S. 210), sollte auch in diesem Bereich ein Screening stattfinden. Demnach sollte im Zuge der bereits erwähnten Bedürfnisorientierung eine **Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden** über z. B. den Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 1999) erfolgen. Dies bestätigen ebenso die Empfehlungen von Reese und Mittag (2012), wonach die Handlungs- und Bewältigungsplanung im Kontext des HAPA-Modelles einen zentralen Inhalt darstellen sollte. Bei der Handlungsplanung sollte insbesondere Zeit, Ort und Art des Verhaltens erfasst sowie bei der Bewältigungsplanung die Antizipation an mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Verhaltens sowie die Strategien zur Überwindung dieser Barrieren thematisiert werden (Faller et al., 2011b).

Daraus resultiert, dass eine feste Integration von Problemlösetrainings, wie in Debora vorhanden, in der Rehabilitation Berücksichtigung finden sollte. Darüber hinaus ließen sich über das Screening wichtige Bausteine einer erfolgreichen Behandlung von Rehabilitanden mit CRS, die der **Compliance und Patientenmotivierung**, erfassen und fördern (Rau & Petermann, 2008, S. 210).

**Bedürfnisorientierung.** Die Bedürfnisse der Rehabilitanden und ihre daraus resultierenden Erwartungen an die Ergebnisse der Rehabilitation sind in der vorliegenden Untersuchung, kongruent mit der Literatur (Heyduck et al., 2011, S. 240). Eine stärkere Bedürfnisorientierung sollte demzufolge insgesamt in Patientenschulungen, der VMO sowie der Forschung berücksichtigt werden (Faller et al., 2015). Dies begünstigt nicht nur den Alltagstransfer sondern führt insgesamt zu einer besseren Effektivität von Interventionen (van Hooff et al., 2014). Eine aktive Beteiligung im Sinne der **Partizipation von Rehabilitanden** wird von den Rehabilitanden selbst, im Gesundheitswesen und von gesundheitspolitischer Seite gefordert, damit die Rehabilitanden *„zu kompetenten Partnern und Experten werden, die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen“*. Eine höhere Selbstbeteiligung wird dabei sowohl von den Patienten als auch von den Experten gefordert (Dirmaier & Härter, 2011, S. 411). Die Partizipation der Rehabilitanden sollte bereits bei der Therapiezielfindung und Therapieplanung (Buchholz & Kohlmann, 2014b, S. 1) und der Berücksichtigung individueller Problemlagen (vertiefend s. Schwarz, 2015b) beginnen. Darüber hinaus ist dies besonders wichtig, um unrealistische Erwartungen der Rehabilitanden an die Rehabilitation und eine daraus folgende Enttäuschung bei nicht Verwirklichung zu vermeiden.

Die **Erfassung subjektiver Bedürfnisse, Ressourcen und psychosozialer Belastungsfaktoren** vor Beginn der Rehabilitation ist demnach indiziert (Reese & Mittag, 2013, S.835), um die Indikation sowie einen passgenau ausgerichteten Behandlungsplan erstellen zu können und die Partizipation der Rehabilitanden zu erhöhen. Dies könnte im Vorgespräch mit dem Hausarzt oder aber bei einem Erstbesuch der Rehabilitationseinrichtung erstellt werden. Um unnötige Fahrtkosten zu vermeiden, wäre die Erhebung über offene oder halbstrukturierte Erhebungsstrategien im Vorfeld notwendig. Diese Option wurde ebenso von Buchholz und Kohlmann (2014a) vorgeschlagen und beinhaltet das Versenden von Fragebögen mit den Bewilligungsunterlagen der Rentenversicherungsträger, um die Rehabilitanden anzuregen, sich über offene Fragen wie z. B. *„Welche Erwartungen oder Ziele habe ich an die Rehabilitation?“* mit ihren Reha-Zielen auseinanderzusetzen. Zur Optimierung der Rücklaufquote und zur leichteren Bearbeitung wäre eine onlinebasierte Version dieser Erhebungsform möglich. Insgesamt könnte durch diese Vorabhebung eine höhere



Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie eine intensivere Vorbereitung auf die Rehabilitation erreicht werden, welches wiederum die nachhaltige Alltagsimplementierung begünstigt (Reese & Mittag, 2013a).

**Anpassung Rehabilitationsdauer.** Zu einer der wichtigsten Implikationen für die Rehabilitation zählt die Forderung einer **regelmäßig eingeführten Dauer der stationären Rehabilitation von vier Wochen**. Mit einem Zeitrahmen von regelmäßig drei Wochen wird die stationäre Rehabilitation in Deutschland bereits abweichend von der internationalen Versorgungspraxis durchgeführt (Reese & Mittag, 2013a, S. 836). Eine Verlängerung auf vier Wochen erfolgt bislang lediglich bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit (DRV-Bund, 2013). Die vorliegenden Ergebnisse untermauern jedoch, dass dieser relativ kurze Zeitraum für eine Verhaltensänderung sowie für die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte zu kurz ist. Die Rehabilitationsdauer der VMO orientiert sich derzeit noch an den Standards der orthopädischen Rehabilitation. Eine psychosomatische Rehabilitation kann hingegen sechs Wochen dauern (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016, S. 89–90). Da für die VMO ein wesentliches Zuweisungskriterium das Vorliegen einer psychischen Komorbidität ist (DRV-Bund, 2013), sollte die derzeitige Rehabilitationsdauer für die VMO überdacht werden. Eine regelmäßige Verlängerung würde darüber hinaus aus Rehabilitandensicht einem möglichen Ungerechtigkeitsempfinden bzw. der empfundenen „Willkür“ von Verlängerungen entgegenwirken. Zudem gaben die Experten übereinstimmend mit den Praxisempfehlungen von Reese und Mittag (2013a, S. 834) zu bedenken, dass eine intensive schmerzpsychologische Betreuung zwar dringend erforderlich ist, aber ihre Umsetzung innerhalb einer dreiwöchigen Rehabilitation als unrealistisch betrachtet werden kann. Sollte die regelmäßige Verlängerung auf eine vierwöchige stationäre Rehabilitation nicht umsetzbar sein, könnte eine **Kooperation von stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen**, im Sinne der bereits beschriebenen Versorgungskette (s. Kap. 7), eine alternative Möglichkeit darstellen.

**Etablierung psychologischer Interventionen.** Ein zentraler Ansatz im Behandlungskonzept der VMO ist das Vermitteln eines biopsychosozialen Ansatzes (DRV-Bund, 2013). Um dieser Forderung und der Zunahme psychischer Komorbiditäten gerecht zu werden, bietet sich die **systematische Förderung der Implementation psychologischer Interventionen** wie Depressionspräventionstrainings an (Hampel et al., 2014). Ferner sprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sowie weiterer Studien dafür, dass es hinsichtlich psychologischer Behandlungen große Unterschiede zwischen den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen gibt (Gülich et al., 2003; Reese, Jäckel & Mittag, 2012; Reese & Mittag, 2013a, S. 833). Laut den

Praxisempfehlungen von Reese und Mittag (2013a, S. 835) sollten jedoch in jeder Einrichtung eine Kombination eines psychoedukativ ausgerichteten Schmerzbewältigungstrainings sowie eine intensivere psychologische Schmerztherapie erfolgen. Auch Schwarz und Kollegen (2008, S. 74) fordern die Implementierung von spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten wie z. B. Depressionsbewältigungsgruppen. Die Ergebnisse der formativen Evaluation sprechen für eine gute Akzeptanz und Machbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debra in der VMO. Zudem bewegen sich die Dauer und Häufigkeit des Trainings Debra in den von der DRV-Bund (2013) vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zwischen 6 x 60 Minuten bis 9 x 90 Minuten. Eine **einheitliche Etablierung psychologischer Interventionen wie Debra in der VMO** könnte eine Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität sowie den Unterschieden im Behandlungsniveau zwischen den Kliniken entgegenwirken und ist demnach indiziert.

**Ausbau psychologischer Gespräche.** Zudem zeigte sich der bereits beschriebene verstärkte Wunsch der Rehabilitanden nach **zusätzlichen einzeltherapeutischen Maßnahmen**. Grundsätzlich wird im Anforderungsprofil der VMO (DRV-Bund, 2013, S. 13–14) die Durchführung eines mindestens zwanzigminütigen Aufnahme- und Entlassungsgesprächs gefordert, wobei weitere psychologische Einzelgespräche nur bei Bedarf anzubieten und auf maximal ein Einzelgespräch pro Woche zu begrenzen sind. Dennoch sollte eine Erhöhung des Angebots in Betracht gezogen werden, um den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden und folglich ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Optional würde sich die regelhafte Implementierung von psychotherapeutischer (Weiter-) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation anbieten, die bereits unter Kapitel 7.1 beschrieben wurde. Darüber hinaus ist jedoch zu bedenken, dass in Anlehnung an die bereits unter Kapitel 7.1 beschriebenen Zuweisungskriterien, auf die Passgenauigkeit der Zuweisung der Rehabilitanden in die unterschiedlichen Settings der Rehabilitation geachtet werden sollten. So ist zu prüfen, ob der erhöhte Bedarf an Einzelgesprächen mit einem erhöhten Depressivitätsgrad zusammenhängt und demzufolge eher eine Zuweisung in die psychosomatische Rehabilitation und nicht in die VMO erfolgen sollte.

**Fortbildungen.** Reusch und Kollegen (2013, S. 226) zufolge stellt die Fortbildung von Schulungspersonal für zwei Drittel der Einrichtungen keine Durchführungsvoraussetzung für Schulungen dar. Dies verdeutlichen ebenso die vorliegenden Ergebnisse bezüglich des Therapeuteneffekts, wonach ungünstiges Behandlerverhalten die Akzeptanz und

Machbarkeit einer Patientenschulung sowie die Zufriedenheit der Rehabilitanden insgesamt stark beeinflussten. Hausteiner-Wiehle und Schaefert (2014, S. 165) geben jedoch zu bedenken, dass insbesondere der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung von großem Wert für den Behandlungserfolg ist. Dies entspricht ebenso den Aussagen von Faller et al. (2011b, S. 444) wonach „das *traditionelle paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung hin zu einem kooperativen, partizipativen Modell*“ verändert werden sollte. Wichtig für die bereits beschriebene stärkere Partizipation und Bedürfnisorientierung in der Rehabilitation ist demzufolge ein **Perspektivwechsel**, in dem die Experten sich mit der Qualitätsfrage einer Therapie aus der Sicht der Rehabilitanden auseinandersetzen (vertiefend s. Grande & Romppel, 2010, S. 380). Um eine empathische und bewältigungsorientierte Grundhaltung zu ermöglichen, sollte neben der **regelmäßigen Supervision** in den Rehabilitationseinrichtungen ein Fokus auf die **regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen der Therapeuten** in z. B. motivierender Gesprächsführung gelegt werden. Ebenso kann der Einsatz wie von Kanfer et al. (2012, S. 491–492) vorgeschlagenen **Evaluationsbogen für Therapiesitzungen** eine Selbsteinschätzung und Selbstreflexion der Therapeuten ermöglichen.

### 7.3 Implikationen für die zukünftige Forschung

**Debora.** Im Anschluss an die formativen Ergebnisse werden aktuelle statistische Daten benötigt, die die Wirksamkeit der Intervention Debora prüfen. Dementsprechend wird bereits seit 2014 eine **quantitative Wirksamkeitsstudie** durchgeführt, deren Ergebnisse voraussichtlich in 2017 veröffentlicht werden. Nach Prüfung der mittel- und langfristigen Effekte des Trainings sollte die **Patientenzufriedenheit kontinuierlich getestet werden**, um ggf. auf eine Änderung der Bedürfnisse reagieren und ein evaluiertes Schulungsprogramm für die Praxis anbieten zu können (Meng et al., 2009, S. 342). In der vorliegenden Untersuchung konnten keine **geschlechts- und altersspezifischen Effekte** auf die Akzeptanz und Machbarkeit des Trainings untersucht werden. Da einer Studie von Pieh et al. (2012, S. 280) zufolge Frauen mit Depressionen und Schmerzen eher von einer multimodalen Behandlung profitierten als Männer, sollten weiteren Studien zum Einfluss soziodemographischer Daten auf die Wirksamkeit und Zufriedenheit von Patientenschulungen erfolgen (vgl. Tlach & Hampel, 2011). Zudem sollte in Anbetracht des demographischen Wandels der Einfluss des Alters untersucht werden (vgl. Kuss & Laekeman, 2015).

**Implementationsforschung.** Die Untersuchung bestätigt die Relevanz und den Bedarf an qualitativ hochwertigen Studien, die die **Wirksamkeit psychologischer Interventionen** im Kontext multidisziplinärer orthopädischer Rehabilitation untersuchen. Darüber hinaus ist die **Verbreitung evidenzbasierter Interventionen** auszubauen (Baumeister, 2014) sowie die optimale **Einteilung von Gruppen** hinsichtlich ihrer Homo- oder Heterogenität bei depressiven Rehabilitanden zu untersuchen. Neben den **Einfluss des Therapeuten** sollte ebenso der **des Bildungsniveaus der Rehabilitanden bzw. der Gesundheitskompetenz** auf die Wirksamkeit von Patientenschulungen untersucht werden. Darüber hinaus sollte eine Anpassung der Inhalte von Patientenschulungen an verschiedene Handlungsstadien im Sinne des HAPA-Modells (Non-Intender, Intender, Actor; s. Kap. 1.4.3) erfolgen, da die verschiedenen Typen möglicherweise von unterschiedlichen Interventionen profitieren (Rüsch, Krämer, Helmes & Bengel, 2015).

**Bedürfnisorientierung.** Im Sinne der Defizite im Bereich der Nachhaltigkeit von Rehabilitation und Patientenschulungen sollten die Bedürfnisse der Rehabilitanden hinsichtlich ihrer **Therapieziele**, der **Zufriedenheit**, möglicher **Barrieren** und des **Barrierenmanagements** kontinuierlich erfasst werden (vertiefend s. Glattacker et al., 2016). Darüber hinaus sind Untersuchungen zu Machbarkeit und Bedarf bezüglich der **Implementation von Versorgungsketten bzw. strukturierten Nachsorgeangeboten** erforderlich.

## 8 Schlussfolgerung

Die Zunahme von psychischer Komorbidität stellt einen bedeutsamen Aspekt bei der Rehabilitation von CRS dar. Dennoch ist der Anteil psychologischer Behandlungselemente in der Rehabilitation von CRS derzeit zu gering. Die Prävention und Mitbehandlung im Zuge der Rehabilitation unspezifischer CRS ist jedoch unerlässlich, um nicht nur gesundheitsökonomische sondern ebenso die Lebensqualität mindernde Konsequenzen zu verringern (Nolet et al., 2015; Schmidt et al., 2014). Demzufolge ist es zwingend erforderlich, psychologisch orientierte Interventionsstrategien in den Rehabilitationsprozess zu integrieren, um den individuellen Problematiken der Rehabilitanden gerecht zu werden. Erfolgen keine spezifischen Behandlungsmaßnahmen bei Depressivität wirkt sich dies zudem ungünstig auf den Behandlungserfolg aus (Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 92). Demzufolge impliziert die Zunahme von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen die Notwendigkeit der Integration bedarfsgerechter, depressionsspezifischer Inhalte in die Therapieplanung (Hampel et al., 2014; Morfeld & Friedrichs, 2011).

Diese Forderung wurde in dem vorliegenden störungsspezifisch psychologischen Gruppentraining Debora für CRS und depressive Symptome umgesetzt. Debora erzielte bei den Rehabilitanden eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Akzeptanz und Machbarkeit der Trainingsinhalte, was für eine **zielgruppenspezifische und bedürfnisgerechte Konzeption** des Trainings spricht. Um eine optimale **Implementierung in den Rehabilitationskliniken** zu erreichen (vertiefend s. Meng et al., 2015), war die Betrachtung der Expertenperspektive ebenfalls von besonderer Relevanz, wonach dem Training ebenso eine gute Akzeptanz bescheinigt wurde. Dennoch wurden von den Experten Probleme hinsichtlich der Machbarkeit, schwerpunktmäßig im Bereich der Anpassungen an ein unterschiedliches Bildungsniveau bzw. die Gesundheitskompetenz der Rehabilitanden in den Kliniken sowie der zeitlichen Rahmenbedingungen, thematisiert. Diese Schwierigkeiten sollten bei der Manualisierung berücksichtigt werden und beziehen sich insbesondere auf die Herausforderung der Implementation der Kombination aus Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining in einer dreiwöchigen Reha-Maßnahme (Bahrke et al., 2006).

Trotz des relativ kurzen Rehabilitationszeitraums von drei bis vier Wochen führten die im Zuge des Trainings erlernten Handlungsweisen bei den Rehabilitanden insgesamt zum **Erlangen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses**, dass in vielen Studien gefordert wird (Reese & Mittag, 2013a; Koch et al., 2011). Die Ergebnisse der

summativen Evaluation zeigen somit erste Indizien für die Wirksamkeit des Trainings. Dennoch ist für eine Beurteilung der Ergebnisqualität weiterhin die langfristige Verfestigung bzw. der Alltagstransfer zu prüfen. Diese wichtigen Erkenntnisse sollten in weiteren quantitativen Erhebungen verifiziert werden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass alle teilnehmenden Rehabilitanden, trotz des relativ kurzen Interventionszeitraums, angaben präventiv vom Angebot depressionsspezifischer Inhalte und somit von der Teilnahme am Training, profitiert zu haben. Dennoch wurde deutlich, dass die positiven Ergebnisse hinsichtlich der erlernten Handlungsweisen der IG denen der KG überwogen, was für eine Überlegenheit der IG und somit für eine **kombinierte Durchführung des Trainings** spricht. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse und der Übereinstimmungen des Trainings Debora mit den Leitlinienempfehlungen der DRV-Bund (2013), ...

**ist eine langfristige Etablierung des Schmerzkompetenz- als auch des Depressionspräventionstrainings Debora in die stationäre VMO indiziert.**

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen den **Stellenwert einer formativen Evaluation** für die Implementierung von Patientenschulungen, denn nur durch eine Berücksichtigung der Bedürfnisse von Rehabilitanden und Experten ist es möglich, das Training in den Klinikalltag zu integrieren. Darüber hinaus ist über eine gezielte Betrachtung der Barrieren und des Barrierenmanagements der Rehabilitanden eine Berücksichtigung der individuellen Problematik möglich. Dies gestattet es nicht nur die Trainingsinhalte anzupassen, sondern ebenso die geringen und zeitlich instabilen Effekte in der Rehabilitation durch angemessene Behandlungselemente zu optimieren (Hampel et al., 2014, S. 2).

Zudem erfüllt die **summative Evaluation** des Trainings nicht nur eine Entscheidungs- und Legitimationsfunktion (vertiefend s. Döring, 2014), sondern kommt ebenso dem Optimierungsbedarf hinsichtlich des geforderten Nachweises der Effektivität von Patientenschulungen nach (Ströbl et al., 2007).

Abschließend ist festzuhalten, dass das Promotionsvorhaben dem zunehmenden Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen zur Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz von Programmen (Kardorff, 2015, S. 238) sowie dem Bedarf an geeigneten Interventionen bei komorbid erkrankten Rehabilitanden nachkommt (Beutel & Schulz, 2011, S. 20). Das Ziel der formativen Evaluation des Trainings Debora zur schrittweisen Optimierung konnte erreicht werden. Zudem ließen sich aus den Ergebnissen Implikationen generieren, die die Wirksamkeit und Passgenauigkeit der Intervention

verbessern. Ferner konnten Implikationen für die Gestaltung der Rehabilitation, insbesondere im Bereich des Screenings, der Bedürfnisorientierung und der Anpassung der Rehabilitationsdauer sowie Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung, speziell im Bereich der Implementationsforschung und Bedürfnisorientierung, ermittelt werden. Schließlich ermöglichte es die vorliegende Untersuchung, nicht nur Ansatzpunkte für die Prävention, sondern ebenso für die Gesundheitsförderung im Bereich der sozialen Unterstützung durch z. B. den Aufbau von Versorgungsketten zu ermitteln. Das Promotionsvorhaben liefert somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität und erfüllt demnach nicht nur einen präventiven sondern ebenso einen gesundheitsfördernden Beitrag.

## 9 Literaturverzeichnis

- Ahrens, C., Schiltewolf, M. & Wang, H. (2010). Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) bei chronischen Rückenschmerzen und gleichzeitiger Depression. *Der Schmerz*, 24 (3), 251–256.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klüber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H. & Zanoli, G. (2006). Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15 (Suppl. 2), S192-S300.
- Akreml, L. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 265–282). Wiesbaden: Springer.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D., Kaiser, U., Klasen, B., Klimczyk, K., Lutz, J., Nagel, B., Pflingsten, M., Sabatowski, R., Schesser, R., Schiltewolf, M., Seeger, D. & Söllner, W. (2014). Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Der Schmerz*, 28 (5), 459–472.
- Arnold, B., Brinkschmidt, T. & Casser, H.-R. (2009). Multimodale Schmerztherapie, Konzepte, Indikation. *Der Schmerz*, 23, 112–120.
- Arnold, B., Casser, H.-R., Klimczyk, K., Lutz, J., Brinkschmidt, T., Gralow, I., Irnich, D., Kaiser, U., Nagel, B., Schiltewolf, M., Pflingsten, M., Sabatowski, R. & Söllner, W. (2015). Akutstationäre multimodale Schmerztherapie und Rehabilitation. *Der Schmerz*, 29 (6), 641–648.
- Arnold, B. & Pflingsten, M. (2008). Rehabilitation des chronischen unspezifischen Kreuzschmerzes. *Der Schmerz*, 22 (1), 87–89.
- Bahrke, U., Bandemer-Greulich, U., Fikentscher, E., Müller, K., Schreiber, B. & Konzag, T. A. (2006). Chronischer Rückenschmerz mit suppressiver Schmerzverarbeitung - Zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs einer bislang vernachlässigten Rehabilitandengruppe. *Die Rehabilitation*, 45, 336–344.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior* (31), 143–164.
- Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F. & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. *Psychotherapeut*, 57 (1), 7–14.
- Baumeister, H. (2014). Implementationsforschung in der Klinischen Psychologie, Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 65 (3), 150–158.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2011). Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54 (1), 52–58.
- Beelmann, A. & Karing, C. (2014). Implementationsfaktoren und -prozesse in der Präventionsforschung: Strategien, Probleme, Ergebnisse, Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 65 (3), 129–139.



- Berking, M., Jacobi, C. & Masuhr, O. (2002). Unterschiede in den Therapiezielen verschiedener Diagnosegruppen: Hinweise auf eine „störungsspezifische Therapiezielheterogenität“. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Internetausgabe des Tagungsbandes zum 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium* (S. 478–481). Frankfurt am Main: DRV-Schriften.
- Bethge, M. & Borngräber, Y. (2015). Work-family conflicts and self-reported work ability. Cross-sectional findings in women with chronic musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16 (58), 1–8.
- Bethge, M. & Müller-Fahrnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Systematischer Review und Meta-Analyse. *Die Rehabilitation*, 47 (04), 200–209.
- Beutel, M. & Schulz, H. (2011). Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 15–21.
- Bitzer, E. M. & Spörhase, U. (2015). Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58 (9), 983–988.
- Bönisch, R., Stock Gissendanner, S., Schmid-Ott, G. & Petermann, F. (2016). Arbeitsmotivation und Interesse bei depressiven Störungen. *Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie*, 64 (2), 103–109.
- Brandes, I., Bönisch, A., Vries, U. d., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. & Krauth, C. (2008). Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18, 344–348.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact of daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333.
- Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Hallbergmoos: Pearson.
- Bronen, J.-P., Marty, M., Legout, V., Cedraschi, C. & Henrotin, Y. (2011). Is volition the missing link in the management of low back pain? *Joint Bone Spine*, 78, 364–367.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2014a). Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität eines Fragebogens zur Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 53, 102–109.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2014b). Deskriptoren und Prädiktoren von Reha-Zielen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 364–372.
- Bührlen, B., Gerdes, N. & Jäckel, W. (2005). Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Rehabilitation*, 44, 63-74.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. SF-12 Kurzversion des SF-36*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2015). *Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – Langfassung* (1. Aufl.). Zugriff am 01.04.2016. Verfügbar unter <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-1aufli-vers5-lang.pdf>.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). *Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte*. Berlin: Bundesministerium.
- Bundestag (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31*.
- Cooper, H. C., Booth, K. & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 18 (2), 191–206.
- Dankwart, M. & Strauß, B. (2012). Indikation, Prognose, Vorbereitung und Zusammensetzung von Therapiegruppen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 59–68). Berlin: Springer.
- Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 48, 39–46.
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neuesCredo“) – ein Erfolgsmodell? *Die Rehabilitation*, 51, 316–326.
- Denzin, N. K. (2009). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New Brunswick, NJ: AldineTransaction.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Zugriff am 01.02.2016. Verfügbar unter <http://www.prognos.com/presse/news/detailansicht/603/136770ffcd9bdaf1331e18ccdca8f17e/>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund). (Hrsg.). (2011). *Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*. Zugriff am 01.03.2016. Verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BraunschweigHannover/de/Inhalt/2\\_Rente\\_Reha/02\\_Reha/05\\_Fachinformationen/03\\_Infos\\_Reha\\_Einrichtungen/RH\\_Therapiestandards\\_chronischer\\_Rueckenschmerz.pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BraunschweigHannover/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_Fachinformationen/03_Infos_Reha_Einrichtungen/RH_Therapiestandards_chronischer_Rueckenschmerz.pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund). (Hrsg.). (2013). *Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO)*. Zugriff am 01.02.2016. Verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/322680/publicationFile/61959/verhaltensmed\\_ortho\\_reha\\_vmo.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/322680/publicationFile/61959/verhaltensmed_ortho_reha_vmo.pdf)
- Dibbelt, S., Greitemann, B. & Büschel, C. (2006). Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen - Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). *Die Rehabilitation*, 45 (6), 324–335.
- Dilling, H. (Hrsg.). (2010). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR (5., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10). Bern: Huber.
- Dirmaier, J. & Härter, M. (2011). Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54 (4), 411–419.
- Döring, N. (2014). Evaluationsforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 167–181). Wiesbaden: Springer.
- Ebert, D., Hannig, W., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B. & Berking, M. (2013). Web-basierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Therapie (W-RENA). *Die Rehabilitation*, 52 (03), 164–172.

- Egle, U. T., Derra, C., Nix, W. A. & Schwab, R. (1999). *Spezielle Schmerztherapie – Leitfaden für Weiterbildung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Eifler, S. (2014). Experiment. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 195–210). Wiesbaden: Springer.
- Fahland, R., Kohlmann, T., Hasenbring, M., Feng, Y.-S. & Schmidt, C. (2012). Welcher Weg führt von chronischen Rückenschmerzen zur Depressivität? *Der Schmerz*, 26 (6), 685–691.
- Faller, H. (2003). Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 42 (03), 129–135.
- Faller, H., Ehlebracht-König, I. & Reusch, A. (2015). Empowerment durch Patientenschulung in der Rheumatologie. *Rheumatologie*, 74 (7), 603–608.
- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011a). DGRW-Update: Patientenschulung. *Die Rehabilitation*, 50 (05), 284–291.
- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011b). Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54 (4), 444–450.
- Faller, H., Reusch, A., Ströbl, V. & Vogel, H. (2008). Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47 (2), 77–83.
- Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I. & Petermann, F. (2005). Patientenschulung. *Die Rehabilitation*, 44 (05), e21-e31.
- Feicke, J. & Spörhase, U. (2012). Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, 51 (5), 300–307.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L. & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13 (2), 116–137.
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Wiesbaden: Springer.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Göttingen: Beltz.
- Frettlöh, J. & Hermann, C. (2011). Kognitiv-behaviorale Therapie. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 595–614). Berlin: Springer.
- Geissner, E. (2001). *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV*. Göttingen: Hogrefe.
- Gerbershagen, H. U. (1996). Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes: Eine Standortbestimmung. In D. Klingler, R. Morawetz, U. Thoden & M. Zimmermann (Hrsg.), *Antidepressiva als Analgetika*. (S. 71–95). Wien: Arachne.
- Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S. & Jäckel, W. H. (2005). *Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung*. Regensburg: Roderer.
- Glantz, A. & Michael, T. (2014). Interviewereffekte. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 313–322). Wiesbaden: Springer.
- Glattacker, M., Heyduck, K., Nagl, M. & Jakob, T. (2016). Entwicklung des Fragebogens „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“ und erste psychometrische Prüfung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 55, 12–18.

- Glattacker, M., Quaschnig, K., Bredehorst, M., Dibbelt, S., Greitemann, B. & Farin-Glattacker, E. (2016). Reha-Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation: eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*. Zugriff am 04.05.2016.
- Göbel, H. (2001). Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. *Der Schmerz*, 15 (2), 92–98.
- Grande, G. & Romppel, M. (2010). Die Wahrheit liegt im Auge des Betrachters? Qualität in der Rehabilitation aus Sicht der Patientinnen und Patienten. *Die Rehabilitation*, 49 (06), 376–382.
- Graubner, B. (2016). *ICD-10-GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
- Greitemann, B., Dibbelt, S., Fröhlich, S. & Niemeyer, C. (2012). DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. *Die Rehabilitation*, 51 (06), 378–384.
- Gülich, M., Engel, E.-M., Rose S, Klosterhuis, H. & Jäckel, W. H. (2003). Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten – Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. *Die Rehabilitation*, 42, 109–117.
- Gureje, O., Korff, M. von, Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Borges, G. L. G., Graaf, R. d., Browne, M. O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C. & Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders. Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135, 82–91.
- Haaf, H.-G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 44 (05), e1-e20.
- Haase, I., Kuhnt, O. & Klimczyk, K. (2012). Bedeutung des Bildungsniveaus für die Wirksamkeit der multimodalen Schmerztherapie. *Der Schmerz*, 26, 61–68.
- Hahn, D., Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Behandlungsmotivation von körperlich kranken Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Mit 17 Tabellen* (S. 71–82). Heidelberg: Springer.
- Hampel, P., Gemp, S., Mohr, B., Schulze, J. & Tlach, L. (2014). Langfristige Effekte einer kognitiv-behavioralen Intervention auf die Schmerzverarbeitung in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64 (11), 439–447.
- Hampel, P., Graef, T., Krohn-Grimberghe, B. & Tlach, L. (2009). Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. *European Spine Journal*, 18 (12), 1867–1880.
- Hampel, P., Gräf, T., Krohn-Grimberghe, B., Thomsen, M. & Mohr, B. (2009). Effektivität eines kognitiv-behavioralen Depressionsbewältigungstrainings in der stationären orthopädischen Rehabilitation bei chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (3), 154–165.
- Hampel, P., Moergel, M., Thomsen, M. & Mohr, B. (2007). *Depression als Prädiktor für den Misserfolg der Rehabilitation von chronischem Rückenschmerz. Phase 1, Unveröffentlichter Ergebnisbericht*, Universität Bremen.
- Hampel, P. & Moergel, M. F. (2009). Schmerzchronifizierung bei Rückenschmerzpatienten in der stationären Rehabilitation: Zur Validität des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung. *Der Schmerz*, 23 (2), 154–165.

- Hampel, P. & Tlach, L. (2015). Cognitive-behavioral management training of depressive symptoms among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain and depressive symptoms: A 2-year longitudinal study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28 (1), 49–60.
- Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. & Busch, M. A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 749–754.
- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, Phyllis N. & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17, 1117–1128.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.). (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Mit 17 Tabellen*. Heidelberg: Springer.
- Härter, M. C. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50 (07), 274–286.
- Hasenbring, M. (1994). *Kieler Schmerzinventar (KSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hasenbring, M., Hallner, D. & Rush, A. C. (2009). Fear-avoidance- and endurance-related responses to pain: Development and validation of the Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ). *European Journal of Pain*, 13, 620–628.
- Hasenbring, M. & Pfingsten, M. (2015). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung –Konsequenzen für die Prävention. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 103–122). Stuttgart: Schattauer.
- Hasenbring, M. I. & Verbunt, J. A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *The Clinical journal of pain*, 26 (9), 747–753.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Henningsen, P. & Brähler, E. (2014). Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Schmerz*, 28 (5), 483–492.
- Hausteiner-Wiehle, C. & Schaefert, R. (2014). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. *Gerontologie und Geriatrie*, 47 (2), 165–175.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (ADS; 2., überarbeitete und neu normierte Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Thies, E. (2009). *Klinische Psychologie: psychische Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2015). Mindfulness-orientierte Interventionen. In W. Rief, P. Henningsen & W. Rief (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 398–408). Stuttgart: Schattauer.
- Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559–574). Wiesbaden: Springer.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2005). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual*. Bern: Huber.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2011). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) von R. P. Snaith und A.S. Zigmond*. (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Heyduck, K., Glattacker, M. & Meffert, C. (2011). Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50 (04), 232–243.
- Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I., Köster, I., Siegel, A. & Wetzel, M. (2015). Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58 (4-5), 383–392.
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F. & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. The Burden of Musculoskeletal Conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (6), 769–781.
- Hüppe, A. & Raspe, H. (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Die Rehabilitation*, 44, 24–33.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A, Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. Busch, M.A, Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U (2016). Erratum zu Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87, 88–90.
- Jahed, J., Bengel, J. & Baumeister, H. (2012). Inanspruchnahmebereitschaft und Inanspruchnahmeverhalten von Behandlungen aufgrund psychischer Belastungen bei Patienten der somatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 52 (01), 2–9.
- Jegan, N. R. A., Viniol, A., Becker, A., Barth, J. & Leonhardt, C. (2013). Fragebogen zu Bewältigungsressourcen bei Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 27 (5), 487–496.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Handbuch. In Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 103–138). Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Kaluza, G. (2014). Stress und Stressbewältigung. *Erfahrungsheilkunde*, 63, 261–266.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R J E M, Ostelo, R W J G, Guzman, J. & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350, h444.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kappesser, J. & Hermann, C. (2013). Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut*, 58 (5), 503–517.
- Kardorff, E. v. (2015). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 238–250). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Karoly, P. & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123 (1-2), 90–97.
- Kell, U. (2014). Mixed-Methods. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 153–166). Wiesbaden: Springer.

- Kendall, N. A., Linton, S. J. & Main, C. J. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. Risk factors for long-term disability and work loss*. Wellington, N.Z.: The Committee; The Corporation.
- Kijanski, H. D. & Haupt, E. (1998). Gesundheitstraining: Information, Motivation und Schulung des Patienten in der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (2. Aufl., S. 192–215). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., Kaba-Schönstein, L. & Mielck, A. (2016). Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59 (2), 266–273.
- Kittel, J., Frohlich, S. M., Heilmeyer, P., Olbrich, D., Karoff, M. & Greitemann, B. (2014). Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Einjahreskatamnese von Präventionsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 53 (4), 251–257.
- Kleist, B. & Beyer, W. (2012). Chronischer Rückenschmerz – Effektivität konventioneller Physiotherapie. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 22 (06), 344–349.
- Klenerman, L., Slade, P. D., Stanley, I. M., Pennie, B., Reilly, J. P., Atchison, L. E., Troup, J. D. & Rose, M. J. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20, 478–484.
- Klinger, R., Schedlowski, M. & Enck, P. (2011). Placeboeffekt in Schmerztherapie und -forschung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 491–508). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Klosterhuis, H., Zander, J. & Naumann, B. (2009). Rehabilitation der Rentenversicherung: Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. *Die BG*, 9, 394–400.
- Koch, U., Mehnert, A. & Strauß, B. (2011). Psychologische Interventionen bei chronisch körperlich kranken Patienten mit psychischer Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54 (1), 29–36.
- Kohler, M. & Ziese, T. (2004). *Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kohlmann, T. & Raspe, H. (1994). Die patientennahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag. *Psychomed*, 6, 21–27.
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (4), 234–239.
- Korff, M. von, Ormel, J., Keefe, F. J. & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50, 133–149.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115–124.
- Korn, K. von, Richter, M. & Piekartz, H. von. (2014). Einschränkungen in der Erkennung von Basisemotionen bei Patienten mit chronischem Kreuzschmerz. *Der Schmerz*, 28 (4), 391–397.
- Korsch, S., Herbold, D., Wiezoreck, M., Geigner, B., Beddies, A., Worringen, U. & Hampel, P. (2016). Förderfaktoren, Barrieren und Barrierenmanagement zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz – eine qualitative Analyse. *Die Rehabilitation*, 55, 210–216.

- Krämer, L. & Fuchs, R. (2010). Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. *Gesundheitspsychologie*, 18 (4), 170–182.
- Kröner-Herwig, B. (2011). Schmerz als biopsychosoziales Phänomen - eine Einführung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 3–14). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B. (2014a). Chronischer Schmerz: Psychologische Behandlungsansätze und Stand der Evidenz. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35 (1), 57–74.
- Kröner-Herwig, B. (2014b). Einfluss von kognitiv-emotionalen Prozessen auf Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung. Eine psychobiologische Perspektive. *Der Schmerz*, 28 (5), 537–546.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2011). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen interdisziplinären Therapieansatz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 541–564). Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.). (2011). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Krüger-Wauschkuhn, T., Pohontsch, N. & Deck, R. (2011). Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. *Die Rehabilitation*, 50 (06), 390–396.
- Küch, D., Arndt, S., Grabe A., Manthey, W., Schwabe, M. & Fischer D. (2011). UKS – Ultrakurzscreening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf*. Berlin: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (Hrsg.). (2007). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Küffner, R., Reusch, A., Schug, M., Vogel, H. & Faller, H. (2010). *Folgebericht Patientenschulung. Abschlussbericht*. Verfügbar unter [http://www.zentrum-patientenschulung.de/verein/berichte/Abschlussbericht\\_Zentrum\\_Patientenschulung\\_2010.pdf](http://www.zentrum-patientenschulung.de/verein/berichte/Abschlussbericht_Zentrum_Patientenschulung_2010.pdf)
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (2003). *Selbststeuerungs-Inventar: SSI-K3 (Kurzversion)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Osnabrück.
- Kuss, K. & Laekeman, M. (2015). Aktivierende Physiotherapie bei chronischen Schmerzen älterer Patienten. *Der Schmerz*, 29 (4), 402–410.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lange, C. (2011). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lange, M. & Petermann, F. (2013). Die Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Vergleich. Eine systematische Literaturanalyse. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 23 (06), 327–333.
- Linden, M., Walter, M., Fritz, K. & Muschalla, B. (2015). Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Der Nervenarzt*, 86 (11), 1371–1382.
- Linton, S. J. (2000). A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine*, 25 (9), 1148–1156.



- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008). *Benutzermanual für das Würzburger Screening. Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen*. Universität Würzburg: Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen*. (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer.
- Lüking, M. & Martin, A. (2011). Entspannung, Imagination, Biofeedback und Meditation. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 565–584). Berlin: Springer.
- Lutz, R. (2011). Genusstherapie (Euthyme Therapie). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 389–391). Berlin: Springer.
- Magerl, W. & Treede, R. D. (2011). Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 29–75). Berlin: Springer.
- Mangels, M., Schwarz, S., Sohr, G., Holme, M. & Rief, W. (2009). Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS). *Diagnostica*, 55 (2), 84–93.
- Mattivi, J. T. (2016). Hilft multidisziplinäre biopsychosoziale Reha bei chronischem Rückenschmerz? *Schmerzmedizin*, 32 (1), 18.
- Mau, W. & Smolenski, U. (2014). Das soziale Netzwerk als Co-Akteur im Rehabilitationsprozess. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 24 (05), 231–232.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007). Generalisierung in qualitativer Forschung, 8 (3), Art. 26. Zugriff am 01.02.2016. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-07/07-3-26-d.htm>.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Wiesbaden: Springer.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 (3699), 971–979.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K. & Faller, H. (2015). Der Einfluss von 2 Implementierungsinterventionen auf die Implementierungsgüte einer standardisierten Rückenschulung in der orthopädischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54 (5), 325–331.
- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48 (06), 335–344.

- Meulders, A. & Vlaeyen, J. W. S. (2013). The acquisition and generalization of cued and contextual pain-related fear. An experimental study using a voluntary movement paradigm. *Pain, 154* (2), 272–282.
- Meyer, C. & Meier zu Verl, C. (2014). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 245–257). Wiesbaden: Springer.
- Michalski, D. & Hinz, A. (2006). Schmerzchronifizierung bei ambulanten Rückenschmerzpatienten. Anwendung des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung. *Der Schmerz, 20* (3), 198–209.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing. Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K.-D., Richardt, G., Maurischat, C. & Raspe, H. (2006). Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial). Overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research, 29* (4), 295–302.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation, 42* (03), 169–174.
- Moessner, M., Aufdermauer, N., Baier, C., Göbel, H., Kuhnt, O., Neubauer, E., Poesthorst, H. & Kordy, H. (2014). Wirksamkeit eines Internet-gestützten Nachsorgeangebots für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64*, 47–53.
- Mohr, B., Gräf, T., Forster, M., Krohn-Grimberghe, B., Kurzeja, R., Mantel, F., Thomsen, M. & Hampel, P. (2008). Der Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz: Eine Pilotstudie. *Die Rehabilitation, 47* (05), 284–298.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017). *Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention*. Berlin: Springer.
- Monticone, M., Ambrosini, E., Rocca, B., Magni, S., Brivio, F. & Ferrante, S. (2014). A multidisciplinary rehabilitation programme improves disability, kinesiophobia and walking ability in subjects with chronic low back pain: results of a randomised controlled pilot study. *European Spine Journal, 23* (10), 2105–2113.
- Morfeld, M. & Friedrichs, A. (2011). Psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54*, 90–97.
- Morfeld, M., Küch, D., Greitemann, B., Dibbelt, S., Salewski, C., Franke, G. H. & Liebenau, A. (2010). Multimodale Interventionsprogramme in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen-Ein Vergleich. *Die Rehabilitation, 49* (2), 66–79.
- Mossakowski, K., Süß, W. & Trojan, A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung, 4* (3), 184–194.
- Müller, C., Zimmermann, L. & Körner, M. (2014). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. *Die Rehabilitation, 53* (06), 390–395.
- Nagel, B., Gerbershagen, H. U., Lindena, G. & Pfingsten, M. (2002). Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens der DGSS. *Der Schmerz, 16*, 263–270.

- Nagl, M., Ullrich, A. & Farin, E. (2013). Verständlichkeit von Patientenschulungen in der orthopädischen Rehabilitation. Qualitative Erhebung bei Rehabilitanden und Schulungsleitern. *Die Rehabilitation*, 52 (01), 34–39.
- Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364 (9444), 1523–1537.
- Neyer, F. (2014). Soziale Netzwerke und Persönlichkeit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 24 (05), 233–239.
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J. & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical therapy*, 91 (5), 737–753.
- Nilges, P., Köster, B. & Schmidt, C. O. (2007). Schmerzakzeptanz – Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Der Schmerz*, 21 (1), 57–67.
- Nolet, P. S., Kristman, V. L., Côté, P., Carroll, L. J. & Cassidy, J. D. (2015). Is low back pain associated with worse health-related quality of life 6 months later? *European Spine Journal*, 24 (3), 458–466.
- Paech, J., Lippke, S. & Ziegelmann, J. (2012). Körperliche Aktivität nach der Rehabilitationsbehandlung: Die subjektive Beeinträchtigung durch Schmerzen als Barriere oder Motivation. *Die Rehabilitation*, 51 (04), 212–220.
- Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, 65 (3), 122–128.
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F. & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53 (5), 417–426.
- Peters, E., Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F. & Bethge, M. (2016). Soziale Unterstützung als Ressource für Arbeitsfähigkeit. *Die Rehabilitation*, 55 (02), 102–107.
- Pfingsten, M. (2005). Psychologische Faktoren. In: J. Hildebrandt, G. Müller, M. Pfingsten (Hrsg.), *Lendenwirbelsäule, Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen* (S. 26–40). München: Urban & Fischer Verlag.
- Pfingsten, M., Flor, H. & Nilges, P. (2015). Psychologie und Schmerz in Deutschland. *Der Schmerz*, 29 (5), 544–549.
- Pfingsten, M. & Hildebrandt, J. (2011). Rückenschmerzen. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 431–452). Berlin: Springer.
- Pfingsten, M., Schöps, P., Wille, T., Terp, L. & Hildebrandt, J. (2000). Chronifizierungsmaß von Schmerzkrankungen. *Der Schmerz*, 14 (1), 10–17.
- Pieh, C., Altmeppen, J., Neumeier, S., Loew, T., Angerer, M. & Lahmann, C. (2012). Geschlechtsunterschiede in der multimodalen Therapie depressiver Störungen mit komorbider Schmerzsymptomatik. *Psychiatrische Praxis*, 39 (06), 280–285.
- Pimmer, V. & Buschmann-Steinhage, R. (2008). Gesundheitliche Kompetenz stärken: Gesundheitsbildung und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. In W. Kirch, B. Bandura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 615–640). Berlin: Springer.
- Prochaska, J. & DiClemente C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.

- Rahmann, W. (2016). *Akzeptanz und Durchführbarkeit eines Depressionsbewältigungstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation*: Europa-Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. & López, A. E. (2012). The path to capacity: resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 37 (4), E251-E258.
- Raspe, H. (2012). *Themenheft 53 Rückenschmerzen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Raspe, H., Hüppe, A. & Matthis, C. (2003). Theorien und Modelle der Chronifizierung: Auf dem Weg zu einer erweiterten Definition chronischer Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 17 (5), 359–366.
- Rau, J., Ehlebracht-König, I. & Petermann, F. (2007). Die Bedeutung der Änderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) für den Verlauf der Bewältigung chronischer Schmerzen. *Der Schmerz*, 21 (6), 522–528.
- Rau, J. & Petermann, F. (2008). Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 22 (2), 209–219.
- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 142–150.
- Reese, C. & Mittag, O. (2013a). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen*, 75 (12), 832–837.
- Reese, C. & Mittag, O. (Deutsche Rentenversicherung Bund). (Hrsg.). (2013b). *Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung*. Zugriff am 01.02.2016. Verfügbar unter [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/288458/publicationFile/53739/Psychologische\\_Interventionen.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/288458/publicationFile/53739/Psychologische_Interventionen.pdf)
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2013). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*, 52 (4), 226–233.
- Richter-Kornweitz, A. & Utermark, K. (2013). *Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Rief, W., Treede, R. D. & Schweiger, U. (2009). Neue Schmerzdiagnose in der deutschen ICD-10-Version. *Der Nervenarzt*, 80, 340–342.
- Roa Romero, Y., Miltner, W. H. & Weiss, T. (2014). Schmerzinduzierte Aufmerksamkeitsallokationseffekte vs. Ablenkung vom Schmerz. *Der Schmerz*, 28 (4), 414–416.
- Robert Koch-Institut (RKI). (Hrsg.). (2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Roch, S., Fydrich, T., Küch, D., Meyer, J., Rabe, K., Besch, D., Worringer, U. & Hampel, P. (2016). Erfassung von Depressivität und Ängstlichkeit in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation – eine Fragebogenvalidierung mithilfe des SKID. *Pysikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 26, 130–136.

- Roch, S. & Hampel, P. (2016). Psychologische Aspekte in der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen in Deutschland – eine Literaturübersicht. *Die Rehabilitation*, 55, 326–332.
- Roch, S., Korsch, S. & Hampel, P. (eingereicht). The impact of group an therapist on patient`s depressive symptoms an anxiety in multidisciplinary inpatient rahabilitation: a mix methods analysis. *International Journal of Public Health*.
- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2009). Soziale Unterstützung und Psychotherapie: Zwei eng vernetzte Forschungsfelder. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie*. (S. 11–46). Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Rolli Salathé, C., Elfering, A. & Melloh, M. (2012). Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des multimodalen Behandlungsansatzes bei chronisch lumbalen Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 26 (2), 131–149.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57, 140–144.
- Rüsch, M., Krämer, L., Helmes, A. & Bengel J. (2015). Aktivitätseinschränkungen bei depressiven Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine qualitative Studie zur Absichtsbildung und Absichtsumsetzung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 96, 150–159.
- Schiltenswolf, M. (2008). Rehabilitation des chronisch unspezifischen Kreuzschmerzes. *Der Schmerz*, 22 (2), 207–208.
- Schmidt, C., Bernert, S. & Spyra, K. (2014). Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. *Die Rehabilitation*, 53 (06), 384–389.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. & Kohlmann, T. (2011). Epidemiologie und gesundheitsökonomische Aspekte des chronischen Schmerzes. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung* (7. Aufl., S. 15–28). Berlin: Springer.
- Schmidt, C. O., Lindena, G., Pflingsten, M., Kohlmann, T. & Chenot, J.-F. (2014). Vergleich zweier Screening-Fragebogen für Patienten mit Rückenschmerzen. Erfassung von Risikofaktoren für eine Chronifizierung. *Der Schmerz*, 28 (4), 365–373.
- Schmidt, C. O., Raspe, H. & Pflingsten, M. (2007). Back pain in the German adult population. Prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine*, 32 (18), 2005–2011.
- Schneider, W. (2006). Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen. *Psychotherapeut*, 51 (6), 421–432.
- Scholich, S. L., Hallner, D., Wittenberg, R. H., Hasenbring, M. I. & Rusu, A. C. (2012). The relationship between pain, disability, quality of life and cognitive-behavioural factors in chronic back pain. *Disability and rehabilitation*, 34 (23), 1993–2000.
- Schopper, M., Fleckenstein, J. & Irnich, D. (2013). Geschlechtsspezifische Aspekte bei akuten und chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 27 (5), 456–466.
- Schuler, M., Musekamp, G., Faller, H., Ehlebracht-König, I., Gutenbrunner, C., Kirchhof, R., Bengel, J., Nolte, S., Osborne, R. H. & Schwarze, M. (2013). Assessment of proximal outcomes of self-management programs: translation and psychometric evaluation of a German version of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ™). *Quality of Life Research*, 22 (6), 1391–1403.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *TICS – Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarz, B. (2015a). Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung zur Optimierung der Zuweisungs- und Behandlungsadäquanz. *Die Rehabilitation*, 54 (3), 190–197.
- Schwarz, B. (2015b). Prototypische Fallbeispiele zur Darstellung heterogener Problemlagen von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25 (04), 203–209.
- Schwarz, S., Mangels, M., Sohr, G., Holme, M., Worringer, U. & Rief, W. (2008). Patienten mit vs. ohne psychische Störung in der orthopädischen Rehabilitation. *Der Schmerz*, 22 (1), 67–74.
- Schwarzer, R. (2002). Health Action Process Approach (HAPA). In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. (S. 241–245). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2016). Coping planning as an intervention component. A commentary. *Psychology & Health*, 1–4.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. (S. 28–53). Weinheim: Beltz.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation psychology*, 56 (3), 161–170.
- Seidel, T. & Shavelson, R. J. (2007). Teaching effectiveness research in the past decade. The role of theory and research design in disentangling meta-analysis results. *Review of Educational Research*, 77 (4), 454–499.
- Sibold, M., Mittag, O., Kulick, B., Müller, E., Opitz, U. & Jäckel, W. H. (2011). Prädiktoren der Teilnahme an einer Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 50 (06), 363–371.
- Siebert, H. (2012). *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht* (7. Aufl.). Augsburg: Ziel Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060* (12. Aufl.). Wiesbaden. Zugriff am 05.03.2016.
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Stocké, V. (2014). Persönlich-mündliche Befragungen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 619–630). Wiesbaden: Springer.
- Streibel, M. (2009). *SIMBO – ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation*. Zugriff am 09.05.2016. Verfügbar unter [http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/\\_downloads/SIMBO\\_Manual\\_2009.pdf](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/SIMBO_Manual_2009.pdf)
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2009). Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Die Rehabilitation*, 48 (03), 166–173.

- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20, 11–14.
- Taylor, S. J. C., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H. L., Schwappach, A., Purushotham, N., Jacob, S., Griffiths, C. J., Greenhalgh, T. & Sheikh, A. (2014). A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. *Health Services and Delivery Research*, 2 (53), 1–580.
- Tlach, L. & Hampel, P. (2009). Psychosoziale Faktoren der Schmerzchronifizierung bei Patienten in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz. *Der Schmerz*, 23 (5), 489–501.
- Tlach, L. & Hampel, P. (2010). Geschlechtsunterschiede in psychosozialen Kennwerten bei Patienten in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischen Rückenschmerzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (11), 417–424.
- Tlach, L. & Hampel, P. (2011). Long-term effects of a cognitive-behavioral training program for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: a 2-year follow-up. *European Spine Journal*, 20 (12), 2143–2151.
- Tschuschke, V. (2010). Gruppenzusammensetzung. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 150–153). Stuttgart: Thieme.
- Ullrich, A., Schöpf, A. C., Nagl, M. & Farin, E. (2015). "Aktiv in der Reha": Entwicklung und formative Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken. *Die Rehabilitation*, 54 (2), 109–115.
- van Hooff, M. L., Spruit, M., O'Dowd, J. K., van Lankveld, W., Fairbank, J. C. T. & van Limbeek, J. (2014). Predictive factors for successful clinical outcome 1 year after an intensive combined physical and psychological programme for chronic low back pain. *European Spine Journal*, 23 (1), 102–112.
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussionen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 581–586). Wiesbaden: Springer.
- Vries, U. de & Petermann, F. (2010). Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 20 (03), 137–143.
- Wachter, M. von (2012). *Chronische Schmerzen. Selbsthilfe und Therapiebegleitung Orientierung für Angehörige Konkrete Tipps und Fallbeispiele*. Berlin: Springer.
- Wachter, M. von. (2014). *Chronische Schmerzen. Selbsthilfe und Therapiebegleitung, Orientierung für Angehörige und konkrete Tipps und Fallbeispiele* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Waddell, G. (2005). Subgroups Within "Nonspecific" Low Back Pain. *The Journal of Rheumatology*, 32, 395–396.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52 (2), 157–168.
- WAI-Netzwerk Deutschland (Hrsg.). (2013). *WAI-Fragebogen & Auswertung (Kurzversion)*. Zugriff am 09.05.2016. Verfügbar unter [http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Kurzversion\\_mit%20Auswertung\\_2015.pdf](http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Kurzversion_mit%20Auswertung_2015.pdf)

- Walther, A. & Deck, R. (2015). Unterschiedliche Ausgangsbelastungen in der medizinischen Rehabilitation. Möglichkeiten der Flexibilisierung am Beispiel der Reha-Nachsorge. *Die Rehabilitation*, 54 (04), 226–232.
- Watson P.J, Booker C.K, Moores L. & Main C.J. (2004). Returning the chronically unemployed with low back pain to employment. *European Journal of Pain*, 4, 359–369.
- Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T. & Schweikert, B. (2009). Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain*, 13 (3), 280–286.
- Wirtz, M. A. & Strohmer, J. (2016). Anwendung und Integration qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden in der rehabilitationswissenschaftlichen Interventionsforschung. *Die Rehabilitation*, 55 (3), 191–199.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen, Heft 51. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wolfersdorf, M. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wolf-Kühn, N. & Morfeld, M. (2016). *Rehabilitationspsychologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wright, M. T., Unger, H. von & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 35–52). Bern: Huber.
- Zentrum für Patientenschulungen (ZP; 2009). *Qualitätskriterien für die Umsetzung von Patientenschulungen*. Zugriff am 27.01.2016. Verfügbar unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de/theorie/schulungsumsetzung>
- Zentrum für Patientenschulungen (ZP; 2014). Indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Ergebnisse des Delphi-Verfahrens. Zugriff am 26.01.2016.
- Ziegelmann, J. P. & Lippke, S. (2006). Selbstregulation in der Gesundheitsverhaltensänderung. *Gesundheitspsychologie*, 14 (2), 82–90.
- Zimmermann, L., Michaelis, M., Quaschnig, K., Müller, C. & Körner, M. (2014). Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Die Rehabilitation*, 53 (04), 219–224.



## Anhang A - Verzeichnisse

### Anhang A1 - Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die Achsen der Schmerzchronifizierung (angelehnt an Gerbershagen, 1996). .....	15
Abbildung 2:	Biopsychosoziales Krankheits-und Folgenmodell für die Chronifizierung und Aufrechterhaltung unspezifischer CRS (angelehnt an Pfingsten & Hildebrandt, 2011, S. 439; entnommen aus Mohr et al., 2017, S. 12). .....	18
Abbildung 3:	Hypothesen für den Zusammenhang von Schmerz und Depressivität. ....	20
Abbildung 4:	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handels (modifiziert nach Schwarzer, 2002). ....	34
Abbildung 5:	Behandlungsmaßnahmen. ....	39
Abbildung 6:	Wirkmodell der Patientenschulung (modifiziert nach Faller et al., 2011a, S. 285).....	46
Abbildung 7:	Kurzfassung des zeitlichen Ablaufplans von Debora. ....	53
Abbildung 8:	Ansatzpunkte der methodischen Vorgehensweisen in Debora orientiert am PHAC (modifiziert nach Rosenbrock, 1995; Kolip, 2006, S.235).....	56
Abbildung 9:	Überblick über das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining Debora (Mohr et al., 2017, S. 69).65	
Abbildung 10:	PHAC inkl. Ansatzpunkte des Forschungsprojekts Debora sowie Fragenkomplexe des Promotionsvorhabens (modifiziert nach Rosenbrock, 1995; Kolip, 2006, S. 235).. ....	71
Abbildung 11:	Aufbau der qualitativen Erhebung des Promotionsvorhabens. ....	73
Abbildung 12:	Methodentriangulation im Promotionsvorhaben.....	77
Abbildung 13:	Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (modifiziert nach Mayring, 2015, S. 98). ....	88
Abbildung 14:	Hauptkategorien problemzentrierte Interviews (N=26).....	96
Abbildung 15:	Hauptkategorie Akzeptanz mit Unterkategorien.....	97
Abbildung 16:	Inhalte mit sehr guter Bewertung (N=26).....	101
Abbildung 17:	Defizite im Inhalt (N=26).....	102
Abbildung 18:	Hauptkategorie Machbarkeit mit Unterkategorien.....	105

---

Abbildung 19: Hauptkategorie Erlernte Handlungsweisen mit Unterkategorien (N=26).....	114
Abbildung 20: Hauptkategorie Barrieren mit Unterkategorien.....	120
Abbildung 21: Hauptkategorie Förderfaktoren zum Barrierenmanagement mit Unterkategorien.....	125
Abbildung 22: Hauptkategorien der Fokusgruppen Rehabilitanden (N=12).....	144
Abbildung 23: Hauptkategorie Akzeptanz mit Unterkategorien.....	145
Abbildung 24: Hauptkategorie Machbarkeit.....	149
Abbildung 25: Hauptkategorie Erlernte Handlungsweisen (N=26).....	153
Abbildung 26: Hauptkategorie Barrieren und Barrierenmanagement und Unterkategorien.....	156
Abbildung 27: Haupt- und Unterkategorien der Fokusgruppen Experten (N=16).....	171
Abbildung 28: Gesamtbewertung nach Klinken (N=1.467).....	175
Abbildung 29: Zusammenhang der Haupt- und Nebenfragenstellungen. ....	182
Abbildung 30: Implikationen für die Modifikation von Debora, die Gestaltung der Rehabilitation sowie für die zukünftige Forschung. ....	209
Abbildung 31: Versorgungskette zur Gesundheitsförderung und Prävention von CRS und psychischer Komorbidität. ....	215

## Anhang A2 - Kastenverzeichnis

Kasten 1:	Häufigste Diagnosen nach ICD-10-GM für unspezifischen CRS (Graubner, 2016, Kapitel XIII).....	13
Kasten 2:	Beschwerden einer Depressionen (entnommen aus Wolfersdorf, 2011, S. 28).....	22
Kasten 3:	Schutzfaktoren bei CRS (angelehnt an Wachter, 2014, S. 12). ....	29
Kasten 4:	Rehabilitationsziel (DRV-Bund, 2013, S. 11; Morfeld & Friedrichs, 2011, S. 90).....	37
Kasten 5:	Ziele der Rehabilitation von CRS (Pfungsten & Hildebrandt, 2011; Schiltenswolf, 2008). ....	38
Kasten 6:	Psychotherapeutische Maßnahmen (vertiefend s. Arnold et al., 2014, S. 6–7).....	40
Kasten 7:	Typische Interventionen eines kognitiv-behavioralen Schmerztherapie-programms (entnommen aus Kröner-Herwig, 2014a, S. 66).....	42
Kasten 8:	Faktoren der geringen Nachhaltigkeit der Rehabilitation (angelehnt an Dibbelt, Greitemann & Büschel, 2006; Hüppe & Raspe, 2005; Sibold et al., 2011, S. 369). ....	44
Kasten 9:	Fragestellung des Forschungsprojektes Debora. ....	54
Kasten 10:	Übersicht über Maßnahmen der Standardbehandlung. ....	64
Kasten 11:	Depressiven Merkmale ADS (Hautzinger et al., 2012).....	79
Kasten 12:	Anspruch an qualitative Forschung (Flick, 2014, S. 422). ....	195

## Anhang A3 - Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Differenzierung zwischen akuten und chronischen Schmerzen (modifiziert nach Kröner-Herwig et al., 2011, S. 10; Wachter, 2014).....	12
Tabelle 2:	Screeninginstrumente zur Identifizierung eines Chronifizierungsrisikos. ....	14
Tabelle 3:	Einschränkungen chronisch Kranker (Wachter, 2014, S. 16).....	25
Tabelle 4:	Aufstellung der flags (Nicholas et al., 2011).....	26
Tabelle 5:	Psychosoziale und andere Risikofaktoren (in Anlehnung an Nicholas et al., 2011).....	27
Tabelle 6:	Ziele von Patientenschulungen (ZP, 2014).....	45
Tabelle 7:	Qualitätskriterien für ein qualitativ hochwertiges Schulungskonzept (Ströbl et al., 2009; ZP, 2014). ....	48
Tabelle 8:	Überblick über Programme (entnommen aus Morfeld et al., 2010, S. 75). ....	50
Tabelle 9:	Ein- und Ausschlusskriterien der Studie. ....	57
Tabelle 10:	Module und Ziele von Debora im Kurzüberblick. ....	66
Tabelle 11:	Einteilung der Stichprobe nach ADS. ....	79
Tabelle 12:	Thematischer Aufbau der Leitfäden.....	81
Tabelle 13:	Anzahl der qualitativen Erhebungen im Forschungsprojekt Debora sowie der ausgewerteten Interviews für die Teilstudien 1-3.....	85
Tabelle 14:	Übersicht der für das Promotionsvorhaben herangezogenen Interviews.....	86
Tabelle 15:	Beispiel für das Belegen von Ankerbeispielen in den Teilstudien 1-3.....	89
Tabelle 16:	Leitfaden der problemzentrierten Interviews Rehabilitanden. ....	92
Tabelle 17:	Ein- und Ausschlusskriterien der problemzentrierten Interviews. ....	94
Tabelle 18:	Stichprobenbeschreibung (N=26).....	95
Tabelle 19:	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der problemzentrierten Interviews nach Behandlungsgruppe und Depressivität. ....	95
Tabelle 20:	Teilnehmerzufriedenheit in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	98

Tabelle 21:	Aussagen zum Therapeuteneffekt in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	99
Tabelle 22:	Verhältnis von Theorie zu Praxis in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	99
Tabelle 23:	Angemessenheit der Trainingsinhalte in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	108
Tabelle 24:	Angemessenheit der zeitlichen Rahmenbedingungen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	109
Tabelle 25:	Beurteilung der Gruppenatmosphäre in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	110
Tabelle 26:	Erlernete Handlungsweisen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	115
Tabelle 27:	„Für den Alltag gerüstet“ in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	115
Tabelle 28:	Barrieren zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	121
Tabelle 29:	Förderfaktoren zum Barrierenmanagement in Abhängigkeit von Behandlungsgruppe und Depressivität (N=26).....	126
Tabelle 30:	Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 1.....	134
Tabelle 31:	Leitfaden der Fokusgruppe Rehabilitanden.....	138
Tabelle 32:	Ein- und Ausschlusskriterien der Fokusgruppen.....	140
Tabelle 33:	Stichprobenbeschreibung der 4 Fokusgruppen (N=12).....	141
Tabelle 34:	Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) der Fokusgruppen nach Behandlungsgruppe und Depressivität.....	141
Tabelle 35:	Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 2.....	163
Tabelle 36:	Leitfaden der Fokusgruppe Experten.....	168
Tabelle 37:	Stichprobendesign der Teilstudie 3.....	170
Tabelle 38:	Darstellung der Mittelwerte (M) für Wichtigkeit des Themas, Nutzen der Themen für den Alltag sowie Gesamtbewertung der Module in Abhängigkeit von Klinik und Behandlungsgruppe (N=1.467).....	176
Tabelle 39:	Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen der Teilstudie 3.....	180
Tabelle 40:	Zu ergänzende Fragen für die Leitfäden.....	198

---

Tabelle 41:	Durchgeführte Prüfschritte der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (angelehnt an Steinke, 2015, S. 324-326). .....	205
Tabelle 42:	Indikation des Forschungsprozesses.....	207
Tabelle 43:	Zuweisungskriterien für die Rehabilitationsart in Abhängigkeit des Depressivitätsgrades.....	221

## Anhang A4 - Abkürzungsverzeichnis

ADS	Allgemeine Depressionsskala
AEQ	Avoidance-Endurance Questionnaire: Fragebogen zur Erfassung des Vermeidens körperlicher und sozialer Aktivitäten sowie von Durchhaltestrategien
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BÄK	Bundesärztekammer
CRS	Chronischer Rückenschmerz
Debora	<p>Das Forschungsprojekt <b>Debora</b> hat zum Ziel die „Wirksamkeit eines <b>Depressionsbewältigungstrainings</b> in der stationären verhaltensmedizinisch <b>orthopädischen Rehabilitation</b>“</p> <p>Info: Der Titel wurde im Laufe des Forschungsprojektes von <b>Depressionsbewältigungstraining</b> in Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining geändert, um den präventiven Ansatz stärker hervorzuheben.</p>
DRV-Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Amerikanisches Diagnosesystem, 5. Auflage
FESV	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung
FG	Fokusgruppe
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (Version 2016): International sowie in Deutschland gebräuchliches Diagnose- und Klassifikationssystem der WHO (International Classification of Diseases)
ID	Identifikationsnummer
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale: Fragebogen zur Erfassung der Angst bei körperlichen Erkrankungen
HAPA	Health Action Process Approach
IG	Interventionsgruppe
IG <sub>depr</sub>	Interventionsgruppe mit erhöhtem Grad an Depressivität lt. ADS
KG	Kontrollgruppe
KG <sub>depr</sub>	Kontrollgruppe mit erhöhtem Grad an Depressivität lt. ADS
KSI	Kieler Schmerz Inventar

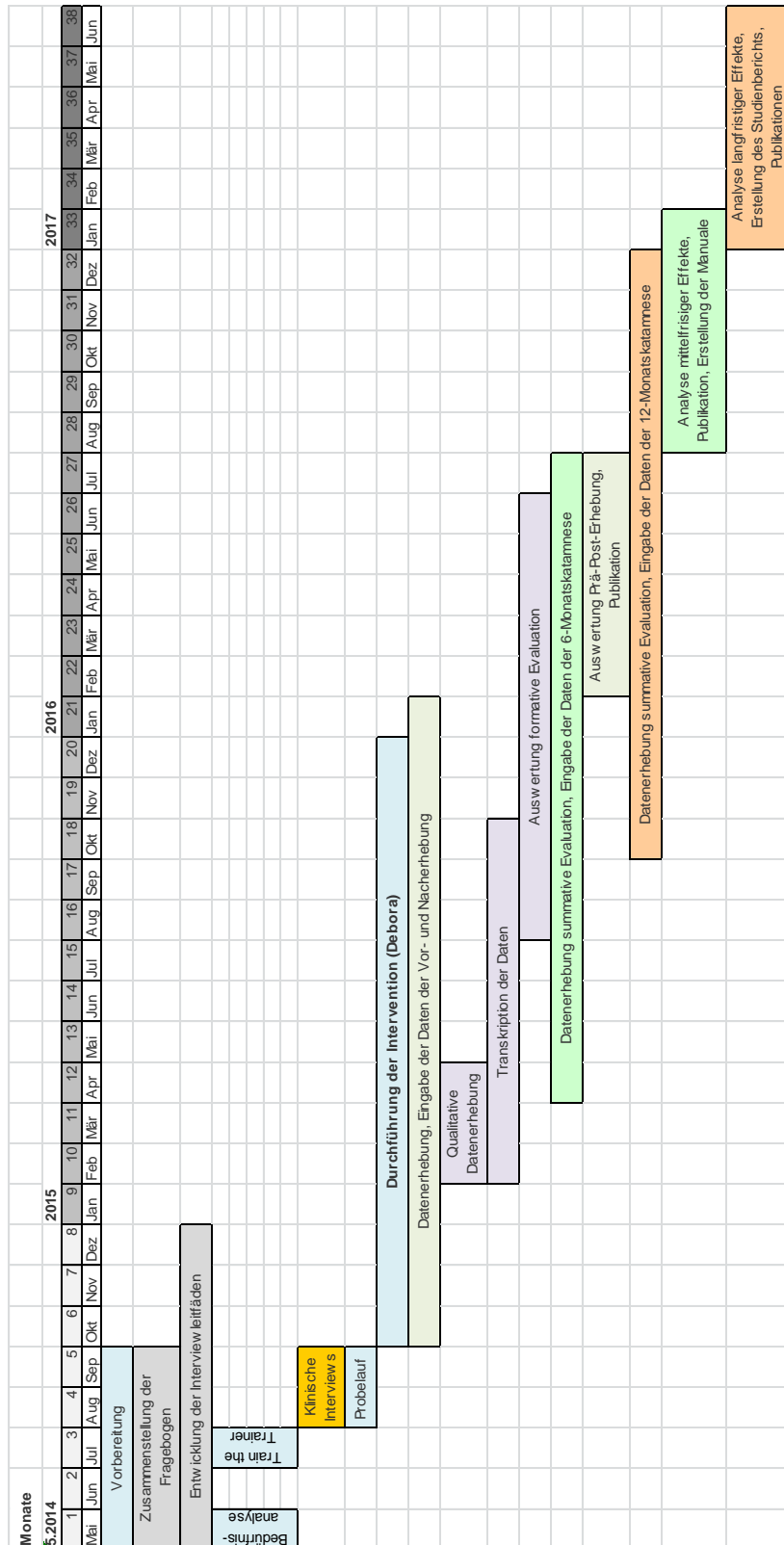
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PHAC	Public-health-Action-Cycle
PHQ	Patient Health Questionnaire: Gesundheitsfragebogen für Patienten
MMST	Multimodale Schmerztherapie
MPSS	Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung
N	Stichprobengröße der Gesamtstichprobe
n	Anzahl der Elemente eines definierten Teils der Gesamtstichprobe
OR	Orthopädische Rehabilitation
SF-36	Short Form-36: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
TTM	Transtheoretische Modell
TTT	Train-the-Trainer Workshop
VMO	Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation
ZP	Zentrum für Patientenschulung



# Anhang B - Forschungsprojekt Debora

## Anhang B1 - Zeitlicher Verlauf Debora

Der Abschlussbericht des Forschungsprojekts wird bis zum 31.06.2017 erstellt.



## Anhang B2 - Überblick über die geführten Interviews

Stichprobe	Zeit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Σ
Fokusgruppe Experten	Prä	-	-	-	-	-
	Post	1	1	1	1	4
Problemzentrierte Interviews Experten		1				1
Fokusgruppe Rehabilitanden IG	Prä	-	-	-	-	-
	Post	1	-	1	1	3
Fokusgruppe Rehabilitanden IGdepr	Prä	-	-	-	-	-
	Post	-	1	1	1	3
Fokusgruppe Rehabilitanden KG	Prä	-	-	-	-	-
	Post	1	1	1	1	4
Fokusgruppe Rehabilitanden KGdepr	Prä	-	-	-	-	-
	Post	1	1	1	1	4
Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden* IG	Prä	-	-	-	1m 1w	2
	Post	2w	1m 2w	1m 1w	1m 1w	9
Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden* IGdepr	Prä	-	-	-	1m 1w	2
	Post	1w	1m 2w	2w	1m -	7
Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden* KG	Prä	-	1m 6w	-	1m	8
	Post	1m 2w	1m 7w	1m 1w	1m	14
Problemzentrierte Interviews Rehabilitanden* KGdepr	Prä	-	1m 2w	-	2m 1w	6
	Post	2w	1m 2w	1w	2m 1w	8
Σ		13	31	12	20	76

## Anhang B3 - Teilnehmerinformation für die Studienteilnehmer

Allgemeine Information über die Untersuchung

1



Europa-Universität Flensburg

Prof. Dr. Petra Hampel

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

M. Sc. Svenja Roch, M. A. Sabrina Thomsen

Telefon: 0461 / 805-3020/3021

debora@uni-flensburg.de

### Allgemeine Information über die Studie

#### ***Europa-Universität Flensburg***

#### **Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,**

herzlich willkommen bei unserer Studie zur Wirksamkeit eines Depressionspräventionstrainings in der stationären verhaltenmedizinisch orthopädischen Rehabilitation! Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an dieser Studie.

Zurzeit führt Ihre Rehabilitationsklinik gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Europa-Universität Flensburg eine wissenschaftliche Untersuchung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. P. Hampel, Frau M.Sc. Svenja Roch und Frau M. A. Sabrina Thomsen durch. Chronische Schmerzen können unabhängig von körperlichen Schädigungen und Erkrankungen fortbestehen und erfordern eine andere Behandlung als akute Schmerzen. Chronischer Schmerz ist ein komplexer Vorgang, an dem nicht nur körperliche, sondern auch seelische und soziale Prozesse beteiligt sind.

Ziel der Untersuchung ist es, durch besser angepasste Behandlungsmaßnahmen den Rehabilitationserfolg für Rückenschmerzpatienten zu verbessern.

#### **Ablauf der Studie**

Es wurden verschiedene Behandlungsmaßnahmen entwickelt, die auf ihre Wirksamkeit überprüft werden sollen. Die Behandlung umfasst ein psychologisches Gruppentraining. Hier werden mit Ihnen gemeinsam die Einflüsse erarbeitet, die das Schmerzerleben verstärken oder verringern können. Ebenso werden Sie Möglichkeiten kennen lernen, Ihre Schmerzen selbst zu beeinflussen. Zudem wird ein Entspannungstraining durchgeführt. Die Behandlungsmaßnahmen umfassen 10 bzw. 14 Einheiten von 30 bis 100 Minuten.

Hierbei wurden zwei verschiedene Gruppenbehandlungen entwickelt, deren Wirksamkeit überprüft werden soll: Die eine Behandlung vermittelt vertieft den angemessenen Umgang mit Schmerzen. Die andere Behandlung vermittelt zusätzlich zum angemessenen Umgang mit Schmerzen noch den Umgang mit depressiven Verstimmungen. Die Zuteilung zu der Behandlungsgruppe erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Durch die Einführung des Zufallsprinzips wird eine Vergleichbarkeit der Gruppen sichergestellt. Die Art der Behandlung wird Ihnen nach dem Informationsgespräch mit dem behandelnden Arzt und vor der Entscheidung zur Teilnahme an unserer Studie bekannt gegeben. Die Behandlungselemente unterscheiden sich hinsichtlich der Schmerzbewältigung und Depressionsprävention. Eine frühere Studie mit nur zwei Kliniken konnte zeigen, dass beide Behandlungen wirksam sind. Im Rahmen dieser großangelegten Studie werden Rehabilitanden von vier Kliniken untersucht und die Behandlungselemente beider Behandlungsgruppen wurden nochmals besser an die Bedürfnisse der Rehabilitanden angepasst.

Für die Untersuchung ist das Ausfüllen von Fragebogen notwendig. Diese umfassen in der Hauptsache Fragen zu Ihrem Schmerzerleben, Ihrem Umgang mit den Schmerzen und Ihre Beeinträchtigungen im Leben durch die Schmerzen. Der Fragebogen enthält weiterhin Fragen zu Ihrem Wohlbefinden und zu

Ihren Erwartungen an die Rehabilitation. Am Ende des Fragebogens werden einige Fragen zu Ihrer Person gestellt wie z.B. Familienstand, Beruf und Haushaltseinkommen. Deshalb möchten wir Sie ausdrücklich darüber informieren, dass diese Daten sofort nach dem Ausfüllen anonym an die Europa-Universität Flensburg gesendet werden und nicht in der Rehabilitationsklinik verbleiben. Ihre Angaben werden weder der Klinik noch den Versicherungsträgern (Krankenkasse, Rentenversicherung) mitgeteilt.

Wir möchten Sie zudem bitten, einen Teil des Fragebogens am Ende der Rehabilitation sowie 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation noch einmal zu beantworten. Die letzten beiden Fragebogen senden wir Ihnen mit einem frankierten Rückumschlag nach Hause. Hierdurch entstehen Ihnen keine Kosten. Die Dauer der Bearbeitung der Fragebogen beträgt ca. 60 Minuten. Wir würden Sie telefonisch an die Bearbeitung der Fragebogen erinnern, wenn diese nach 3 Wochen nicht eingegangen sind.

Von Ihrem Arzt in der Rehabilitationsklinik werden medizinische Daten zu Ihrer Diagnose und das Chronifizierungsstadium Ihrer Schmerzen in einem kurzen Arztbogen erhoben. Am Ende der Rehabilitation gibt die Klinik Informationen über die Art und den Umfang der medizinischen Leistungen im Rahmen der Rehabilitation in vollständig anonymisierter Form an die Europa-Universität Flensburg zum Zweck der Datenauswertung weiter.

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen als Ansprechpartner für die Zeit während der Rehabilitation Ihr behandelnder Arzt und für die Zeit nach der Rehabilitation Frau Prof. Dr. Petra Hampel, Frau M.Sc. Svenja Roch und Frau M. A. Sabrina Thomsen, Tel. 0461 / 805-3020/3021, im Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Europa-Universität Flensburg gerne zur Verfügung.

#### **Freiwilligkeit und Anonymität**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. So unterliegen diejenigen Mitarbeiter, die durch direkten Kontakt mit Ihnen über personenbezogene Daten verfügen, der Schweigepflicht. Des Weiteren wird die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in anonymisierter Form erfolgen, d. h. ohne dass Ihre Daten Ihrer Person zugeordnet werden können.

#### **Datenschutz**

Die Erhebung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. in namentlich nicht gekennzeichnete Form. Ihre Antworten und Ergebnisse werden unter einer Nummer gespeichert. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die Ihren Namen mit der Nummer verbindet, was für die Auswertung der Daten erforderlich sein könnte. Die Kodierliste ist nur den Projektmitarbeitern zugänglich; sie wird in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt und nach Abschluss der Dateneingabe vernichtet. Nach Vernichtung der Kodierliste liegen die Daten nur noch als Nummer in vollständig anonymisierter Form vor; ein Rückschluss auf den einzelnen Rehabilitanden ist dann nicht mehr möglich. Die anonymisierten Daten werden mindestens 10 Jahre gespeichert. Sie können, wann immer Sie möchten, die Löschung aller von Ihnen erhobenen Daten verlangen. Wenn die Kodierliste aber erst einmal gelöscht ist, können wir Ihren Datensatz nicht mehr identifizieren. Deshalb können wir Ihrem Verlangen nach Löschung Ihrer Daten nur solange nachkommen, wie die Kodierliste existiert.

**Über Ihre Mitarbeit würden wir uns sehr freuen und bedanken uns im Voraus.**

## Anhang B4 - Einverständniserklärung für die Studienteilnehmer

Einwilligungserklärung

1



Europa-Universität Flensburg

Prof. Dr. Petra Hampel

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

M. Sc. Svenja Roch, M. A. Sabrina Thomsen

Telefon: 0461 / 805-3020/3021

debora@uni-flensburg.de

### Einwilligungserklärung

**Europa-Universität Flensburg**

**Titel der Studie:** Wirksamkeit eines Depressionspräventionstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Die Teilnahme umfasst:

- Ein Gruppentraining von 4 bzw. 8 Sitzungen je 100 Minuten, wobei das eine vertieft den angemessenen Umgang mit Schmerzen und das andere den angemessenen Umgang mit Schmerzen und depressiven Verstimmungen schult.
- Ein Entspannungstraining (6 Sitzungen 30-60 Minuten).
- Das Ausfüllen von Fragebogen (ca. 60 Minuten) zur wissenschaftlichen Untersuchung zu Beginn meiner Rehabilitationsmaßnahme, zu deren Ende, 6 sowie 12 Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme. Die Reha-Klinik gibt die Information über die Inanspruchnahme von Leistungen (z.B. Krankengymnastik) während der Rehabilitation in vollständig anonymisierter Form an die Europa-Universität Flensburg.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten bin ich einverstanden. Zur Übermittlung der von der Rehabilitationsklinik erhobenen Daten an das Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Europa-Universität Flensburg entbinde ich meinen Stationsarzt für den Zeitraum der Untersuchungen von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Frau Prof. Dr. P. Hampel, Frau M. Sc. Svenja Roch und Frau M. A. Sabrina Thomsen vom Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe meines Namens. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeitern zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Einwilligungserklärung

2

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Ort, Datum & Unterschrift des Teilnehmers:

Name des Teilnehmers in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum & Unterschrift des Studienleiters:

Name des Studienleiters in Druckschrift:

Flensburg, 29.09.2014 Svenja Roch

Svenja Roch

Flensburg, 29.09.2014 Sabrina Thomsen

Sabrina Thomsen

**Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie**

Ich gebe mein Einverständnis, dass für die Datenerhebung 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation sowie im Falle einer Fortführung dieser Studie meine personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme weiter verwendet werden dürfen. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten bis zum endgültigen Abschluss der Dateneingabe weiterhin in pseudonymisierter Form (Kodierliste) vorliegen und nur die Studienleitung darauf Zugriff hat. Nach spätestens 10 Jahren werden meine personenbezogenen Daten gelöscht. Solange die Kodierliste nicht gelöscht ist, kann ich jederzeit Auskunft über meine personenbezogenen Daten erhalten und die Löschung meiner Daten verlangen.

JA  NEIN.

Ich bin mit einer telefonischen Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebogen 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation einverstanden.

JA  NEIN.

**Rückmeldung von Ergebnissen**

Ich bin daran interessiert, etwas über die Ergebnisse der Studie zu erfahren, und bitte hierzu um Übersendung entsprechender Informationen.

JA  NEIN.

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

<p><b>Studienleiterinnen</b>                  M. Sc. Svenja Roch, M. A. Sabrina Thomsen                  Europa-Universität Flensburg                  Auf dem Campus 1                  D-24943 Flensburg                  Telefonnummer: 0461 / 805-3020/3021                  debora@uni-flensburg.de</p>	<p><b>Projektleiterin</b>                  Prof. Dr. Petra Hampel                  Europa-Universität Flensburg                  Auf dem Campus 1                  D-24943 Flensburg                  Telefonnummer: 0461 / 805 2418                  petra.hampel@uni-flensburg.de</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Anhang B5 - Quantitative Fragebogen

Konstrukte / Parameter	Operationalisierung / Instrumente	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>
Depressivität	Allgemeine Depressions-Skala ( <b>ADS</b> ; Hautzinger et al., 2012), Brief Symptom Inventory ( <b>BSI-18</b> ; Franke, 2000), Ultrakurz-Screening ( <b>UKS</b> ; Küch et al., 2011)	x	x	x	x
Angst	Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale ( <b>HADS</b> ; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2005), <b>BSI-18</b> (Franke, 2000), <b>UKS</b> (Küch et al., 2011))	x	x	x	x
Somatisierung	<b>BSI-18</b> (Franke, 2000)	x	x	x	x
Chronische Belastung	Arbeitsbezogene, soziale und personale Belastungskennwerte des Trierer Inventars zum chronischen Stress ( <b>TICS</b> ; Schulz, Schlotz & Becker, 2004)	x	-	x	x
Berufsbezogene Parameter	Subjektive Erwerbsprognose ( <b>SPE</b> ; Mittag & Raspe, 2003), Würzburger Screening (Löffler, Wolf, Gerlich & Vogel, 2008), Work ability index ( <b>WAI</b> ; WAI-Netzwerk Deutschland, 2013)	x x	x -	x x	x x
Lebensqualität	Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12; (Bullinger & Kirchberger, 2011)	x	x	x	x
Funktionskapazität	Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R; Kohlmann & Raspe, 1994)	x	x	x	x
Selbststeuerung und Selbstregulation	Selbststeuerungsinventar (SSI-K; Kuhl & Fuhrmann, 2003), Fragebogen zur Erfassung der schmerz-spezifischen Selbstwirksamkeit (FESS; Mangels, Schwarz, Sohr, Holme & Rief, 2009)	x	x	x	x
Schmerzbeeinträchtigung	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV-BE; Geissner, 2001)	x	x	x	x
Schmerzverarbeitung	FESV-BW (Geissner, 2001)	x	x	x	x

Angst-Vermeidungskognitionen	Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ-BES, AEQ-TCS; Hasenbring et al., 2009), Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ; (Pfungsten, Schöps, Wille, Terp & Hildebrandt, 2000; Waddell, Newton, Henderson, Somerville & Main, 1993)	x	x	x	x
Anzahl der Schmerzorte, durchschnittliche Schmerzintensität	Schmerzfragebogen der DGSS (Nagel, Gerbershagen, Lindena & Pfungsten, 2002)	x	x	x	x
Schmerzchronifizierung	Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS; (Gerbershagen, 1996)	x	-	-	-
Schweregrad	Schweregradeinteilung (Korff et al., 1992; Erhebung: Schmerzfragebogen der DGSS)	x	x	x	x
Krankheitszeiten	Arbeitsunfähigkeitszeiten (SIMBO; Streibelt, 2009)	x	-	x	x
Soziodemographische Daten	v.a. Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Anzahl Personen im Haushalt, Schul-/ Berufsbildung, Haushaltsnettoeinkommen (Hampel, Moergel, Thomsen & Mohr, 2007; Löffler et al., 2008)	x	x	x	x
Sozialmedizinische Daten	v.a. Erwerbstätigkeit, Arbeitszeiten, Rentenantrag (Hampel et al., 2007; Streibelt, 2009), Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	x	x	x	x
Nachsorge	Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen	-	-	x	x
Rehabilitationszufriedenheit	Zufriedenheit mit der Rehabilitation	-	x	x	x
Subjektiver Rehabilitationserfolg	Subjektiver Rehabilitationserfolg allgemein und schmerzbezogen	-	x	x	x



## Anhang C - Promotionsvorhaben

### Anhang C1 - Einverständniserklärungen Tonaufnahmen

Einwilligungserklärung für Bild- und Tonaufnahmen

1



Europa-Universität Flensburg

Prof. Dr. Petra Hampel

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

M. Sc. Svenja Roch, M. A. Sabrina Thomsen

Telefon: 0461 / 995729-20/21

debor@uni-flensburg.de

#### Einwilligungserklärung für Tonaufnahmen

*Europa-Universität Flensburg*

**Titel der Studie:** Wirksamkeit eines Depressionsbewältigungstrainings in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

bin mündlich und schriftlich von Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_ darüber informiert worden, dass im Rahmen der Studie eine Tonaufnahme meines Einzel- und Gruppeninterviews gemacht wird.

Die Aufnahme dient dazu, meine Antworten in dem Interview festzuhalten, damit sie zu einem späteren Zeitpunkt exakt ausgewertet werden können und keine Information verloren geht.

Ich bin darüber informiert, dass die Aufzeichnung und Auswertung der Tonaufnahme pseudonymisiert erfolgt, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe meines Namens, und dass eine Kodierliste auf Papier existiert, die meinen Namen mit der Nummer verbindet. Die Kodierliste ist nur den Projektmitarbeitern zugänglich und wird nach Abschluss der Dateneingabe gelöscht. Die Aufnahme wird von einem Projektmitarbeiter ausgewertet, der der Schweigepflicht unterliegt und keine vertraulichen Informationen weitergibt.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Die Tonaufnahme wird in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung meiner Aufnahmen verlangen kann, solange die Kodierliste existiert. Die Aufnahmen werden aber in jedem Fall nach Abschluss der Auswertung vernichtet.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Aufnahmen bin ich einverstanden.

Die Einverständniserklärung für die Tonaufnahme ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile; eine Teilnahme an der Studie ist dennoch möglich.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Tonaufnahme von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

## Einwilligungserklärung für Bild- und Tonaufnahmen

2

Ort, Datum &amp; Unterschrift des Teilnehmers:

Name des Teilnehmers in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum &amp; Unterschrift des Studienleiters:

Name des Studienleiters in Druckschrift:

Flensburg, 22.10.2014 Svenja RochSvenja RochFlensburg, 22.10.2014 Sabrina ThomsenSabrina Thomsen

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

<b>Studienleiterinnen</b> M. Sc. Svenja Roch, M. A. Sabrina Thomsen Europa-Universität Flensburg Auf dem Campus 1 D-24943 Flensburg Telefonnummer: 0461/995729-20/21 debora@uni-flensburg.de	<b>Projektleiterin</b> Prof. Dr. Petra Hampel Europa-Universität Flensburg Auf dem Campus 1 D-24943 Flensburg Telefonnummer: 0461/805 2418 petra.hampel@uni-flensburg.de
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Anhang C2 - Leitfäden



### Leitfaden Einzelinterviews Rehabilitanden

#### Post-Erhebung

<b>I</b>	<b>Einstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat Ihnen ihr Reha-Aufenthalt bis jetzt gefallen? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: wenn gut/schlecht: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Ihrer Erwartungen, die Sie an die Rehabilitation hatten, wurden erfüllt?	<input type="checkbox"/>
3.	Was sind Ihre Ziele nach der Reha? <ul style="list-style-type: none"> <li>Zukünftig</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie würden Sie das Training beschreiben? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: wenn gut/schlecht: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Wie empfanden Sie die Atmosphäre während des Trainings? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: wenn gut/schlecht: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Wie hat Ihnen das Training gefallen? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: wenn gut/schlecht: Warum?</li> <li>Anschlussfrage: Welche Schulnote würden Sie dem Training geben von 1-6?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
4.	Welcher Trainingsinhalt hat Ihnen besonders gut gefallen? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: Warum hat Ihnen dieser Inhalt besonders gut gefallen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
5.	Welche Inhalte haben Sie im Training vermisst? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: Warum vermissen Sie gerade diesen Inhalt?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
6.	Wie empfanden Sie das Verhältnis von Theorie zu praktischen Inhalten im Training?	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was für Ziele hat das Training Ihrer Meinung nach verfolgt?	<input type="checkbox"/>
2.	Konnten Sie den Inhalten des Trainings folgen? <ul style="list-style-type: none"> <li>Anschlussfrage: wenn ja/nein: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Wie beurteilen Sie den zeitlichen Ablauf des Trainings? (war es zu lange oder zu kurz, herrschte Zeitdruck?)	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich Ihr Umgang mit Ihrer Erkrankung durch das Training verändert? (andere Gedanken/Verhaltensweisen/Gefühle)	<input type="checkbox"/>



2.	Was hat Ihnen in der Rehabilitation geholfen, um gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrem Alltag zukünftig besser ausüben zu können?	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Übungen waren für Sie für die Veränderung Ihres Verhaltens hilfreich? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: Konnten Sie bereits Übungen umsetzen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>V. Barrieren und Barrierenmanagement</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welches gesundheitsförderliche Verhalten wird Ihnen bei der Umsetzung im Alltag leicht fallen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: Warum gerade dieses?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Hindernisse sehen Sie im Alltag bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: Wie könnten Sie dieses Hindernis überwinden?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Was könnte Sie bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichem Verhalten unterstützen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anreize: Bestimmte Mittel oder Personen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
4.	Fühlen Sie sich für den Alltag gerüstet? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: wenn ja/nein: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>VI Ausstiegsfragen</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wenn alles möglich wäre, was würden Sie sich dann für Unterstützungsangebote nach der Rehabilitation erhoffen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anreiz: Alles was Ihnen einfällt, auch wenn es unrealistisch erscheint.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es noch etwas, das ich vergessen habe Sie zu fragen, oder etwas das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>



## Leitfaden Fokusgruppe Rehabilitanden

### Post-Erhebung

<b>I</b>	<b>Einstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wurden Ihre Erwartungen und Ziele, die Sie an die Rehabilitation hatten, erfüllt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: wenn ja/nein: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat Ihnen das Training gefallen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atmosphäre, beliebtester Trainingsinhalt, Verhältnis von Theorie zu praktischen Inhalten, Konnten Sie Inhalten folgen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Inhalte haben Sie im Training vermisst?	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie haben Sie die Kombination aus Anleitung und Kleingruppenworkshops empfunden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: wenn gut/schlecht: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernte Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich Ihr Umgang mit Ihrer Erkrankung durch das Training verändert? (andere Gedanken/Verhaltensweisen/Gefühle)	<input type="checkbox"/>
2.	Was hat Ihnen in der Rehabilitation geholfen, um gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrem Alltag zukünftig besser ausüben zu können? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: Warum hat es Ihnen geholfen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Übungen waren für Sie für die Veränderung Ihres Verhaltens hilfreich? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: Konnten Sie bereits Übungen umsetzen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>V.</b>	<b>Barrieren und Barrierenmanagement</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was könnte Sie bei der Umsetzung des erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltens unterstützen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anreize: Bestimmte Mittel oder Personen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.	Fühlen Sie sich durch das Training für den Alltag gerüstet? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussfrage: wenn ja/nein: Warum?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Ausstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wenn alles möglich wäre, was würden Sie sich dann für Unterstützungsangebote nach der Rehabilitation erhoffen?	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es nun noch etwas, das ich vergessen habe Sie zu fragen, oder etwas das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>



## Leitfaden Fokusgruppe Experten

### Post-Erhebung

<b>I</b>	<b>Einstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Nennen Sie spontan ein Adjektiv das Ihnen zum Training einfällt!	<input type="checkbox"/>
2.	Wie empfanden Sie die Lern-Atmosphäre während des Trainings?	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Akzeptanz</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Wie hat sich das Training in den Ablauf der Rehabilitation eingefügt?	<input type="checkbox"/>
2.	Wie würden Sie die Vereinbarkeit des Trainings mit den Inhalten der Rehabilitation beschreiben?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie hat den Teilnehmern das Training gefallen?	<input type="checkbox"/>
4.	Gibt es Inhalte die Sie im Training vermisst haben?	<input type="checkbox"/>
5.	Wie empfanden Sie das Verhältnis von Theorie zu praktischen Inhalten im Training?	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Machbarkeit</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welche Veränderung hat die Intervention für Ihre Person gebracht? (Arbeitsalltag, Einstellung)	<input type="checkbox"/>
2.	War das Vorwissen der Teilnehmer ausreichend, um dem Training folgen zu können?	<input type="checkbox"/>
3.	Wie beurteilen Sie den zeitlichen Ablauf des Trainings?	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Erlernete Handlungsweisen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welche Veränderungen ließen sich bei den Rehabilitanden durch das Training feststellen?	<input type="checkbox"/>
2.	Was denken Sie, hat die Rehabilitanden dabei unterstützt gesundheitsförderliches Verhalten auszuüben?	<input type="checkbox"/>
3.	Welche Trainingsinhalte wurden von den Rehabilitanden besonders gut umgesetzt?	<input type="checkbox"/>
<b>V</b>	<b>Barrieren</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Welches gesundheitsförderliche Verhalten wird den Teilnehmern in der Umsetzung schwer fallen?	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Hindernisse sehen Sie bei der Umsetzung der Trainingsinhalte?	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Barrierenmanagement</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was kann die Teilnehmer bei der Umsetzung ihrer Reha-Ziele im Alltag unterstützen?	<input type="checkbox"/>
<b>VII</b>	<b>Ausstiegsfragen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	Was würden Sie sich für das Training in Zukunft wünschen?	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es nun noch etwas, das ich vergessen habe zu fragen, oder etwas das Sie gerne noch erzählen möchten?	<input type="checkbox"/>

## Anhang C3 - Stundenevaluation

### Stundenevaluation für KG



## Stundenbewertung

*Schmerzkompetenztraining - Trainingseinheit 1 2 3 4*

Bitte bewerten Sie die heutige Trainingseinheit durch Beantworten der folgenden Fragen:

**Wie wichtig waren für Sie die Dinge, die wir heute besprochen haben?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
nicht wichtig	kaum wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig

**Wie hilfreich für den Alltag waren für Sie die Dinge, die wir heute besprochen haben?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich

**Wie gut hat Ihnen die Stunde heute insgesamt gefallen?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
gar nicht gefallen	wenig gefallen	etwas gefallen	ziemlich gut gefallen	sehr gut gefallen

**Zusätzliche Stundenevaluation für IG**

## Stundenbewertung

*Schmerzkompetenztraining - Trainingseinheit 1a 2a 3a 4a*

Bitte bewerten Sie die heutige Trainingseinheit durch Beantworten der folgenden Fragen:

**Wie wichtig waren für Sie die Dinge, die wir heute besprochen haben?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
nicht wichtig	kaum wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig

**Wie hilfreich für den Alltag waren für Sie die Dinge, die wir heute besprochen haben?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich

**Wie gut hat Ihnen die Stunde heute insgesamt gefallen?**

 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
gar nicht gefallen	wenig gefallen	etwas gefallen	ziemlich gut gefallen	sehr gut gefallen



## Anhang C4 - Stichprobenbeschreibung der Rehabilitanden zu t0

ID	Gruppe	Sex	Age	Familie	Schulabschluss	Berufsabschluss	Position	Reha-Anzahl	Reha-Idee	Reha-Ziel	ADS t0
1t0085	KG	m	48	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt, selbst	höhere Lebensqualität	22,00
1t0087	KG	w	60	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	3	Arzt	444	27,00
1t0089	KG	w	54	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	Schmerzlinderung	7,00
1t0100	IG	w	58	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	2	Arzt	444	29,00
1t0104	IG	w	58	eheähnlich	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	10,00
1t0105	IG	w	44	verheiratet	mittlere Reife	Fachhochschule	Angestellter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	8,00
2t0270	KG	w	58	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	2	Arzt	444	20,00
2t0275	KG	w	59	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	3	Arzt, selbst	mehr Freude am Leben	22,00
2t0281	KG	w	50	geschieden	Hauptschule	kein	Arbeiter	3	Arzt	höhere Lebensqualität	18,00
2t0282	KG	w	49	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Sie selbst	mehr Freude am Leben	22,00
2t0283	KG	w	28	ledig	Fachhochschulreife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	444	21,00
2t0285	KG	w	52	verheiratet	Hauptschule	Ausbildung	Angestellter	3	Sie selbst	444	34,00
2t0286	KG	w	47	verheiratet	mittlere Reife	Sekretärin	Angestellter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	54,00
2t0295	KG	m	57	verheiratet	mittlere Reife	Meister	Angestellter	3	Arzt	höhere Lebensqualität	29,00
2t0293	KG	w	53	<i>Zu t0 lagen keine Daten vor, deshalb wurden die Daten zu t1 für die Zuordnung zu Geschlecht, Alter und ADS genutzt</i>							
2t0298	KG	w	50	geschieden	Hauptschul	Ausbildung	Arbeiter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	23,00
2t0300	KG	w	60	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	KK	mehr Freude am Leben	48,00
2t0312	IG	w	56	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	Schmerzfreiheit	29,00
2t0313	IG	m	52	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Arbeiter	999	Selbst	Arbeitsfähigkeit	41,00
2t0317	IG	w	54	ledig	Hauptschule	Umschulung	Arbeiter	2	Arzt, selbst	mehrere Angaben	40,00

\* w=weiblich; m=männlich; KK=Krankenkasse; 444=mehrere Angaben; 999=keine Angabe; ADS t0 >22=Erhöhter Grad an Depressivität

ID	Gruppe	Sex	age	Familie	Abschluss	Berufsabschluss	Position	Reha-Anzahl	Reha-Idee	Reha-Ziel	ADS 10
210320	IG	w	39	verheiratet	Hauptschule	Ausbildung	Arbeiter	1	Arzt	Arbeitsfähigkeit	38,00
210321	IG	m	60	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Sie selbst	Schmerzfreiheit	19,00
210322	IG	m	45	geschieden	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	2	Arzt	444	34,00
210325	IG	w	47	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	2	Sie selbst	Schmerzfreiheit	19,00
210326	IG	w	47	eheähnlich	Fachhochschule	Fachhochschule	Angestellter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	11,47
310103	IG	w	57	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	444	36,00
310104	IG	m	49	verheiratet	Fachhochschule	Fachhochschule	Angestellter	1	Arzt	höhere Lebensqualität	21,00
310105	IG	w	51	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	2	Arzt	444	21,00
410027	KG	m	58	verwitwet	Hauptschule	Ausbildung	Arbeiter	2	Arzt, KK	mehr Freude am Leben	44,00
410028	KG	m	53	verheiratet	mittlere Reife	Ausbildung	Arbeiter	2	Arzt	höhere Lebensqualität	44,00
410030	KG	m	43	eheähnlich	Hauptschule	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	Schmerzfreiheit	18,00
410031	KG	w	57	verheiratet	Fachhochschule	Fachhochschule	Angestellter	3	Sie selbst	höhere Lebensqualität	23,00
410034	KG	w	61	verwitwet	mittlere Reife	Ausbildung	Arbeiter	1	Arzt	Arbeitsfähigkeit	32,00
410039	IG	w	48	ledig	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt, selbst	444	20,00
410042	IG	m	53	geschieden	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	3	KK	444	25,00
410045	IG	w	53	geschieden	mittlere Reife	Ausbildung	Angestellter	1	Arzt	Arbeitsfähigkeit	35,00

\* w=weiblich; m=männlich; KK=Krankenkasse; 444=mehrere Angaben; 999=keine Angabe; ADS 10 >22=Erhöhter Grad an Depressivität

## Anhang C5 - Stundenevaluationsbögen nach Klinik und Behandlungsgruppe

Modul	Klinik								
	1		2		3		4		Σ
	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	
1	38	37	30	38	24	24	34	29	254
1a	-	33	-	37	-	25	-	31	126
2	39	35	32	33	24	24	32	29	248
2a	-	41	-	35	-	25	-	29	130
3	38	34	31	37	24	24	32	28	248
3a	-	29	-	34	-	24	-	27	114
4	34	24	31	34	24	24	29	35	235
4a	-	27	-	33	-	24	-	28	112
Σ	149	260	124	281	96	194	127	236	<b>1.467</b>

## Anhang C6 - Transkriptionsregeln



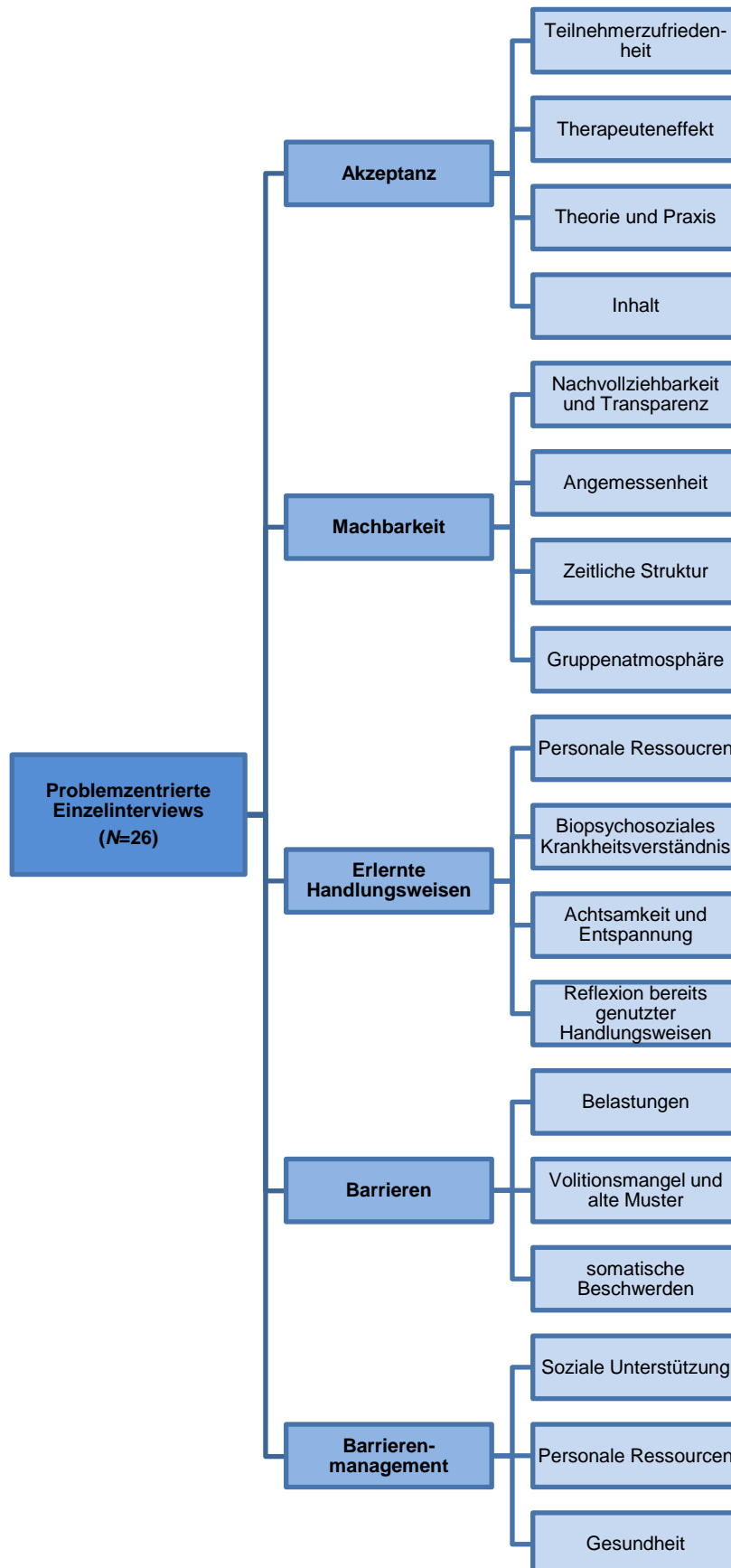
### Transkriptionsregeln Debora

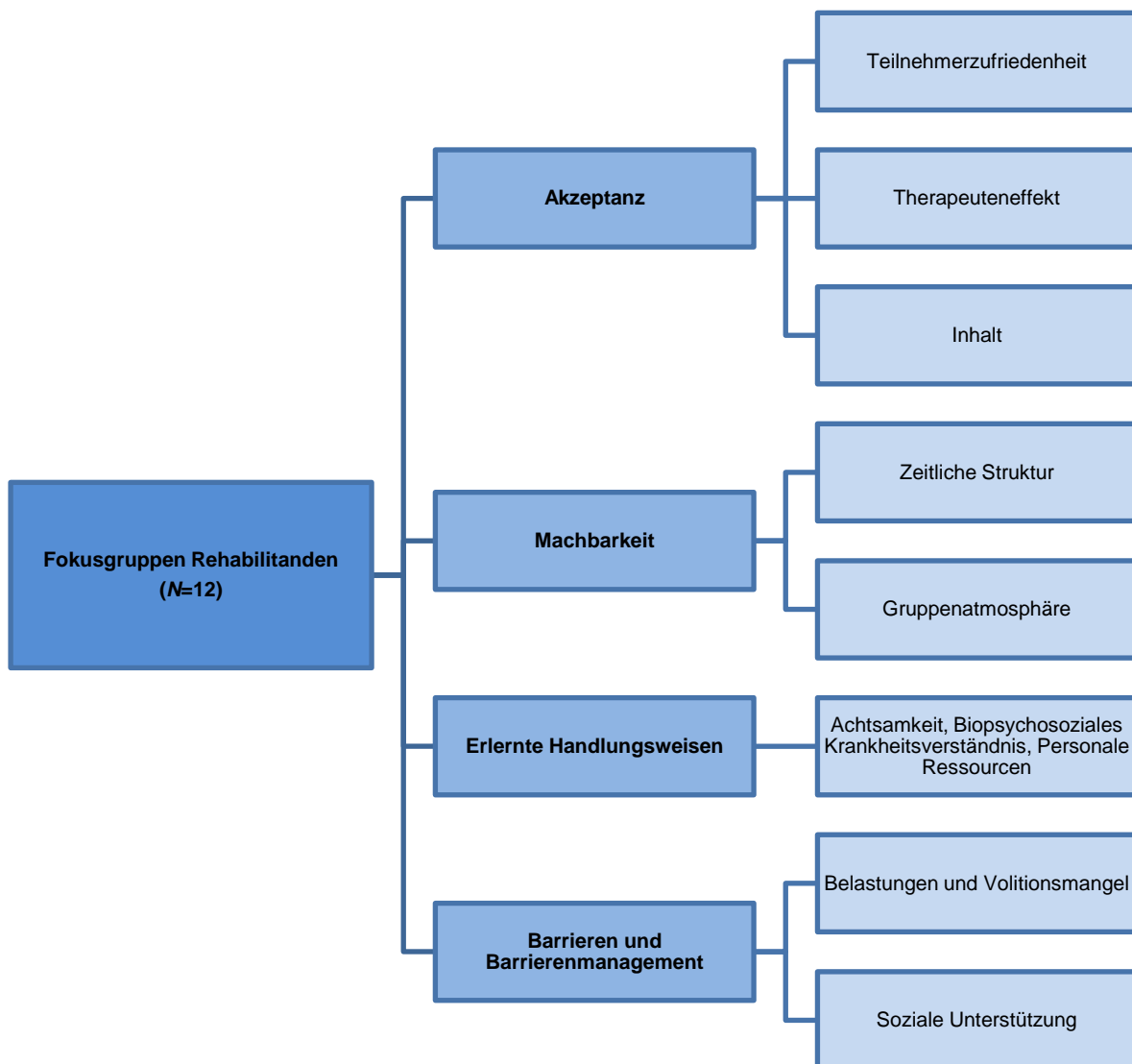
*Für die qualitative Forschung*

- Es wird wörtlich transkribiert und somit nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
- Vorhandene **Dialekte** werden nicht mit transkribiert. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert.
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden durch Ersetzung mit dem Verweis (anonym) **anonymisiert**.
- Deutliche, **längere Pausen** (länger als 5 Sek.) werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
- **Satzabbrüche** werden durch „--“ markiert.
- **Unverständliche Äußerungen** werden durch (-) markiert.
- Besonders **betonte Begriffe** werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
- Zustimmende bzw. bestätigende **Lautäußerungen** der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen. Bei Unterbrechung wird in Klammern erwähnt, ob diese bejahend oder verneinend sind.
- **Einwürfe** der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
- **Lautäußerungen** der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
- **Handlungen** (etwa zeigt auf Kollegen oder präsentiert Buch) werden ebenfalls in Klammern gesetzt, damit der Leser weiß was geschieht.
- Die **interviewende Person** wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet. Bei den Fokusgruppen Experten durch die jeweiligen Nummer der Klinik (1-4), durch ein E und eine chronologische Nummerierung.
- Jeder **Sprecherwechsel** wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
- Das gespeicherte Wordtranskript muss nicht aufwändig formatiert werden, da es sowieso in Maxqda eingelesen wird. Es sind nur folgende **Formatierungen** notwendig:
  - Schriftart: Arial; Schriftgröße: 11; Absatz: 1,0; Blocksatz

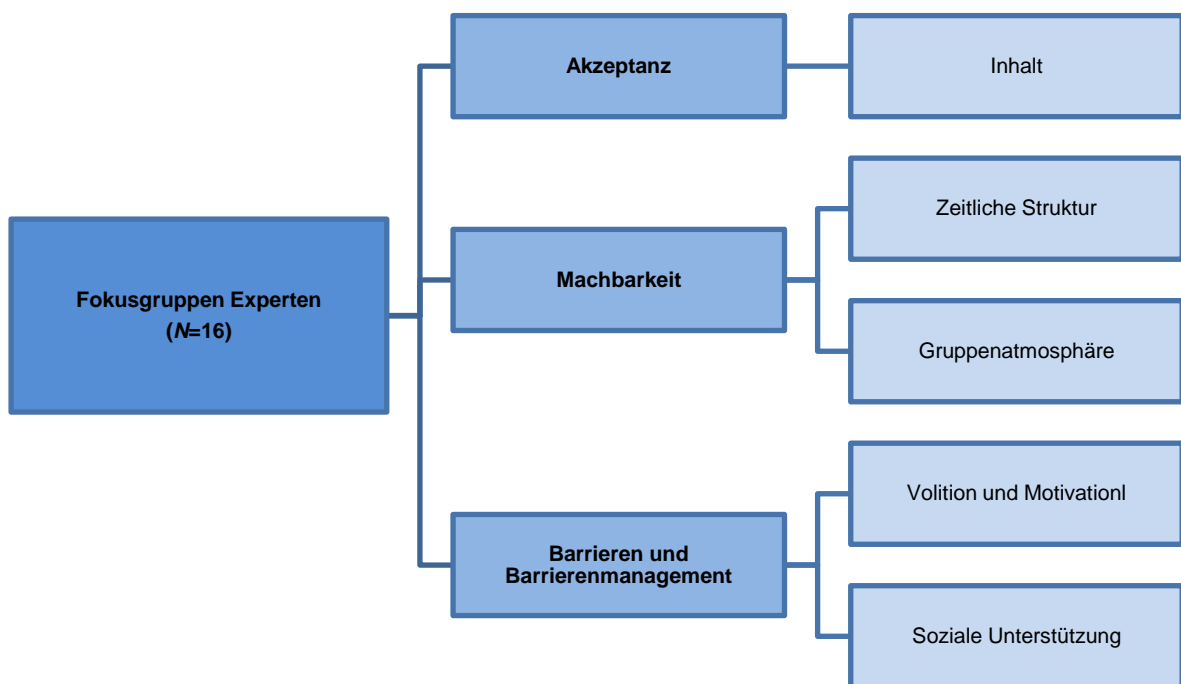
## Anhang C7 - Kategorienbaum Teilstudie 1-3

### Kategorienbaum mit Haupt- und Unterkategorien der Teilstudie 1



**Kategorienbaum mit Haupt- und Unterkategorien der Teilstudie 2**

**Kategorienbaum mit Haupt- und Unterkategorien der Teilstudie 3**



## Anhang C8 - Ergebnis- und Implikationstabelle Teilstudie 1-3

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 1			
Hauptkategorien	Unterkategorien	Ergebnisse	Implikationen
Akzeptanz	Teilnehmerzufriedenheit	Teilnehmerzufriedenheit IG und KG: sehr gut bis gut Insgesamt überwiegt Zufriedenheit bei IG unabhängig vom Grad der Depressivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings</li> </ul>
	Therapeuteneffekt	Beeinflussung der Schulungsqualität durch Therapeut	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berücksichtigung der Beeinflussung; Nachschulungsseminare für Therapeuten</li> </ul>
	Theorie und Praxis	Überwiegend Ausgewogenheit zwischen Theorie und Praxis, keine Übereinstimmungen bei Unausgewogenheit	Beibehaltung des Trainingskonzeptes
	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biopsychosoziale Trainingsinhalte wurden favorisiert</li> <li>▪ Achtsamkeitsbasierte Übungen und Übungen zur Stressbewältigung wurden ebenso favorisiert</li> <li>▪ Keine inhaltlichen Defizite berichtet</li> <li>▪ Bedarf an zusätzlichen Einzelgesprächen vorhanden</li> <li>▪ Vertiefungen der Inhalte gewünscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der inhaltlichen Schwerpunkte</li> <li>▪ Berücksichtigung individuellere Problemlagen durch Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>▪ Vertiefung von Inhalten, insbesondere des Alltagstransfers</li> </ul>
Machbarkeit	Nachvollziehbarkeit und Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training und Ziele konnten beschrieben werden</li> <li>▪ Biopsychosoziales Konzept wurde erkannt</li> <li>▪ Stellenwert von Stress- und Stressbewältigung wurde hervorgehoben</li> <li>▪ Beschreibungen fielen in der KG/KG<sub>depr</sub> insgesamt knapper und unpräziser aus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings</li> </ul>
	Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angemessenheit der Inhalte gegeben</li> <li>▪ Negative Beurteilung der Angemessenheit bei IG<sub>depr</sub>/KG<sub>depr</sub> aufgrund Durchführung durch Therapeuten und mangelnder Konzentrationsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Berücksichtigung der Beeinflussung der Schulungsqualität durch den Therapeuten</li> </ul>
	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überwiegend zufrieden</li> <li>▪ Bessere Integration in Klinikroutine</li> <li>▪ Aufteilung der Inhalte auf mehrere Stunden, um Konzentrationsfähigkeit zu wahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausbau der Zeiträume für Gruppendiskussionen</li> <li>▪ bessere Integration des Trainings in den Reha-Ablauf</li> <li>▪ Berücksichtigung von Reflexionszeiträumen im Trainingsablauf</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings</li> </ul>



Hauptkategorien	Unterkategorien	Ergebnisse	Implikationen
Machbarkeit	Gruppenatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positive Aussagen zur Gruppenatmosphäre mit Betonung der daraus hervorgegangenen sozialen Unterstützung. Beachten von Gruppengröße und identische Störungsbilder</li> <li>KG<sub>depr</sub>: Zu wenig Raum für das Besprechen individueller Problemlagen, zusätzliche Einzeltherapie gewünscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>Angebot zusätzlicher Einzelgespräche</li> <li>Zusammensetzung von Gruppen mit identischen Störungsbildern</li> <li>Kombinierte Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings</li> </ul>
Erlernte Handlungsweisen	Personale Ressourcen und Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stärkerer und selbstbewussterer Umgang</li> <li>Gelernt sich abzugrenzen</li> <li>Vertiefung von Inhalten für erfolgreichen Alltagstransfer erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>Stärkung der Selbstwirksamkeit für erfolgreichen Alltagstransfer</li> </ul>
	Biopsychosoziales Krankheitsverständnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerverständnis und –akzeptanz bewirkt</li> <li>Zahlreiche Ablenkungsstrategien erlernt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> </ul>
	Achtsamkeit und Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bevorzugte Ablenkungsstrategien</li> <li>Alltagsnahe Durchführbarkeit betont</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>Stärkerer Ausbau der Ablenkungsstrategien</li> <li>Angebot von Zusatzeinheiten</li> </ul>
	Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexion bereits genutzter Handlungsweisen als Motivation und Bestätigung für Ausübung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> </ul>
Barrieren	Familiäre und berufliche Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berufliche Belastungen durch Zeitdruck, Stress, Kontrollverlust und Druck von Seiten des Arbeitsgebers</li> <li>Mehrfachbelastungen im familiären Bereich, insbesondere in Vereinbarkeit von Familie und Beruf</li> <li>Bei familiären und beruflichen Belastungen Probleme "Nein" zu sagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an Stress- und Schmerzbewältigungstrainings</li> <li>Gesellschaftliche Aufklärung und Einbezug von Familie in Therapiekonzept</li> <li>Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>Etablierung depressionsspezifischer und ressourcenorientierte Inhalte in Therapieplanung</li> </ul>
	Motivation und Volition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unzureichende motivationale Ausgangslage</li> <li>Verfallen in alte Muster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden</li> </ul>
	Somatische Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auftreten zu starker Schmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablierung depressionsspezifischer und ressourcenorientierte Inhalte in Therapieplanung</li> </ul>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Ergebnisse	Implikationen
Barrierenmanagement	Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachsorge in Form von Gruppenangeboten zur Stärkung der Volition</li> <li>▪ Gruppenangebot zur Nachsorge, das auf Debora basiert und in gleicher Gruppenzusammensetzung stattfindet</li> <li>▪ Persönliche Betreuung durch Gesundheitspartner</li> <li>▪ intensive therapeutische und/oder ärztliche Betreuung</li> <li>▪ Nachsorge-Angebot von den Rehabilitationseinrichtungen:</li> <li>▪ Unterstützung durch die Familie</li> <li>▪ auf Bedürfnisse ausgerichteter Arbeitsplatz</li> <li>▪ mehr Entlastung/Freiraum zur Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gezielte Berücksichtigung der Förderfaktoren und der Lebenswelt der Rehabilitanden im Kontext Arbeitswelt</li> <li>▪ Aktivierung von sozialer Unterstützung durch soziales Umfeld und Arbeitsgeber</li> <li>▪ Hilfestellung bei Suche nach post-rehabilitativer Unterstützung</li> <li>▪ intensive therapeutische und/oder ärztliche Betreuung</li> <li>▪ Implementierung psychoedukativer Ansätze und Gruppenangebote</li> <li>▪ Flächendeckende Etablierung post-rehabilitativer wohnortnaher Maßnahmen für Vereinbarkeit von Beruf und Nachsorge</li> </ul>
	Personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit zur Volition</li> <li>▪ Stärkerer internaler Kontrollüberzeugung, um neu gestärktes Selbstwertgefühl zu erhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit zur Volition durch Nachsorgemaßnahmen</li> </ul>
	Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schmerzfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablierung depressionsspezifischer und ressourcenorientierte Inhalte in Therapieplanung</li> </ul>

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 2			
Hauptkategorien	Unterkategorien	Ergebnisse	Implikationen
Akzeptanz	Teilnehmerzufriedenheit	Teilnehmerzufriedenheit deutlich höher als KG <sub>depr</sub> IG <sub>depr</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>
	Therapeuteneffekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IG<sub>depr</sub> hohe Zufriedenheit mit Therapeut</li> <li>▪ KG<sub>depr</sub> deutlich negativere Beurteilung aufgrund von didaktischen und methodischen Mängeln</li> <li>▪ Therapeutenwechsel innerhalb der Einheiten nicht gewünscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berücksichtigung der Beeinflussung; Nachschulungsseminare für Therapeuten</li> </ul>
	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhalte für IG<sub>depr</sub> passgenau</li> <li>▪ Inhalte für KG<sub>depr</sub> nicht passgenau: kürzere Stunden und mehr Aktivität gewünscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der inhaltlichen Schwerpunkte</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>
Machbarkeit	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überwiegend zufrieden</li> <li>▪ Bessere Integration in Klinikroutine</li> <li>▪ Aufteilung der Inhalte auf mehrere Stunden, um Konzentrationsfähigkeit zu wahren und somatische Beschwerden zu berücksichtigen</li> <li>▪ Zeiträume zur Reflexion zwischen Einheiten erforderlich</li> <li>▪ Zu wenig Zeit für Diskussionen</li> <li>▪ Anpassung an Bildungsniveau bzw. Verbesserung der Gesundheitskompetenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bessere Integration des Trainings in den Reha-Ablauf</li> <li>▪ Berücksichtigung von Reflexionszeiträumen im Trainingsablauf</li> <li>▪ Ausbau der Zeiträume für Gruppendiskussionen</li> <li>▪ Anpassung der zeitlichen Rahmenbedingungen an Bildungsniveau/Gesundheitskompetenz</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>
	Gruppenatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beeinflussung durch Therapeuten, z. B. Mängel in didaktischer Anleitung</li> <li>▪ IG<sub>depr</sub> insgesamt positive Aussagen zur Gruppenatmosphäre mit Betonung der daraus hervorgegangenen sozialen Unterstützung.</li> <li>▪ KG<sub>depr</sub> Berücksichtigung von identische Störungsbildern, Störung durch Desinteresse Teilnehmer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berücksichtigung der Beeinflussung; Nachschulungsseminare für Therapeuten</li> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Zusammensetzung von Gruppen mit identischen Störungsbildern</li> <li>▪ Ausstiegsoptionen für Teilnehmer mit Desinteresse</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>
Erlernte Handlungsweisen	Achtsamkeit, Biopsycho-soziales Krankheitsverständnis, Personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schmerverständnis und –akzeptanz bewirkt</li> <li>▪ Achtsamkeitsübungen wurden am häufigsten berichtet und zählten zu den bevorzugte Ablenkungsstrategien</li> <li>▪ Stärkerer und selbstbewussterer Umgang</li> <li>▪ IGs berichteten insgesamt mehr und ausführlicher über erlernte Handlungsweisen als KGs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung des Trainingskonzeptes</li> <li>▪ Stärkung der Selbstwirksamkeit für erfolgreichen Alltagstransfer</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung von Debora</li> </ul>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Ergebnisse	Implikationen
Barrieren und Barrierenmanagement	Belastungen und Volitionsmangel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angewiesenheit auf Arbeitsplatz und finanzielle Verpflichtungen</li> <li>▪ Mangel an Motivation</li> <li>▪ Verfallen in alte Muster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gezielte Berücksichtigung der Förderfaktoren und der Lebenswelt der Rehabilitanden im Kontext Arbeitswelt</li> <li>▪ Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an Stress- und Schmerzbewältigungstrainings</li> <li>▪ Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>▪ Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden</li> </ul>
	Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intensive therapeutische und/oder ärztliche Betreuung</li> <li>▪ Nachsorge in Form von Gruppenangeboten mit heterogenem Krankheitsbild</li> <li>▪ Angebot depressionsspezifischer Angebot bzw. Angebote für Rückenschmerz und psychische Problemlagen</li> <li>▪ Unterstützung aus dem sozialen Umfeld</li> <li>▪ Unterstützung beim Alltagstransfer</li> <li>▪ Verbesserter Zugang zu Bewegungsmaßnahmen</li> <li>▪ besseres Zeitmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intensive therapeutische und/oder ärztliche Betreuung</li> <li>▪ Implementierung psychoedukativer Ansätze und Gruppenangebote</li> <li>▪ Hilfestellung bei Suche nach post-rehabilitativer Unterstützung</li> <li>▪ Aktivierung von sozialer Unterstützung durch soziales Umfeld und Arbeitsgeber</li> <li>▪ Gesellschaftliche Aufklärung</li> <li>▪ Flächendeckende Etablierung post-rehabilitativer wohnortnaher Maßnahmen für Vereinbarkeit von Beruf und Nachsorge</li> <li>▪ Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an Stress- und Schmerzbewältigungstrainings</li> </ul>

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen Teilstudie 3			
Haupt-kategorien	Unter-kategorien	Ergebnisse	Implikationen
Akzeptanz	Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hohe Akzeptanz</li> <li>▪ Ausgewogenheit von Theorie und Praxis</li> <li>▪ Reduktion bei gleichzeitiger Vertiefung von Inhalten zu Stressbewältigung und Achtsamkeit erforderlich</li> <li>▪ Eine stärkere Bedürfnisorientierung ermöglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der inhaltlichen Schwerpunkte</li> <li>▪ Reduktion der Inhalte bei gleichzeitiger Vertiefung und Anregungen im Bereich Stressbewältigung und Achtsamkeit</li> </ul>
Machbarkeit	Zeitliche Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimierungsbedarf vorhanden</li> <li>▪ Zeitplanung unrealistisch, jedoch keine einheitlichen Aussagen zur Anpassung</li> <li>▪ 8 Trainingseinheiten nur bei vierwöchiger Rehabilitation möglich</li> <li>▪ Kritische Betrachtung der Abwesenheit des Therapeuten bei Kleingruppenworkshop</li> <li>▪ Flexibilität und Adaptionmöglichkeiten sollten erhalten bleiben</li> <li>▪ Hohe Gruppenkohäsion wurde bestätigt: In IG ausgeprägter als in KG</li> <li>▪ Aufgrund zeitlicher Rahmenbedingungen waren Abweichungen vom Manual erforderlich, dennoch hohe Manualtreue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bessere Integration des Trainings in den Reha-Ablauf</li> <li>▪ Kombinierte Durchführung des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings ausschließlich bei vierwöchiger Reha</li> <li>▪ Anwesenheit der Therapeuten beim Kleingruppenworkshop</li> <li>▪ Mehr Flexibilität und Anpassungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Berücksichtigung der Beeinflussung durch Therapeuten; Nachschulungsseminare für Therapeuten</li> </ul>
Barrieren und Barrierenmanagement	Motivation und Volition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mängel in Motivation und Volition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einschätzung der Therapiebereitschaft und der motivationalen und volitionalen Ausgangslage der Rehabilitanden</li> <li>▪ konkrete und individuelle Veränderungs- sowie Bewältigungsplanung</li> <li>▪ alltagsnahen, die Eigenverantwortlichkeit fördernden Übungen</li> </ul>
	Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung beim Alltagstransfer durch verbesserte Nachsorge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schaffung von Erfolgserlebnissen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit</li> <li>▪ Intensive Hilfestellung bzw. therapeutische und/oder ärztliche Betreuung bei der Implementierung erlernter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen</li> </ul>
Stunden-evaluation der Rehabilitanden	Wichtigkeit des Themas, Nutzen der Themen für den Alltag sowie Gesamtbewertung der Module	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resultate im Bereich „etwas wichtig, etwas hilfreich, etwas gefallen“ bis „ziemlich wichtig, ziemlich wichtig, ziemlich gut gefallen“.</li> <li>▪ IG und KG erzielten annähernd identische Mittelwerte</li> <li>▪ Klinik 4 zeigt insgesamt eine schlechter ausfallende Bewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der inhaltlichen Schwerpunkte</li> <li>▪ Anpassung der Inhalte an Bildungsniveau bzw. Gesundheitskompetenz der Klinik 4</li> </ul>

## Persönliche Versicherung der Bewerberin

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet oder mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen / Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.“

Schaalby, den 22.06.2016



Sabrina Korsch