

1. Zusammenfassung des Projektes

Antragssteller/in Projektleiterin	Dr. Mirjam Körner, Dr. Ulrich Stößel, Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Hebelstr. 29, 79085 Freiburg, Tel. + 49 761/203-5519, Fax: -5516, E-Mail: mirjam.koerner@medsoz.uni-freiburg.de		
Nummer des Projekts	225	Modul:	2
Titel des Projekts	Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken		
Themenfeld/Krankheitsbild	3: Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung/Indikationsunabhängig		
Untersuchungsziel/ Hypothese	Ziel der beantragten Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms zur patientenorientierten Teamentwicklung, um die Patientenorientierung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu stärken. Es ist davon auszugehen, dass durch eine gezielte Teamanalyse und -entwicklung neben der Teamarbeit auch die Patientenorientierung optimiert werden kann.		
Studientyp	<i>Entwicklung des Teamentwicklungsprogramms (Pilotstudie):</i> Qualitative und quantitative Studie <i>Evaluation des Teamentwicklungsprogramms (Hauptstudie):</i> Quantitative Studie, Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie		
Methodische Vorgehensweise	<i>Pilotstudie:</i> Experteninterviews (Gruppeninterviews der Behandler in Rehabilitationsteams) und Fokusgruppen mit Patienten (n=3 Kliniken à 8-10 Behandler unterschiedlicher Berufsgruppen und Patienten unterschiedlicher Indikationsbereiche) <i>Hauptstudie:</i> Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie mit drei Erhebungszeitpunkten (t ₁ =vor der Intervention, t ₂ =nach der Intervention und t ₃ =6 Monate nach der Intervention) und einer Prozessevaluation (standardisierte und inhaltspezifische Befragungen nach den einzelnen Interventionsbausteinen) <i>Intervention:</i> Zwei Vorträge und vier Workshops/Trainings für das Rehabilitationsteams oder wenn das Rehabilitationsteam aus verschiedenen Subteams/Behandlungsteams besteht für eines der interprofessionellen Behandlungsteams in der Klinik, bestehend aus verschiedenen Berufsgruppen, die sich kontinuierlich treffen, um die patientenbezogene Diagnostik, Zielsetzung, Behandlungsplanung und Verlaufsüberwachung zu besprechen; Beratung/Coaching der Teamleitungen des Reha-/ Behandlungsteams sowie der Koordinierungsgruppe, die für die Teamentwicklung eingerichtet werden; Dauer: ½ Jahr; <i>Evaluation:</i> Prozessevaluation (Evaluation der einzelnen Interventionsbaustein) und Ergebnisevaluation (nach dem gesamten Teamentwicklungs-Interventionsprogramm)		
Datenbasis	<i>Primärdatenerhebung; Primäre Zielgrößen:</i> Patientenorientierung wird mittels eines selbstentwickelten Instrumentes bei allen Teammitglieder des Rehabilitationsteams sowie bei den Patienten (Stichprobe) erfasst. Sekundäre Zielgrößen: <i>Teammitglieder des gesamten Reha-Teams:</i> Teamarbeit, Teamerfolg und Zufriedenheit (MiZu-Reha); <i>Patienten:</i> Zufriedenheit (ZUF-8); Weitere Zielgrößen: <i>Patienten:</i> Behandlungserfolg (SF-12), Behandlungsakzeptanz, Klinik-/ Teamklima (Globalitems). Bei den <i>Teammitgliedern des Rehabilitations- und/oder Behandlungsteams</i> , in welchem Teamentwicklung durchgeführt wird, wird zur <i>Überprüfung der Treatment-Integrität</i> eine Verlaufsdocumentation und -evaluation der Interventionen durchgeführt.		

Stichprobe	<i>Multizentrische Studie (n=12 Kliniken)</i> <i>Mitarbeiterbefragung:</i> Die Teammitglieder bzw. Behandler (Ärzte, Pflege, Therapeuten, etc.) des gesamten Reha-Teams <i>Intervention:</i> Teammitglieder des gesamten Reha-Teams bzw. eines interprofessionellen Behandlungsteams (= ein Subteam des Reha-Teams, welches bereits in den Kliniken existiert und sich zu regelmäßigen Teambesprechungen trifft, s.o.) <i>Patientenstichproben</i> in allen 12 Kliniken zu jeweils drei Messzeitpunkten
Stichprobengröße	<i>Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik:</i> Für den Nachweis eines kleinen Effektes ($f=.10$, $\alpha=.05$, Power= .80, $r=.5$) mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung werden $n= 164$ Mitarbeiter pro Gruppe benötigt; bei einem Drop-out von 25% = 180 pro Messzeitpunkt und Gruppe. <i>Patienten:</i> Für einen prä-post-Vergleich (t-Test für unabhängige Stichproben) bei der konservativen Annahme eines kleinen Effektes ($d=.20$, $\alpha=.05$, Power= .80, $r=.5$) sind Stichproben von $n= 310$ pro Gruppe erforderlich (25% Drop-out: $n= 388$ pro Gruppe).
Datenanalyse	<i>Pilotstudie:</i> qualitativ: Inhaltsanalysen nach Mayring; quantitativ: explorativ-deskriptive Analysen <i>Hauptstudie:</i> quantitativ: deskriptiv-explorative und inferenzstatistische Auswertungen
Nutzen und Verwendungsmöglichkeiten der Forschungsergebnisse	(1) Optimierung der Teamarbeit im Gesundheitswesen und Verbesserung der Patienten-/ Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit; (2) Entwicklung und Ausgestaltung der veränderten Rollen der Gesundheitsberufe in der medizinischen Versorgung; (3) Empfehlung einer evidenzbasierten patientenorientierten Teamentwicklung für die medizinische Rehabilitation; (4) Förderung der „Patientenorientierung“ im Rahmen des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation; (5) Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit; (6) Anwendung in anderen medizinischen Versorgungsbereichen (z.B. ambulante Rehabilitation, Versorgungszentren)
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner	Methodenzentrum des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Freiburg Bad Säckingen, Gesellschaft für Empirische Beratung mbH, Gesellschaft für Qualitätsentwicklung (GQE), 20 Rehabilitationskliniken (namentlich aufgeführt unter 8.3)
Beantragte Förderdauer	3 Jahre (1. Mai 2011 – 30.04.2014)
Beantragte Fördermittel	230.237,-- Euro

1.1 Zusammenfassung der Projektinhalte

In der medizinischen Rehabilitation besteht wie auch in den anderen Bereichen der medizinischen Versorgung die Notwendigkeit, aus dem bislang arztorientierten System ein patientenorientiertes System zu entwickeln. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert 2007 durch eine Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patienten neue Kooperationsformen und eine bessere Integration der Behandlungsbausteine. Bislang gibt es hierfür keine Empfehlungen. Ziel der Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines evidenzbasierten patientenorientierten Teamentwicklungssystems zur Verbesserung der Patientenorientierung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Die Entwicklung der Intervention erfolgt in einer Pilotstudie durch die Befragung von Experten (Führungskräften, Mitarbeiter) und Patienten zu den Dimensionen der Patientenorientierung. Anschließend wird die Intervention in einer cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie mit einem Messwiederholungsdesign evaluiert.

Zusätzlich findet eine Evaluation der einzelnen Interventionsbausteine im Prozess statt. Als Ergebnis wird neben der höheren Patientenorientierung eine verbesserte Teamarbeit, Zufriedenheit, und –Teamkultur erwartet, was sich wiederum positiv auf die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg in der Klinik auswirken wird.

2. Wissenschaftliche Fragestellung

2.1 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel des Projektes PATENT ist die Entwicklung und Evaluation eines Interventionskonzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken, um die Patientenorientierung (primäre Zielgröße) sowie die patienten- und mitarbeiterrelevanten Ergebniskriterien (sekundäre Zielgrößen) zu verbessern.

(1) Konzeptualisierung eines patientenorientierten Teams und einer entsprechenden Teamentwicklungsintervention (Pilotstudie): Wie muss sich eine Rehabilitationsklinik bzw. das Rehabilitationsteam intern, d.h. in Bezug auf Struktur, System, Stil/Kultur, Leistung und Verhalten ausrichten, damit es den internen und externen Anforderungen der Patientenorientierung gerecht wird?

- *Aufgabenverteilung:* Wer leistet welche Beiträge in einem Rehabilitationsteam?
- *Integration der Disziplinen:* Wie können diese Beiträge der Berufsgruppen patientenorientiert zu einer effektiven Behandlung integriert werden? Bzw. welche Teamkonstellationen, Kommunikationsprozesse etc. sind dazu notwendig?
- *Konzeptualisierung eines patientenorientierten Teams:* Aus welchen Aspekten setzt sich ein patientenorientiertes Teamkonzept zusammen? Was sind die Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten an die Behandler bzw. an das Team?
- *Entwicklung des Teamentwicklungsprogramms:* Welche Handlungsempfehlungen können den Kliniken/ Teams für die Förderung der internen Patientenorientierung gegeben werden? Mit welchen Interventionen lässt sich in Rehabilitationskliniken die patientenorientierte Teamarbeit aufbauen/fördern?

(2) Implementierung und Evaluation der patientenorientierten Teamentwicklung

- Können durch die Teamentwicklung die Patientenorientierung sowie die patienten- und mitarbeiterrelevanten Ergebniskriterien verbessert werden?

2.2 Stand der Forschung

In der medizinischen Rehabilitation besteht wie auch in den anderen Bereichen der medizinischen Versorgung die Notwendigkeit, aus dem bislang arztorientierten System ein patientenorientiertes System zu entwickeln. Eine zunehmende Differenzierung der Fachdisziplinen und Berufsgruppen, Erweiterung und Substitution von Zuständigkeiten und neue Aufgabenzuschneide der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erfordern die Abstimmung und Integration der fach- und

berufsspezifischen Leistungen sowie veränderte patientenorientierte Teamkonstellationen und Organisationsstrukturen, um die gewünschte und geforderte Patientenorientierung zu gewährleisten (Schrappe, 2007; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Damit verbunden ist, dass das Bereichs- und Abteilungsdenken sowie der Versuch, die Leistungen innerhalb des eigenen Bereichs zu optimieren (disziplinorientiertes Arbeiten), der Vergangenheit angehören und durch ein patientenorientiertes Prozessdenken mit Teamarbeit zu ersetzen ist (Käser, 2009; Schrappe 2007). Bereits heute haben ca. 2/3 der Kliniken Schwierigkeiten, ihre Arztstellen zu besetzen (Höder, Deck & Möller, 2009), so dass auch aus dieser Sicht das Erfordernis besteht, über eine Aufgaben- und Rollenverteilungen und ggf. Neuordnung der Berufsgruppen in der Rehabilitation nachzudenken.

Patientenorientierung heißt, dass die Leistungen und das Handeln in der Klinik konsequent an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden (Bleses, 2005; Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1997). Infolge einer stärkeren Ausrichtung der Prozesse an den Patientenbedürfnissen entstehen neue Berufsbilder, müssen die Aufgabenprofile der Mitarbeiter überarbeitet und weiterentwickelt und muss die Aufgabenverteilung zwischen den Professionen überprüft und ggf. neu definiert werden (Stachel, 2008). Bislang gibt es keine systematischen Empfehlungen für die Analyse, Neuordnung und Organisation eines patientenorientierten Teams.

Entscheidend für die Umsetzung der Patientenorientierung ist, wie Patienten von den Mitarbeitern in die Leistungsprozesse eingebunden werden. Mitarbeiter in Rehabilitationseinrichtungen sollten sich dabei an den Wünschen, Bedürfnissen und Präferenzen bzw. Anforderungen der Rehabilitanden orientieren und die Abläufe in der Klinik, ihr Handeln sowie ihre Kommunikation darauf ausrichten, d.h. eine Klinik muss ihre Kommunikations-, Team- und Organisationsstrukturen und -prozesse durchgängig patientenorientiert gestalten (interne Patientenorientierung, Körner, 2009a). Dafür muss eine Klinik die Anforderungen der Patienten kennen, um die internen Strukturen (wie z.B. eine adäquate Teamzusammensetzung, Teambesprechungskultur) und Prozesse (z.B. die Integration, Koordination, Kommunikation und Partizipation der Mitarbeiter) entsprechend patientenorientiert zu gestalten (Körner, 2010a). Für diesen Prozess sind Organisations-, Team- und Personalentwicklung erforderlich. Es gibt bislang keine Studien in der medizinischen Rehabilitation, die sich auf die interne Patientenorientierung konzentrieren und die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung einer patientenorientierten Organisation und Kommunikation identifizieren.

Nach einer Untersuchung von Plinke (1996) sind Struktur und Systeme (20%), Kultur und Stil (17%) und Zusammenarbeit (13%) die häufigsten Barrieren für den Aufbau von Kundenorientierung (zitiert nach Bruhn, 2002). Es ist davon auszugehen, dass diese Determinanten auch für den Aufbau der Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung sehr bedeutend sind. Nach Bleses (2005) zählen zu den Dimensionen der Patientenorientierung:

1. **Patientenorientierte Strukturen** (Organisations- und Kommunikationsstrukturen, Hierarchieaufbau, Kompetenz- und Rollenverteilung im Team und der Grad der interdisziplinären Zusammenarbeit)

2. **Patientenorientierte Systeme** (Organisations-, Team-, Personalentwicklungs-, Kommunikations- und Qualitätsmanagementsysteme, Controlling und Anreizsysteme)
3. **Patientenorientierte Kultur/Unternehmensphilosophie** (Patientenorientierung als Kultur, Innovationsorientierung, Corporate Identity, Corporate Design, Patientenintegration, Dienstleistungsbereitschaft)
4. **Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen** (Behandlungsqualität der verschiedenen Berufsgruppen, Informations-, Beratungsqualität, Kommunikations-, Interaktionsqualität sowie Service- und Dienstleistungsqualität)

Ollenschläger (2001) weist darauf hin, dass Behandlungsfehler insbesondere durch System- und Organisationsfehler und nicht durch individuelle Versäumnisse des Leistungserbringers verursacht sind. Veränderungen auf der Systemebene können so in einer Erhöhung der Patientensicherheit und einer Qualitätsverbesserung resultieren. Die Pilotstudie des im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ laufenden Projekts „Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (Akronym: PEFiT)“ zeigte, dass insbesondere bei der internen patientenorientierten Kommunikation und Kooperation im Team ein hoher Entwicklungsbedarf, und -wunsch von Seiten der Klinikleitungen und Mitarbeiter zu verzeichnen ist (Körner, 2009b). Die in diesem Rahmen durchgeführte Expertenbefragung ergab bezogen auf die Zusammenarbeit im Team (Umgang mit Kritik, Konflikten, Delegation, Moderation, Partizipation etc.) einen hohen Handlungsbedarf. Aus den ersten Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung in der Hauptstudie des Projektes PEFiT lassen sich für Rehabilitationskliniken Verbesserungspotentiale in der internen Kommunikation, interdisziplinären Zusammenarbeit, Beteiligung von Mitarbeitern sowie der Organisation von Arbeitsabläufen und Entscheidungsprozessen ableiten. Die Ergebnisse von Teamanalysen in einer vorangegangenen Studie zeigten ebenfalls Bedarf an Interventionen zu Kommunikation, Führung, Einstellung zur Teamarbeit und zur Zusammenarbeit im Team (Körner, 2006). Der Bedarf an Teamentwicklungsmaßnahmen zum Aufbau einer internen Patientenorientierung wird höher eingeschätzt als der Bedarf an Schulungen zur partizipativen Entscheidungsfindung in der Behandler-Patient-Interaktion (Ergebnis der Expertenbefragung in der PEFiT-Studie, Körner, 2009b)

Die in der Studie PEFiT befragten Führungskräfte in Reha-Kliniken befürworten den Aufbau der internen Patientenorientierung, da sie sich Verbesserungen hinsichtlich der nachfolgend genannten Faktoren versprechen: Commitment der Mitarbeiter (Akzeptanz und Wertschätzung der Entscheidungen und Ziele, höhere Motivation, mehr Engagement, mehr Leistung, höhere Identifikation mit Team und Klinik), Stärkung der Gesamtverantwortung und Eigenverantwortung, mehr Transparenz und Verständnis, besserer (interdisziplinärer) Erfahrungs- und Informationsaustausch, weniger Konflikte, besseres Teamklima, höhere Arbeitszufriedenheit und Lerneffekte für das Team sowie Weiterentwicklung der Mitarbeiter (Körner, 2009 b).

Teamentwicklung hat in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen, da bei Aufbau und Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems in den Rehabilitationseinrichtungen vielfältige

Veränderungen in der Organisation und Kommunikation im Rehabilitationsteam notwendig sind. Organisations- und Teamentwicklungsmaßnahmen können diese Entwicklungsprozesse unterstützen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2000). Patientenorientierung ist dabei das zentrale Qualitätsmerkmal. Durch die Orientierung am Patienten werden Handlungsabläufe und somit auch Prozesse effizienter und die Qualität der Behandlung verbessert sich (Doberschütz, 2009). „Teams gelten als effektiv, wenn sie im Hinblick auf ihre Zielsetzungen, ihre Prozesse und Organisation und in ihrer Zusammenarbeit gut aufeinander abgestimmt sind“ (Stolzenberg & Gebeler, 2009). Die Patienten bzw. deren Behandlung sind der eigentliche „Zweck“ der Rehabilitation. Die Patientenorientierung ist damit ein wesentlicher Aspekt für innovative Teamentwicklung in medizinischen Einrichtungen. Patientenorientierte Teamarbeit würde dabei bedeuten, dass alle im Team sich am Ablauf der Behandlung der Patienten orientieren, um das gemeinsame Ziel zu erreichen. Hierfür muss klar sein, welche Professionen welchen Beitrag zur Behandlung leisten (arbeitsteilige Beteiligung der Berufsgruppen) und wie die Leistungen zu einem ganzheitlichen Behandlungskonzept integriert werden. Dies wiederum erfordert neue Aufgaben-, Rollenverteilungen, Modifikationen im beruflichen Handeln der einzelnen Professionen, neue Kooperationsformen und Schulung der Berufsgruppen in spezifischen Elementen von Zusammenarbeit, Management und Organisation (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

2.3 Epidemiologische, ökonomische und gesundheitspolitische Bedeutung des Themas

Aufgrund von aktuellen politischen (z.B. Gesundheitsreformen, Qualitätsmanagement) und wirtschaftlichen Gegebenheiten (z.B. DRG Einführung und Finanzknappheit, zunehmende Ökonomisierung, mangelnde personelle Ressourcen, steigender Wettbewerbsdruck) ist der Veränderungs- und Innovationsdruck für Organisationen in der Gesundheitsversorgung enorm gestiegen. Potential für eine effizientere Versorgung verbirgt sich dabei vor allem in der Versorgungsgestaltung (Systeme, Struktur, Organisation und Kommunikation) der Kliniken. Mündigere Patienten, innovative Versorgungsabläufe, neue Berufsgruppen, Teamkonstellationen etc. erfordern Modifizierungen des beruflichen Handelns der Einzelprofessionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Um auf die geänderten Marktbedingungen zu reagieren und dem Set an Anforderungen zukünftig gerecht zu werden, sind Struktur-, System- und Kommunikationsentwicklungen in den Kliniken erforderlich. Durch neue Strukturen im Sinne von Neudefinitionen von Aufgaben- und Rollenverteilungen und deren Integration zu einem Gesamtbehandlungskonzept können die personellen Ressourcen in einer Rehabilitationsklinik optimal eingesetzt werden und dadurch patientenorientierte effiziente Behandlungsabläufe implementiert werden. Durch systematische Analysen und Interventionen können die Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen transparent, zielführend und wirtschaftlich eingesetzt werden.

2.4 Relevanz der Fragestellung für die Versorgungspraxis

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) fordert durch eine Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patienten neue Kooperationsformen und eine bessere Integration der Behandlungsbausteine. Dabei wird ein effizienter bzw. kostengünstiger Personaleinsatz angestrebt. Die Neuadjustierung von Teams bzw. die Implementierung von Team-, Organisations- und Kommunikationsentwicklung ist relevant für die Versorgungspraxis, da die Patienten sich mehr Zeit und Wertschätzung von Seiten der Behandler wünschen, die Kliniken zunehmende Schwierigkeiten haben, Arztstellen zu besetzen und das Qualitätsmanagement strukturelle und prozessuale Veränderungen/Entwicklungen fordert. In der derzeit im Förderschwerpunkt geförderten Studie PEFiT (siehe auch 2.2) geben die Führungskräfte in den Kliniken an, dass insbesondere beim Aufbau der internen Patientenorientierung Handlungsbedarf und Verbesserungspotential besteht. Durch die patientenorientierte Teamentwicklung kann auf diesen Bedarf reagiert werden und es können Schnittstellen zwischen den verschiedenen Behandlungsbereichen optimiert, individuelle, flexible Behandlungspläne entwickelt und vereinbart und damit die Behandlungsqualität und der Behandlungserfolg verbessert werden.

3. Design und methodische Vorgehensweise

Die Studie ist multizentrisch angelegt und besteht aus zwei aufeinander aufbauenden Phasen:

(1) Konzeptualisierung eines patientenorientierten Teams und eines Teamentwicklungskonzeptes mit verschiedenen Interventionsbausteinen (Pilotstudie).

In einer Pilotstudie werden Führungskräfte und Mitarbeiter (Experten) unterschiedlicher Berufsgruppen sowie Patienten aus drei Kliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche zu den Dimensionen der internen Patientenorientierung (siehe Abschnitt 2.2) befragt, um Erfolgsfaktoren für ein patientenorientiertes Rehabilitationsteam zu generieren. Die Befragung erfolgt bei jeweils einem Behandlungsteam aus drei Interventionskliniken in Gruppeninterviews (pro Klinik ein Gruppeninterview mit Führungskräften und Mitarbeitern, $n=8-10$ pro Klinik, n gesamt ≥ 25). Die Patienten (je 8-10 pro Klinik, $n \geq 25$) werden in Fokusgruppen befragt. Dabei wird auf eine Gleichverteilung der Geschlechter geachtet, um zu überprüfen, ob sich die Erwartungen bezüglich des patientenorientierten Vorgehens im Rehabilitationsteam geschlechtsspezifisch unterscheiden. Ausgehend von diesen Befragungen und Literaturrecherchen werden die Dimensionen eines patientenorientierten Rehabilitationsteams festgelegt. Das erstellte Konzept eines patientenorientierten Rehabilitationsteams sowie die zu Beginn der Hauptstudie implementierten Analysen der Patientenorientierung in den Behandlungsteam sind die Basis für die Konzeptualisierung der Teamentwicklung-Interventionsbausteine für die Rehabilitationskliniken.

Als Grundlage für die Konzeptualisierung der Teamentwicklung-Interventionsbausteine werden das Phasenmodell des komplexen Problemlösens, der systemische Ansatz der Organisationsberatung sowie die verschiedenen Teamentwicklungsansätze (interpersonal-beziehungsorientierte, ziel- und

aufgabenorientierte, rollenbasierte und prozess- und problemlöseorientierte) herangezogen (Schiersmann & Thiel, 2009). Die Workshops werden neben Impulsreferaten hauptsächlich mit interaktiven Übungen zur kompetenzorientierten Teamentwicklung gestaltet (Schäffner & Bahrenburg, 2010). Die verschiedenen Interventionsbausteine (Vorträge, Trainings/Workshops, Coaching, Beratung) ergeben ein Gesamtkonzept der Teamentwicklung (siehe Anlage 1).

(2) Implementierung und Evaluation der patientenorientierten Teamentwicklung (Hauptstudie).

Um die Studie möglichst störungsfrei in den Ablauf der Kliniken zu implementieren, werden die in den Kliniken vorhandenen Teams für die Interventionen herangezogen. Das Reha-Team ist häufig in zwei bis vier Behandlungsteams, bestehend aus acht bis zehn Teammitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Sozialarbeiter) aufgeteilt. Diese Behandlungsteams treffen sich regelmäßig (i.d.R. zwei- bis dreimal pro Woche) zu Teambesprechungen. In diesen Besprechungen werden die Reha-Ziele vereinbart, die Behandlungsbausteine der Patienten geplant, die Behandlungsverläufe der Patienten besprochen, gesteuert und überwacht sowie sozialmedizinische Problemfälle diskutiert. Besteht ein Rehabilitationsteam aus mehreren Behandlungsteams so wird ein Behandlungsteam für die Intervention ausgewählt.

Da eine intensive Zusammenarbeit mit den Kliniken und den dort eingerichtete Koordinierungsgruppen (siehe Anlage 1) stattfindet, ist davon auszugehen, dass die Studie über das trainierte Behandlungsteam hinaus in der Klinik Effekte zeigen wird, findet die Befragung im gesamten Rehabilitationsteam statt. Mittels der Koordinierungsgruppe sollen in der gesamten Klinik Veränderungen im Informationsaustausch, in der Koordination und Kooperation zwischen den Behandlungsteams erzielt werden. Die Kontrolle, welche Teammitglieder die Teamentwicklung (Intervention) erhalten haben, wird über den Mitarbeiterfragbogen stattfinden. Die befragten Mitarbeiter geben im Fragebogen an, ob sie die Intervention und welche Interventionsbausteine sie erhalten haben. Dies ermöglicht eine separate Betrachtung der Teammitglieder des Behandlungsteams, welche die Intervention erhalten haben mit den ggf. vorhandenen Behandlungsteams, welche die Intervention nicht erhalten haben. Die Kontrollgruppe sind die Mitarbeiter der Rehabilitationsteams aus jeweils vergleichbaren Rehabilitationskliniken.

Um nachhaltige Effekte zu erzielen, erstreckt sich die Durchführung der verschiedenen Interventionen der Teamentwicklung (Vorträge zur Teamarbeit und Teamentwicklung, Workshops mit dem interprofessionellen Team, Teamcoaching; Beratung und Coaching der Teamleitung) in den einzelnen Kliniken auf ein halbes Jahr. Eine cluster-randomisierte Interventionsstudie mit einer Kontrollgruppe und einem Messwiederholungsdesign (Messzeitpunkte: t_1 vor der Implementierung, t_2 nach der Intervention, t_3 sechs Monate nach der Intervention) wird für die Evaluation des Interventionsprogramms eingesetzt (s. Abb.1).

Für die Evaluation der Intervention „Teamentwicklung“ werden die von der Intervention betroffenen Teammitglieder, die Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik als auch die Patienten zu den in Tabelle 1 genannten Kriterien befragt. Primäre Zielgröße sowohl bei den Mitarbeitern des Reha-Teams als

auch bei den Patienten ist die **Patientenorientierung** (s. Tab. 1). Sekundär werden die mitarbeiter- und patientenrelevanten Ergebniskriterien zur Evaluation der Intervention herangezogen.

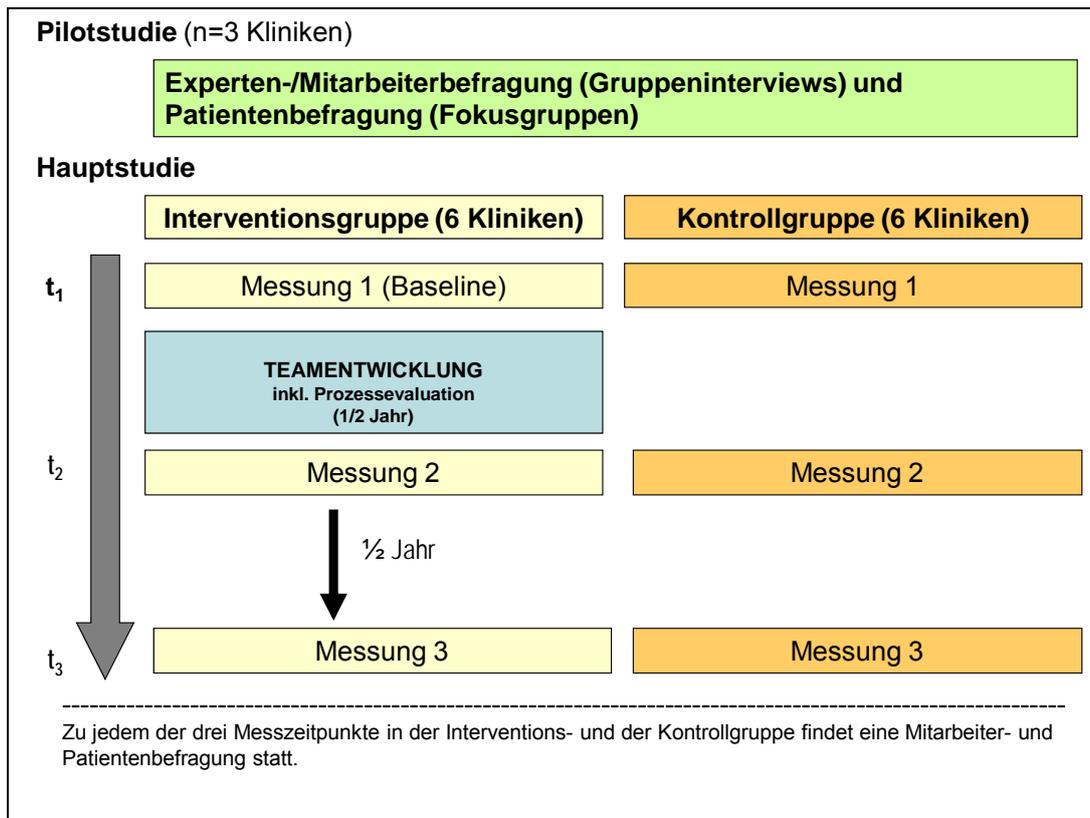


Abb.1: Studiendesign

Tabelle 1: Evaluationskriterien, Operationalisierungen und Instrumente

Evaluationskriterien	Mitarbeiter der Rehabilitationsteams	Patientenstichprobe der Rehabilitationskliniken
Primäre Zielgröße		
Patientenorientierung	Selbstkonstruierter Fragebogen zur Erfassung der Patientenorientierung aus Sicht der Mitarbeiter des Rehabilitationsteams und der Patienten	
Sekundäre Zielgrößen		
Teamarbeit	Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT, Kauffeld, 2004); Interne Organisation und Kommunikation (Skala aus dem MiZu-Reha, Farin et al., 2000)	Globalitems zur Koordination der Behandlung, der Absprachen im Team
Partizipative Entscheidungsfindung	Mitarbeiterfragebogen zur Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung (MU-PEF) (in Anlehnung an Simon et al., 2006) ¹⁾	Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung –revidierte 9 Item Fassung (PEF-FB-9 bzw. SDM-Q-9) (Kriston et al., 2010, in press)
Weitere Zielgrößen (Mitarbeiter- und patientenrelevante Ergebniskriterien)		
Zufriedenheit	Einzelitems aus dem MiZu-Reha (Farin et al., 2000)	ZUF-8 (Schmidt & Wittmann, 2002)
Erfolg	Die Bewertung der Qualität der Leistungserbringung, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit (Globalitems) Die Bewertung der Qualität der Leistungserbringung, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit (Globalitems)	Behandlungserfolg: SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998)

¹⁾ Der Fragebogen wurde im Rahmen der derzeit im Förderschwerpunkt laufenden Studie PEFiT erstellt und evaluiert.

Mitarbeiterfragebogen

Die schriftliche **Mitarbeiterbefragung** besteht aus einem selbstkonzipierten Instrument zur Erfassung der Patientenorientierung sowie mehreren standardisierten Fragebogen und selbst entwickelten Items. Die Instruktionen zu den einzelnen Instrumenten werden zu einer Gesamtinstruktion gebündelt. Um eine hohe Anonymität der Teammitglieder zu gewährleisten, werden die „Angaben zur Person“ und „zum Team“ auf einige wenige Einzelitems reduziert. Die Teamstruktur lässt sich durch die Teamgröße und –zusammensetzung bestimmen. Das Teammodell wird durch zwei Items „Organisation und Management“ und „Kommunikationspraxis“ (Eigenkonstruktion im Rahmen des Projektes „Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation“, die jeweils zwei Ausprägungen (multi- oder interdisziplinär) annehmen können, determiniert. Dabei kann ein Team als

multi-, interdisziplinär oder als Mischmodell charakterisiert werden (Körner, 2006; 2010b). Zudem wird bei dem zweiten Erhebungszeitpunkt ein Item im Fragebogen sein, in welchem die Befragten angeben, ob sie die Intervention erhalten haben. Die Mitglieder des Teams, welche die Teamentwicklungs-Intervention erhalten haben, werden zusätzlich einer formativen Evaluation unterzogen (s. unten).

Zur Erfassung der Patientenorientierung wird ein Fragebogen neu konzipiert, welcher sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten eingesetzt werden kann und die Struktur, Kultur und Interaktion erfasst. Dabei werden Information, Kommunikation, Partizipation und Kooperation wichtige Teilbereiche sein, die gemessen werden. Einzelne Skalen wurden bereits in der Studie PEFiT (s.o.) psychometrisch überprüft. Umfangreiche testtheoretische Analysen werden derzeit gerade vorgenommen.

Zusätzlich wird die Skala *Betriebsklima (7 Items)* aus dem MiZu-Reha (Farin et al., 2001) verwendet. Die Skala fragt nach Spannungen unter Kollegen, nach Hilfsbereitschaft, Vertrauen, Offenheit und Erfahrungsaustausch unter den Mitarbeitern.

Der **Mitarbeiterfragebogen zur Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung (MUP-PEF)** wurde ebenfalls im Rahmen der Studie PEFiT entwickelt. Der Fragebogen basiert auf dem Patientenfragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung - PEF-FB-9 (Simon et al., 2006, Kriston et al., 2010) (Informationen zum Fragebogen: siehe unten). Mit neun Items werden die Prozesselemente der partizipativen Entscheidungsfindung aus der Mitarbeiterperspektive erfasst. Die Items sind sechsstufig und in der Ich-Form formuliert, z.B. „Ich teile den Patienten ausdrücklich mit, dass eine Entscheidung getroffen werden muss“. Die Reliabilität der Skala ist wie auch vom PEF-FB-9 hoch (Cronbach's Alpha beträgt .9). Alle Items laden auf einen Faktor (62,4% Varianzaufklärung).

Für die Interaktion und Leistungen im Team wird der standardisierte **Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT)**, Kauffeld, 2004) eingesetzt. Mit seinen 24 (bipolaren sechsstufigen) Items ist er ein ökonomisches Instrument zur Analyse von Teamprozessen. Der Fragebogen ist universell (für ver-

schiedene Formen von Teams) einsetzbar, psychometrisch in verschiedenen Kontexten (auch in der Rehabilitation, siehe Körner, 2006) überprüft und ermöglicht eine verhaltensnahe und umfassende Beschreibung der Zusammenarbeit im Team sowie die direkte Ableitung von Handlungsempfehlungen zum Einsatz von Teamentwicklung. Der FAT besteht aus zwei Skalen die hierarchisch aufeinander aufbauen „Strukturorientierung“ und „Personenorientierung“, die in jeweils zwei Subskalen unterteilt werden können. Der Fragebogen besitzt eine hohe Objektivität, die Reliabilitäten (Cronbach's Alpha .84 bis .90) sind zufriedenstellend bis gut. Die Validität wurde durch die Zusammenhänge der Subskalen mit der Produktivität ($r=.19$ bis $.48$), dem subjektiv eingeschätzten Arbeitserfolg ($r=.56$ bis $.72$) und der Arbeitszufriedenheit ($r=.21$ bis $.45$) nachgewiesen (Kauffeld & Frieling, 2001; Kauffeld, 2004). Die Werte für die Reliabilitäten in der medizinischen Rehabilitation sind vergleichbar bzw. etwas höher als die von Kauffeld und Frieling (2001) angegebenen Werte (Strukturorientierung $r=.83$ und für die Personenorientierung $r=.89$). Auch die Validität ist zufriedenstellend. Die Korrelationen mit Globalitems zur Teamarbeit und -leistung sind mittelmäßig bis hoch (Körner, 2006). Mittels der Skala *Interne Organisation und Kommunikation aus dem MiZu-Reha* (10 Items) wird die Qualität der internen Organisations- und Kommunikationsprozesse ermittelt. Es wird z.B. nach der Klarheit der Zuständigkeiten und dem Informationsaustausch gefragt.

Der psychometrisch überprüfte **Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit MiZu-Reha** (Farin et al., 2000, 2002) besteht aus den drei inhaltlich bereits beschriebenen Skalen: Betriebsklima, Führungsstil des nächsten Vorgesetzten und Interne Organisation und Kommunikation (siehe oben). Die Skalen werden mit insgesamt 31 bipolaren sechsstufigen Items abgefragt. Für die Skalenwerte des MiZu-Reha werden die Mittelwerte berechnet und mit dem Faktor zwei multipliziert. Hierfür werden die möglichen Werte der Ratingskala (1 bis 6) zunächst auf Werte zwischen 0 bis 5 transformiert. Somit ergibt sich für die resultierenden Mittelwerte ein Range von 0 bis 10. Höhere Werte entsprechen höherer Zufriedenheit. Die Standardabweichungen sind klein, wenn die Werte einer Klinik bzw. Berufsgruppe homogen sind. Zudem werden einzelne deskriptiv auszuwertenden Einzelitems aus den Themenblöcken: Allgemeine Arbeitszufriedenheit (12 fünfstufige Items) und Schwachstellen (7 vierstufig Items) sowie der Items zur wahrgenommenen Patientenzufriedenheit aus dem MiZu-Reha (10 Items) verwendet. Die Skalen des MiZu-Reha wurden faktorenanalytisch bestätigt und weisen gute bis sehr gute Kennwerte für die Reliabilität auf (Cronbach's Alpha: .86 bis .95). Die mittleren Trennschärfen der Items sind zufriedenstellend; sie liegen zwischen .61 und .73. Es liegen Hinweise auf konkurrente bzw. diskriminante Validität vor, da die Skalen hoch mit den inhaltsverwandten, aber von den Skalen unabhängigen Indikatoren der Arbeitszufriedenheit (Einzelitems zur Allgemeinen Arbeitszufriedenheit; $r=.61$ bis $.81$) korrelieren. Mit den nicht inhaltsverwandten Einzelitems korrelieren sie hingegen gering ($r=.11$ bis $r=.54$) (Farin et al., 2002).

Weitere **Globalitems bzw. Skalen** sind für die Studie zur Erfassung von **Information, Kommunikation und Partizipation** (externe Patientenorientierung) sowie der **Akzeptanz** und des **Erfolgs** noch zu entwickeln.

Patientenfragebogen

Bei der **Patientenbefragung** wird der identische Fragebogen zur Erfassung der Patientenorientierung wie für die Mitarbeiter eingesetzt. Dies ist ein selbstentwickelter Fragebogen, welcher die verschiedenen Facetten der Patientenorientierung abdeckt (s.o. Mitarbeiterbefragung und Kap. 2).

Mit dem **PEF-FB-9 (Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung)** (Simon et al., 2006; Kriston et al., 2010) wird mit neun sechs-stufigen Likert-skalierten Items die Wahrnehmung der Entscheidungsfindung aus der Perspektive der Patienten erfasst. Die neun Items orientierten sich an neun Prozesselementen der partizipativen Entscheidungsfindung. Die Objektivität ist durch die standardisierte Form der Durchführung, Auswertung und Interpretation gegeben. Hohe interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha .94) und hohe Trennschärfen der einzelnen Items sprechen für eine gute Reliabilität. Die Konstruktvalidität zeigt sich darin, dass alle Items auf einen Faktor (62,4% Varianzaufklärung) laden. Die Inhaltsvalidität ist durch die theoriegeleitete Entwicklung und die konsensbasierte Definition des zu erfassenden Konstrukts gegeben (Kriston et al., 2010).

Der **Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8** (Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989; Schmidt & Wittmann, 2002) ist ein sehr ökonomisches Verfahren. Er erfasst mit acht Items die globale Zufriedenheit mit den klinischen Aspekten der Versorgung. Für die ZUF-8-Skala wurde in allen Studien gute Reliabilitätskennwerte ermittelt (interne Konsistenzen: Cronbachs Alpha zwischen .87 und .93).

Der **SF-12** ist mit 12 Items eine ökonomische Kurzform des **SF- 36 Health Survey**. Der Fragebogen ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Er ist als Instrument zur Erfassung von Therapieerfolgen mittels subjektiver Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität durch Patientengruppen konzipiert. Es wurde festgestellt, dass die beiden übergeordneten Dimensionen körperliche und psychische Gesundheit 80-85% der Varianz der acht Skalen (Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Schmerz, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden) des SF-36 aufklären. So ist der Einsatz der Kurzform ohne schwerwiegenden Verlust an Informationen möglich (Bullinger, 1998; Radoschewski & Bellach, 1999; Ware, Kosinski, Turner-Bowker, Gandek, 2002).

Zudem werden eine Reihe von **Globalitems** und Skalen zur Erfassung des Team- und Klinikklima, der Absprachen im Team, der externen Patientenorientierung¹, Behandlungs-, Informations-, Beratungs- und Interaktionsqualität aus Sicht der Patienten im Rahmen der Studie konzipiert.

Ergänzend werden Kovariaten erhoben. In Anlehnung an die Empfehlungen von Deck und Röcklein (1999) werden **ein soziodemographischer Kerndatensatz** sowie sozioökonomische Parameter erfasst.

¹ Bei einer Förderung des von der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Dr. Härter beantragten Projektes zu den Dimensionen der Patientenorientierung, wird ggf. auch auf das in diesem Projekt entwickelte Instrument zurückgegriffen.

Teamentwicklungs-Interventionsprogramm

Das **Teamentwicklungskonzept** wird basierend auf den Pilotstudienresultaten entwickelt. Das derzeitige Konzept ist in der Anlage 1 dargestellt. Die **Intervention** beinhaltet zwei Vorträge, drei Workshops und begleitendes Coaching und Beratung. Zur Unterstützung des Transfers in den klinisch-rehabilitativen Alltag wird in den Kliniken eine **Koordinationsgruppe** gebildet. Die Vorträge werden von der Antragsstellerin und den Projektmitarbeitern gehalten. Das Coaching und die Workshops werden in Zusammenarbeit mit Herrn Dipl.-Psych. Rundel von GQE durchgeführt. Einzelne Elemente des Teamentwicklungskonzept wurden bereits in einer Klinik getestet. Die Akzeptanz der Intervention war hoch und es konnten wichtige Impulse für weitere Entwicklungen im Team gegeben werden. Für das Training werden Fortbildungspunkte für Ärzte und Psychotherapeuten bei den Kammern beantragt.

Vor der Durchführung der Intervention wird eine erste Teamanalyse (Instrumente siehe Tabelle 1, Spalte 2) zur Erfassung des Ist-Zustandes der Teamarbeit und Patientenorientierung durchgeführt. Unmittelbar nach der gesamten Intervention sowie nach einem halben Jahr erfolgt eine erneute Teamanalyse, um die Intervention zu evaluieren und bei der zweiten Post-Messung die Stabilität der Effekte bzw. die Nachhaltigkeit der Intervention sowie die Selbstregulationsmechanismen im Team zu überprüfen. Ebenfalls eine summarische Evaluation findet durch die Befragung von Patientenstichproben zu den drei Messzeitpunkten statt.

Im Sinne der **Prozessevaluation** werden bei dem Behandlungsteam, welches das Teamentwicklungs-Interventionsprogramm bekommt, die einzelnen Trainingsbestandteile jeweils im Anschluss überprüft. Hierzu wird ein standardisiertes ökonomisches Instrument des Bildungscontrollings (das Maßnahmen-Erfolgsinventar) sowie selbstgenerierte Items eingesetzt. Das „**Maßnahmen-Erfolgsinventar (MEI)**“ - von Kauffeld, Brennecke, Strack 2009 evaluiert in der Kurzform mit 14 Items die einzelnen Bausteine auf den vier Ebenen: Reaktionen (Zufriedenheit und Nützlichkeit), Lernen (Wissenszuwachs, Selbstwirksamkeitsüberzeugung), Verhalten (Anwendung in der Praxis, Kompetenz) und Resultate (Individuelle und organisationale Ergebnisse). Der MEI differenziert zuverlässig zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Weiterbildungsmaßnahmen (Kauffeld et al., 2009). Die inhaltspezifischen Items werden für die jeweiligen Einheiten entsprechend konzipiert. Durch die systematische Abfrage der „Hausaufgaben“ (des Transfers des Gelernten in den Alltag) zu Beginn des nächsten Workshops (Feedback durch die Teammitglieder) werden ebenfalls Informationen zur Akzeptanz, Anwendung, Aufwand und Nutzen der Intervention gewonnen. Zur Überprüfung der Treatmentintegrität der einzelnen Interventionsbausteine findet zudem eine **Verlaufsdokumentation** der Trainings statt.

Die **Stichprobe** wird aus südbadischen Kliniken rekrutiert. Es konnten 20 Kliniken (siehe 8.3) gewonnen werden, um selbst bei einem Drop-out von 30-40% noch 12 Kliniken zur Verfügung zu

haben. Die Zuteilung der Kliniken zur Interventions- und Kontrollgruppe erfolgt mittels der Matched-Pair-Technik. Es werden bezüglich des Indikationsbereichs und der Klinikgröße zwei möglichst identische Gruppen (Matched Groups) gebildet.

Befragung der Mitarbeiter des Reha-Teams

Die Rehabilitationsteams in den Kliniken sind in Abhängigkeit von der Bettenzahl unterschiedlich groß. Durchschnittlich kann man von **Reha-Teams** mit ca. 40 Teammitgliedern (d.h. pro Gruppe ca. 240 Behandler unterschiedlicher Berufsgruppen) ausgehen (Einschlusskriterium: Alle Mitarbeiter/Berufsgruppen, die unmittelbar an der Behandlung der Patienten beteiligt sind). Bei einem Drop-out von 25% (n=60) der Teammitglieder ist noch eine ausreichend große Stichprobe (n=180; statistisch nach Berechnungen mit G-Power sind erforderlich: n=164 pro Gruppe) für den Nachweis eines kleinen Effekts ($f=.10$, $\alpha=.05$, Power= .80, $r=.5$) für die primäre Zielgröße „Patientenorientierung“ durch eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung vorhanden. Diese Stichprobe ist dann auch ausreichend für andere statistische Berechnungen. Wird die Intervention lediglich in einem Behandlungsteam (Subteam des Reha-Teams) durchgeführt, dann kann auch eine Subgruppenanalyse der Teammitglieder, die eine Intervention erhalten haben, durchgeführt werden. Für den Nachweis eines mittleren Effektes mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit drei Messwiederholungen ($f=.25$, $\alpha=.05$, Power= .80, $r=.5$) werden hierzu 27 Mitarbeiter benötigt.

Patientenbefragung

Zu allen drei Messzeitpunkten werden auch die in der Klinik behandelten Patienten/Rehabilitanden (Mehr-Punkt-Querschnittserhebung, d.h. zu jedem Messzeitpunkt neu zu rekrutierende Patientstichproben) befragt, um zu überprüfen, ob die Teamentwicklung auch bei den Patienten zu einer verbesserten Einschätzung der Patientenorientierung führt. Hierzu sind für die prä-post-Vergleiche (t-Test für unabhängige Stichproben) bei der konservativen Annahme eines kleinen Effektes ($d=.20$, $\alpha=.05$, Power= .80, $r=.5$) Stichproben von n= 310 pro Gruppe erforderlich. D.h. pro Messzeitpunkt sind 620 und insgesamt 1860 Rehabilitanden zu befragen. In die Studie werden alle Patienten aufgenommen, welche die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: (1) sich zu einem der drei Erhebungszeitpunkten in einer Rehabilitationsmaßnahme in einer der beteiligten Rehabilitationsklinik befinden, (2) im Alter zwischen 18 und 65 Jahre sind, (3) über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, (4) keine kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. aufgrund von neurologischer oder akuter psychischer (psychotischer, suchtmittelinduzierter) Erkrankung, Demenz, geistige Behinderung) haben und (5) von denen eine schriftliche informierte Zustimmung vorliegt. Es sind bei der Berücksichtigung einer Drop-out-Rate von 25% 388 Patienten pro Gruppe und Messzeitpunkt und zu jedem Messzeitpunkt rund 70 Patienten pro Klinik zu rekrutieren. Die errechneten Stichproben sind ausreichend für alle weiteren varianz- und regressionsanalytische Auswertungen.

Die **Auswertung** der Experten-/Mitarbeiterbefragungen (Gruppeninterviews) als auch der Patientenbefragungen (Fokusgruppen) erfolgt qualitativ (Inhaltsanalyse nach Mayring, 2003), bei ent-

sprechend vorbereiteten standardisierten Items quantitativ (deskriptiv-explorativ). Die Auswertungen der Hauptstudie (Evaluation der Intervention mittels Teamanalyse und Patientenbefragungen) werden mit Hilfe von quantitativen Methoden (deskriptiv-evaluativ als auch inferenzstatistisch mittels SPSS, PASW Statistics 18) ausgewertet.

Die Auswertung der Daten in der Hauptstudie erfolgt sowohl explorativ als auch inferenzstatistisch. Die Daten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe werden über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg miteinander verglichen. Hierzu werden Mittelwertvergleiche unter Kontrolle der Kovariaten (Kovarianzanalyse und Regressionsanalyse) angewendet. Postulierte Kausalitätsannahmen werden mittels Regressionsanalysen und Strukturgleichungsmodellen überprüft. Um trotz der Parallelisierung vorliegende etwaige Strukturunterschiede zu berücksichtigen, werden zentrale Mitarbeiter- und Patientenmerkmale als Kovariaten kontrolliert. Die Daten werden begleitend mittels Varianz- und Regressionsanalysen bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede überprüft. Eine Analyse der Missing Data-Prozesse, die einzelnen fehlenden Werten und dem Drop-Out von Patienten zugrunde liegen, wird vor den Berechnungen durchgeführt. Es werden die empfohlenen Standards zum Umgang mit Missing Data zur Korrektur von Informationsbiases angewendet (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein & Köller, 2007; Schafer & Graham, 2002). Insbesondere werden fehlende Werte mittels des Expectations-Maximization-Algorithmus imputiert, wenn die Daten vollständig oder bedingt zufällig fehlen. Außerdem werden Sensitivitätsanalysen zur empirischen Analyse des Einflusses von Missing Data Prozessen vollzogen.

5. Nutzen und Verwendungsmöglichkeiten

Durch den Aufbau einer patientenorientierten Team- und damit auch Klinikkultur (regelmäßige Befragungen, Teamsitzungen, strukturierte Gespräche, Führung etc.) können Versorgungs- und Qualitätsdefizite abgebaut werden und die Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Eine Optimierung der Kommunikation und Kooperation erhöht zudem die Qualität und die Patientensicherheit. Auf Seiten der Mitarbeiter sind durch sinnvolle Arbeitsteilung entsprechend der jeweiligen Qualifikationen und Kompetenzen eine hohe Zufriedenheit und damit einhergehend eine geringere Fluktuation zu erwarten. Auch das Wohlbefinden bzw. der Gesundheitszustand der Teammitglieder kann sich durch Teamentwicklung verbessern.

Um die veränderte Rollen- und Aufgabenverteilung und das veränderte Interaktionsverhalten der Behandler nachhaltig zu implementieren ist ein Teamentwicklungsprozess anzustoßen, welcher nach anfänglicher Unterstützung durch das System bzw. das Team selbst fortgeführt werden kann. Mit dem Nachweis, dass das Analyse- und Interventionsprogramm zum Aufbau eines patientenorientierten Teamarbeitssystems erfolgreich eingesetzt werden kann, kann es auch auf andere Versorgungsbereiche (Akutkliniken, Versorgungszentren etc.) adaptiert werden und sollte auch in die Ausbildungscurricula für verschiedene Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden.

5. Ethische/rechtliche Gesichtspunkte (inkl. Datenschutzkonzept)

Die Studie sowie alle eingesetzten Instrumente und Informationsschreiben werden vor der Durchführung der Ethikkommission der Universität Freiburg zur Begutachtung vorgelegt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass keine ethischen Bedenken vorliegen.

Für die Befragungen in den jeweiligen Rehabilitationskliniken ist neben der Zustimmung der Klinikleitungen auch die der Personalvertretung einzuholen. Die Beteiligung an der Studie ist für die Kliniken, Mitarbeiter und Patienten freiwillig. Eine Nicht-Beteiligung hat keinerlei negative Konsequenzen zur Folge. Die Befragung der Mitarbeiter als auch der Patienten erfolgt anonym. Es werden keine personenbezogenen Daten erhoben.

Die Daten aus den mündlichen Befragungen der Experten und Patienten in der Pilotstudie werden bei der Transkription von den Forschungsmitarbeitern anonymisiert, so dass im Nachhinein keine Zuordnung von Inhalten zu Personen möglich ist. Die Patienten bekommen im Vorfeld der Fokusgruppen eine Patienteninformation mit schriftlicher Einwilligung gemäß den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund, so dass sie sich vorab über das Forschungsvorhaben umfangreich informieren können, um eine informierte Einwilligung abgeben zu können.

Die Patienten erhalten in der Hauptstudie mit dem auszufüllenden Fragebogen ein Informationsschreiben (Patienteninformation ohne schriftliche Einwilligung), in welchem darauf hingewiesen wird, dass die Befragung freiwillig und anonym ist und eine Nichtbeteiligung keinerlei negative Konsequenzen nach sich ziehen wird. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass keine Zusatzinformationen auf Krankenblattakten etc. erhoben werden und dass das Forschungsvorhaben im eigenen Interesse des Forschungsinstituts erfolgt und von der Reha-Einrichtung unterstützt wird. Ein weiterer Hinweis ist, dass die Daten lediglich für die Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung eingesetzt werden und darüber hinaus keine Verwendung finden und auch nicht an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger) weitergegeben werden. Die Patienteninformation wird entsprechend der Vorschläge der Deutschen Rentenversicherung Bund „Gestaltung der Patienteninformation ohne schriftliche Einwilligung“ bei Beginn der Studie ausgearbeitet. Die Patienten erhalten mit dem Fragebogen einen Briefumschlag, welchen sie verschlossen in ein extra dafür eingerichtetes Briefkasten in der Rehabilitationsklinik einwerfen können. Die Fragebogen werden in der Klinik gesammelt und an die Forschungseinrichtung (Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie) gesendet.

Vor Beginn der Mitarbeiterbefragung wird die Einwilligung der Personalvertreter/Betriebsrat in den Kliniken eingeholt. Die Befragung ist freiwillig und anonym. Die Mitarbeiter erhalten einen Briefumschlag, mit welchem sie die Fragebogen ohne Gebühren an die Forschungsmitarbeiter der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie senden können.

Alle Daten werden von Projektmitarbeitern eingegeben. Es werden keine Daten mit Personenbezug veröffentlicht oder an Dritte (Kliniken, Rentenversicherung etc.) weitergegeben. Die Daten sind nur für die Mitarbeiter des Forschungsprojektes zugänglich. Nach Abschluss des Projektes werden

die Originaldaten auf haltbaren und gesicherten Trägern der Projektgruppe entsprechend der Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der DFG noch 10 Jahre aufbewahrt.

6. Arbeits- und Zeitplan/Meilensteinplanung: siehe Anlage

7. Finanzierungsplan (siehe AZA 4)

Monate/Jahr	5-12/2011	1-12/2012	1-12/2013	1-4/2014	Summe
Personal					
50% Wiss. Mitarbeiter (TV-L14)	19.308,64	28.962,96	28.962,96	9.654,32	86.888,88
50% Wiss. Mitarbeiter (TV L13)	17.966,28	26.949,42	26.949,42	8.983,14	80.848,26
Studentische Hilfskräfte (2x30 Std. im Monat)	4.834,00	7.251,00	7.251,00	2.417,00	21.753,00
Verbrauchsmaterial	2.252,00	4.302,00	2.302,00		8.856,00
Geschäftsbedarf/Literatur	50,00	100,00	100,00	50,00	300,00
Vergabe von Aufträgen	4.998,00	9.996,00	4.998,00	0	19.992,00
Dienstreisen					
Anfahrt zu den Kliniken Pilotstudie	600,00				600,00
Anfahrt zu den Kliniken Hauptstudie	1.200,00	1.800,00	2.400,00		5.400,00
Kongressreisen national (2-3 im Jahr) und international (2 in drei Jahren)	600,00	500,00	600,00	900,00	2.600,00
	1.000,00	1.000,00	1.000,00		3.000,00
TOTAL (gerundet)	52.809,--	80.861,--	74.563,--	22.004,--	230.237,--

7.1 Personal

189.490,14

50% Diplom-Psychologin (Promoviert), TV-L, E14

80,888,88

Aufgaben: Projektkoordination, Durchführung der Teamentwicklung, Beratung und Coaching der Kliniken, Auswertungen der Daten, Publikationen

50% Diplom-Psychologin/Diplom-Pädagogin (Doktorandin) TV-L, E13

80.848,26

Aufgaben: Unterstützung bei der Teamentwicklung, Entwicklung des Instrumentariums, Durchführung der Befragungen in der Pilot- und Hauptstudie, Datenmanagement, -auswertungen, Publikationen

Zwei wissenschaftliche Hilfskräfte (2x30 Stunden pro Monat) für drei Jahre

21.753,00

Aufgaben: Unterstützung der Projektmitarbeiter, Datenmanagement, Transkription (Pilotstudie), Dateneingabe Hauptstudie,

7.2 Verbrauchsmaterial

9.156,--Euro

Materialien für die Pilotstudie und Informationsmaterial

Pilotstudie (Namensschilder, Tischvorlagen, Ergebnisberichte)

100,--Euro

Informationsmaterial zur Studie (Flyer)

100,--Euro

Versand der Flyer an die Kliniken (Porto)

50,--Euro

Materialien für die Hauptstudie

Mitarbeiterbefragung

1.440,--Euro

12 Kliniken, 40 Fragebogen, 20 Seiten, 3 Erhebungen;
0,05 Euro pro Kopie

Porto Versand Fragebogen 12 Kliniken 3 x 1 Paket (pauschal 10 Euro)

360,-- Euro

Rückporto (Rücklauf von 75% = 30 pro Klinik), 1,45 Euro Porto

1.566,-- Euro

Patientenbefragung

2.520,--Euro

12 Kliniken, 70 Fragebogen, 20 Seiten, 3 Erhebungszeitpunkte,
0,05 Euro pro Kopie, Porto (hin und zurück)

720,-- Euro

Trainingsmaterial für die Teilnehmer an den Interventionen

2.000,-- Euro

(Schulungsmappe,-unterlagen, Evaluationsbögen etc.)
sowie für die Trainingsleitung (Metaplankarten etc.)

Allgemeiner Geschäftsbedarf v.a. Literaturbeschaffungskosten

(100 Euro pro Jahr) 300,-- Euro

7.3 Reisen

11.600,-- Euro

Fahrt zu den Kliniken (Pilotstudie), je Klinik zwei Termine (Mitarbeiter- und Patientenbefragung)	
3 Kliniken (mittlere Fahrtstrecke: 250 km à 0,40 Euro = 100 Euro)	600,-- Euro
Fahrt zu den 12 Kliniken zur Vorstellung der Studie	1.200,--Euro
Fahrt zu den 6 Kliniken der Kontrollgruppe zur Präsentation der Ergebnisse	600,-- Euro
Fahrt zu den 6 Kliniken (Hauptstudie), je Klinik 6 Termine (3 x Workshop, 2 x Vorträge und einmal Ergebnispräsentation) (mittlere Fahrtstrecke: 250 km à 0,40 Euro = 100 Euro)	3.600,-- Euro
Kongressreisen	
- national	2.600,-- Euro
- drei internationale Kongresse	3.000,-- Euro

7.4 Vergabe von Aufträgen (siehe auch beiliegendes Angebot)

7.5 Investitionen -keine-

7.6 Co-Finanzierung durch Dritte - nicht vorhanden-

7.7 Weitere Förderung - nicht vorhanden-

8. Projektmanagement

8.1 Verantwortliche/Beteiligte Dr. Mirjam Körner (Projektleiterin), Dr. Ulrich Stößel, Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Hebelstr. 29, 79085 Freiburg, Tel. + 49 761/203-5519, Fax: -5516, E-Mail: mirjam.koerner@medsoz.uni-freiburg.de

8.2 Vorleistungen beteiligter Wissenschaftler/innen mit Angaben zu eigenen Publikationen

Die Antragstellerin leitet das Projekt „Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (Akronym: PEFiT)“ im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ und hat bereits vielfältige theoretische und praktische Erfahrungen im Bereich der Teamanalyse und Teamentwicklung.

Körner, M. & Bengel, J. (2005). Teamanalyse und Teamentwicklung als Maßnahme des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 17, 154-163.

Körner, M. (2006). Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation. Regensburg: Roderer-Verlag.

Körner, M. (2008). Team analysis and team development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5. <http://www.egms.de/pdf/journals/psm/2008-5/psm000046.pdf>

Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Versorgungsgestaltung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 160 -165.

Körner, M. (2010). Patientenorientierte interne Kommunikation. Hoefert, H.-W. & Härter, M. (Hrsg.). *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Buchreihe Organisation und Medizin (S.33-50). Göttingen: Hogrefe.

Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team model. *Clinical Rehabilitation*, 24: 745-755.

8.3 Unterstützende Einrichtungen/Kooperationspartner

1. Prof. Dr. med. B. Fromm, Reha-Klinik Sigmund-Weil GmbH, Professor-Kurt-Sauer-Str. 4, 76669 Bad Schönborn
2. Dr. med. Wilfried Callenius, Psychosomatische Fachklinik Schömburg GmbH, Dr. Schröder-Weg 12, 75328 Schömburg
3. Dr. med. Dipl.-Psych. C. Derra, Reha-Zentrum Bad Mergentheim, Klinik Taubertal, Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
4. Dr. med. Klaus Amann, Rehabilitationsklinik Birkenbuck, Birkenbuck 4, 79429 Malsburg-Marzell
5. Reha-Zentrum Schömburg, Klinik Schwarzwald, Römerweg 50, 75328 Schömburg
6. Dr. med. H.-J. Hesselschwerdt, Theresienklinik, Herbert-Hellmann-Allee 11, 79189 Bad Krozingen
7. Dr. med. H.-J. Leyhausen, Reha-Zentrum Bad Dürrhein, Klinik Hüttenbühl, Wittmannstalstr. 5, 78073 Bad Dürrhein
8. Dipl.-Psych. Enja Pommerenk, Asklepios Klinik Triberg, Ludwigstr. 1-2, 78098 Triberg
9. Dipl.-Psych. Susanne Weißenberger, Klinik Dr. Vötisch, Herderstr. 10, 97980 Bad Mergentheim
10. Frau Dr. med. Liliana Fischer, Rehaklinik St. Landelin, Riedstr. 13, 79336 Herbolzheim
11. Ärztliche Leitung, Rehaklinik Kandertal, Kandertal 1, 79429 Malsburg-Marzell
12. Dr. med. M. Schoof, Schussental-Klinik, 88326 Aulendorf
13. Park-Klinikum Lazariterhof., Herbert-Hellmann-Allee 38, 79189 Bad-Krozingen
14. Park-Klinikum Klinik Baden, Herbert-Hellmann-Allee 44, 79189 Bad Krozingen
15. Dr. med. Karin Bagheri-Fam, Breisgau-Klinik, 79189 Bad Krozingen
16. Fachklinik Waldbronn, Gisela-und-Hans-Ruland-Str. 1, 79337 Waldbronn
17. Reha-Klinik Glöcklehof, Hinterhäuser 21, 79859 Schluchsee-Hinterhäuser
18. Dr. Habedank, Sankt Rochus Klinik, Sankt-Rochus-Allee 1-11, 76669 Bad Schönborn
19. Dr. Frey, Waldklinik Dobel, Neuenbürger Str. 49, 75335 Dobel (evtl.)
20. De'IGNES Fachklinik GmbH, Margrafenstr. 17, 72213 Altensteig

Weitere Kooperationspartner:

Methodenzentrum des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Freiburg Bad-Säckingen, Dr. Harald Seelig, Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg, Engelbergerstr. 41, 79106 Freiburg, Fon +49 (0)761 203 3020, Fax +49 (0)761 203 9040, fr-methoden@fr.reha-verbund.de (statistische methodische Expertise)

Dr. Matthias Nübling, Gesellschaft für Empirische Beratung mbH, GEB mbH: Gesellschaft für Empirische Beratung mbH, Hauptstr. 67.1, 79211 Denzlingen, Tel.: +49 7666 9129086, Telefax: +49 7666 913288, Internet: www.empirische-beratung.de (statistische Expertise)

Dipl.-Psych. Manfred Rundel (TQM-Auditor), Gesellschaft für Qualitätsentwicklung (GQE), Kohl & Rundel GbR, Littenweilerstrasse 10, 79117 Freiburg, Tel. 0761 / 2141343 (Die Konzeptualisierung der Teamentwicklungsinterventionen sowie die Durchführung der Teamentwicklung in den Kliniken erfolgen in Zusammenarbeit mit dem Beratungsunternehmen GQE, da für die erfolgreiche Imple-

mentierung der patientenorientierten Teamarbeit als Bestandteil einer partizipativen Versorgungsgestaltung detaillierte Praxiskenntnisse über Strukturen und Abläufe in den Kliniken erforderlich sind. GQE verfügt insbesondere in Rehabilitationskliniken über langjährige Erfahrung im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung.)

8.4 Qualitätssicherung/Sicherheit

Die Qualitätssicherung soll dreistufig erfolgen. Erstens findet innerhalb des Projektteams eine Dokumentation der Arbeitsschritte/-prozesse statt. Zweitens prüft die Projektleitung regelmäßig die Zielerreichung, sowie die Einhaltung des Zeit- und Finanzplans. Drittens werden durch die formative Evaluation auch die Kunden (Behandler) in den Qualitätssicherungsprozess eingebunden.

9. Zitierte Literatur

- Bleses, H. (2005): *Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal*. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité. <http://edoc.huberlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML> (letzter Zugriff: 28.08.2009).
- Bruhn, M. (2002): *Integrierte Kundenorientierung. Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensführung*. Wiesbaden: Gabler.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand - Handbuch für die deutschsprachige Fragebogen-Version*. Hogrefe: Göttingen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000). *Praxishilfe Teamentwicklung in der Rehabilitation*. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1997). *Leitfaden Patientenorientierung*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Verfügbar unter: [leitfaden_patientenorientierung_de-2.pdf](#) (letzter Zugriff: 28.08.2009).
- Deck, R., & Röcklein, E. (1999). Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. *DRV-Schriften, 16*, 84-102.
- Doberschütz, R. (2009). *Kundenorientierte Teamentwicklung. Auswirkungen der Kundenorientierung auf die Teamentwicklung*. Saarbrücken: VDM-Verlag Dr. Müller.
- Farin, E., Meixner, K. & Jäckel, W. H. (2000). *Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken - Version 2.0*. Freiburg: Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin. Unveröffentlichter Fragebogen, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin in Freiburg. <http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/DLInstrumente.html> (letzter Zugriff: 2.05.2010).
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W. H. & Jacob, A. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Rehabilitation, 41*, 258-267.
- Giger M., DeGeest, S. (2008). Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweizerische Ärztezeitung, 89: 43*, 1839-1843.
- Höder, J., Deck, R. & Möller, J. (2009). Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Erfordern moderne Rehakonzepte ein Umdenken in Personalfragen? *DRV-Schriften Band 83*, S. 308-310.
- Käser, B. (2009). *Auswirkungen der Kompetenzteilung auf die Versorgungsqualität – Chance oder Risiko?* Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Neuordnung der Gesundheitsberufe und neue Formen der Zusammenarbeit“, Hannover, 10./11. Februar 2009.
- Kauffeld, S. (2004). *FAT Fragebogen zur Arbeit im Team*. Göttingen: Hogrefe.
- Kauffeld, S. & Frieling, E. (2001). Der Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 45*, 26-33.
- Kauffeld, S., Brennecke, J. & Strack, M. (2009). Erfolge sichtbar machen: Das Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI) zur Bewertung von Trainings. In: Kauffeld, S.; Grote, S.; Frieling, E. (Hrsg.). *Handbuch Kompetenzentwicklung*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 55–78.

- Körner, M. (2009a). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 160-165.
- Körner, M. (2009b). *Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation – PEFiT*. Zwischenbericht für den Zeitraum 01.01.2008-31.12.2008.
- Körner, M. (2010a). Patientenorientierte interne Kommunikation. Hoefert, H.-W. & Härter, M. (Hrsg.). *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Buchreihe Organisation und Medizin (S.33-50). Göttingen: Hogrefe.
- Körner, M. (2010b). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team model. *Clinical Rehabilitation*, 24: 745-755.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D. & Härter, M. (2010). *PEF-FB-9. Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung)*. Hamburg: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D. & Härter, M. (in press). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, [Epub ahead of print]. doi:10.1016/j.pec.2009.09.034.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung: Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau*, 58, 103-117.
- Man-Son-Hing, M. et al. (1999). A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA* 282, 737-743.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Ollenschläger, G. (2001). Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit. Zur Situation in Deutschland. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 26, 1404-1410.
- Radoschewski, M; Bellach, B.-M. (1999) Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S. 191-199.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung für eine zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (letzter Zugriff: 28.08.2009)
- Schäfer, J.L. & Graham. J. W. (2002). Missing data. our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147-177.
- Schäffner, L. & Bahrenburg, I. (2010). *Kompetenzorientierte Teamentwicklung. Theoretischer Ansatz und vielfältige Coaching- und Trainingsmethoden*. Münster: Waxmann.
- Schmidt, J., Wittmann, W.W. (2002). ZUF-8 Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392-396). Göttingen: Hogrefe.
- Schiersmann, C., Thiel, H.-U. (2009). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schrapppe, M. (2007): Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben. In J. Klauber, B.-P. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Rapport 2006*. Stuttgart: Schattauer.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vordermaier, A., Caspari, B., Neuner, B., Spies, C., Krones, T., Keller, H., Edwards, A., Loh, A. & Härter, M. (2006). Development and first validation of Shared-decision-making Questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling*, 63, 319-327.
- Stachel, K. (2008). *Patientenorientierte Krankenhausführung*. Beiträge des Personalmanagements zur Markenbildung und Kundenorientierung von Krankenhäusern. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft. Wegscheid: WIKOM.
- Stolzenberg, K. & Heberle, K. (2009). *Change Management. Veränderungsprozesse erfolgreich gestalten - Mitarbeiter mobilisieren*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., Gandek, B. (2002). *How to Score Version 2 of SF-12 Health Survey (with a supplement documenting version 1)*. Lincoln, RI: Qualitymetric Incorporated.