

## Fallstudie:

# Die Einbeziehung professioneller EndanwenderInnen im EU Projekt „Reha@Home“

*Diese Fallstudie wurde im Rahmen der Studie „Methoden zur Geschäftsmodell-Entwicklung für AAL-Lösungen durch Einbeziehung der EndanwenderInnen“<sup>1</sup> durchgeführt. Sie ist eine von acht Fallstudien von AAL-Projekten, in denen bestimmte Einbeziehungsmethoden praktisch zur Anwendung kamen. Im Mittelpunkt der Fallbeispiele stehen die Erfahrungen, die Akteure in den Projekten mit den jeweiligen Instrumenten gemacht haben: Wie und wozu wurden sie verwendet? Was waren die Stärken und Schwächen der jeweiligen Methode? Welche Empfehlungen ergeben sich daraus für die zukünftige Verwendung dieser Methode?*

*Diese Fallstudie wurde durchgeführt von:*

*Mag. Dr. Veronika Hornung-Prähauser MAS,*

*Salzburg Research GmbH, Jakob-Haringer-Str. 5/3, 5020 Salzburg.*

*E-Mail: [veronika.hornung@salzburgresearch.at](mailto:veronika.hornung@salzburgresearch.at) / Tel: +43 662 2288-0*

## Abstract

Diese Fallstudie zeigt, wie professionelle AnwenderInnen aus dem Rehabilitationsbereich in die Gestaltung einer AAL-Lösung und in den Prozess der Geschäftsmodellentwicklung einbezogen werden können. Im Projekt „REHA@Home“ (2012-2014) wurde ein mobiles Heimtherapiesystem für Schlaganfallpatienten konzipiert, entwickelt und getestet. Das Projekt wurde von der Oberösterreichische Zukunftsstiftung gefördert und von der Fachhochschule Oberösterreich koordiniert. Beteiligt waren zwei Anwenderorganisationen aus Österreich und Deutschland. Im REHA@Home Projekt kamen klassische Erhebungsmethoden wie Fokusgruppen und Umfragen mit Fragebögen zum Einsatz. Darüber hinaus wurden Interviews mit VertreterInnen der Geschäftsführung und des Managements über zukünftige wettbewerbliche Entwicklungen geführt. Das Projekt wurde mit einer Begleitstudie evaluiert.

Der Einsatz von Fokusgruppen und Fragebögen zur direkten Einbeziehung kann bei guter Vorbereitung auch mit Fragen zur Geschäftsmodell-Entwicklung angereichert werden. Generell dienen die Ergebnisse aber vor allem als Input für weitere strategische Analysen (wie zum Beispiel einePESTLE-Analyse), die „nur“ eine indirekte (passive) Einbeziehung der Stakeholder erfordern.

---

<sup>1</sup> Diese Studie wurde von der Salzburg Research Forschungsgesellschaft mbH im Auftrag der Österreichischen Forschungsförderungs-Gesellschaft (FFG) im Zeitraum Oktober 2014 – November 2015 durchgeführt. Der Studienbericht (mit einer Kurzversion dieser Fallstudie) ist auf der Website der FFG sowie über die Salzburg Research GmbH verfügbar.

# 1 Hintergrund

## 1.1 Der Projektkontext

Diese Fallstudie beruht auf Aktivitäten im Rahmen des europäischen Projekts „Going on line: my social Life“ („Go-myLife“), das von 2010-2012 durchgeführt und aus Mitteln des AAL Joint Programme gefördert wurde. Die folgende Tabelle informiert über die wesentlichen Parameter dieses Projekts.

Projekttitel	Reha@Home - An Interactive Home Therapy System for Upper Limb Rehabilitation after Stroke („REHA“)
AAL-Lösung	Video- und sensorenbasiertes Bewegungs-Messsystem zur Selbstbeobachtung von rehabilitationstherapeutischen Maßnahmen
Laufzeit	1/2012–12/2014
Status (Jun. 2015)	Projekt und F&E-Prototypentwicklung abgeschlossen; Markteinführung in Planung
Förderung	Gefördert aus dem Zukunftsfonds des Landes Oberösterreich (EU-Programm: „Regionale Wettbewerbsfähigkeit OÖ 2007-2013 (Regio 13)“, aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) sowie des Landes OÖ.
Website	<a href="http://research.fh-ooe.at/de/project/893">http://research.fh-ooe.at/de/project/893</a>
Zielgruppen	Professionelle Betreuende und Pflegende in den Rehabilitations-Zentren
Methoden der Einbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokusgruppen</li> <li>• Umfragen (Feedback-Fragebogen)</li> <li>• (informelle) Interviews</li> </ul>
Akteure (Konsortialpartner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinator: Fachhochschule Oberösterreich (Fakultät für Gesundheit und Soziales), Projektleiter FH-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Haslwanter</li> <li>• Research Center Linz; Institut f. Medizintechnik.</li> <li>• Anwender-Institutionen: Rehaklinik Wilhering, Neurologische Klinik Bad Aibling (beide DE); Fachhochschule für Gesundheitsberufe Oberösterreich</li> </ul>

## 1.2 Die AAL-Lösung

### Zielsetzung und Nutzen für Zielgruppe

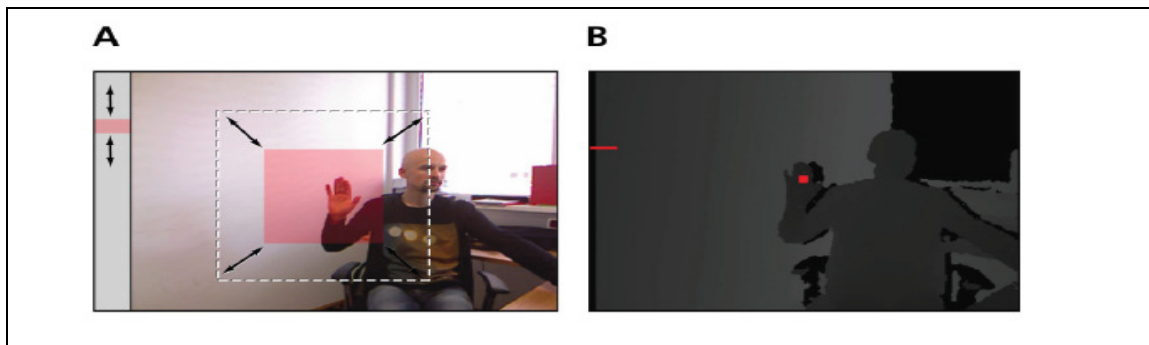
Das Projekt Reha@Home verfolgte die Zielsetzung, eine AAL-Lösung zu entwickeln, die es Patienten und Patientinnen ermöglicht, gewisse Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Schlaganfall zu Hause umzusetzen. Dadurch erhoffte man sich die Verkürzung stationärer Aufenthalte in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen. Ziel war also, die Validierung des Therapiesystems im Rahmen einer Patientenstudie und bei guten Erfahrungen eine selbstständige Nutzung des Therapiesystems im Heimbereich des Patienten. REHA@home sollte dem Aufbau eines interaktiven Therapiesystems für Rehabilitationsmaßnahmen von Schlaganfallpatienten mit Anleitung für zu Hause und Möglichkeit des

Feedback an Therapeuten dienen. Innovativ dabei war das Finden von kinematischen Parametern die eine objektive Beurteilung des REHA-Therapiefortschrittes erst ermöglichen.

Die Projektbetreiber beschreiben ihr Vorhaben folgendermaßen: „Durch Vorarbeiten im Rahmen von Studien- und EU-Projekten konnte ausgiebig Expertise im Bereich der Bewegungsmessung mit verschiedensten Technologien (Inertialsensoren, welche auch bereits in vielen Smartphones integriert sind, Video-basierte Systeme, etc.) aufgebaut werden. Diese Expertise soll nun mit den motivierenden Aspekten von interaktiven Technologien (Computer- und Video-Spiele) kombiniert werden, um therapie-spezifische Anwendungen für Patienten zu entwickeln. In einer ersten Projektphase wird z. B. ein auf der kostengünstigen „Kinect“-Technologie von Microsoft basierendes Spiel entwickelt, welches in der Rehaklinik in Wilhering die Armrehabilitation nach einem Schlaganfall unterstützen soll.“ (siehe FH Oberösterreich, Newsbeitrag, 2012).

Die Zielgruppen waren zunächst vor allem die sekundären EndanwenderInnen, nämlich die Physiotherapeuten und -therapeutinnen von Schlaganfallpatienten in Reha-Kliniken, sowie die Träger von Rehakliniken wie z. B. öffentliche Versicherer (AUVA und Gebietskrankenkasse (Hauptverband)). In Zukunft werden aber auch private Physiotherapeutengemeinschaften und Krankenversicherungen als mögliche Kunden gesehen. Die primär von der Entwicklung der Lösung Begünstigten, die SchlaganfallpatientInnen, wurden methodisch nicht direkt einbezogen. Das untenstehende Bild zeigt, wie ein Patient vor dem Computer die Therapie-Vorschläge (mittels Spiel) zur Wiederbeweglichkeit seiner Hände umsetzt.

Abbildung 1: Definition der Bewegungsreichweite im System in 3D.



Quelle: Minarik, T., Rumetshofer, T., Eibenberger, K., Haslwagner, T.P. (2013). An Interactive Home Therapy System for Upper Limb Rehabilitation after Stroke. University of Applied Sciences Upper Austria, Dept. of Medical Engineering. Posterpräsentation.

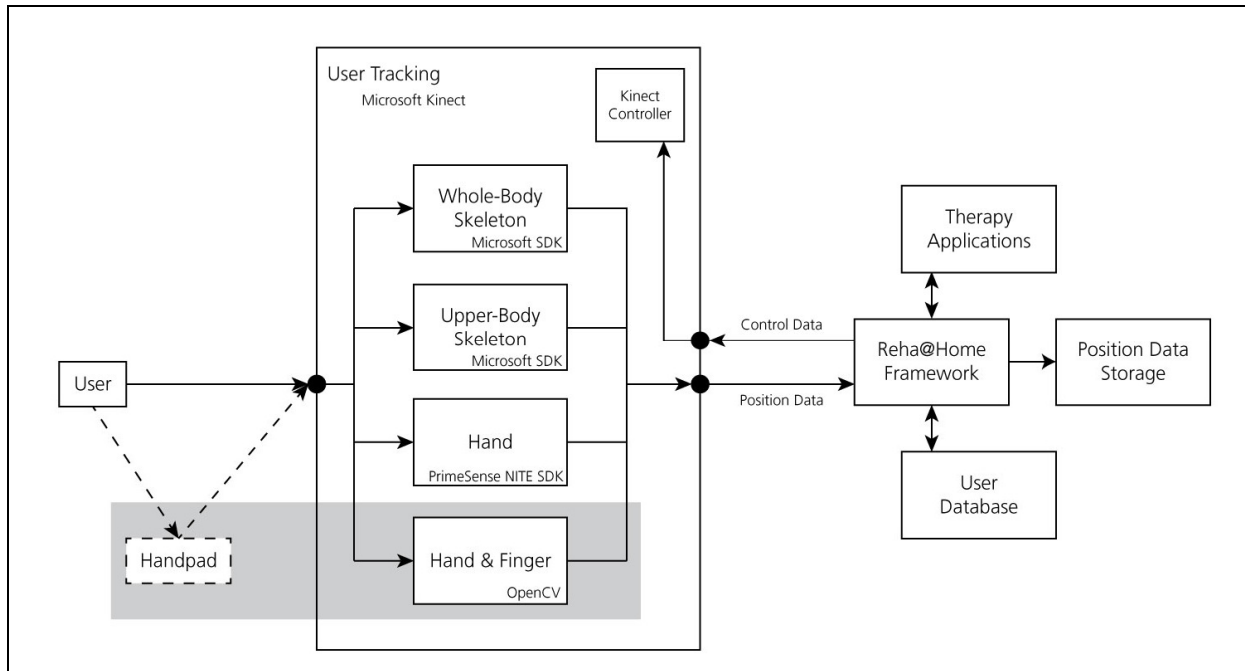
## Technisches Konzept

Die AAL-Lösung besteht aus einem video-basierten System in Kombination mit Bildverarbeitungsalgorithmen, Inertial-Sensoren (verschiedene kostengünstige mikro-elektromechanische Systeme) und einfachen mechanischen Sensorprinzipien (z. B. Dehnmessstreifen). Als Hardware wird eine Microsoft Kinect Kamera benötigt (zusammen mit einer entsprechenden Steuerungssoftware); diese wurde im Markt zugekauft.

Die Eingabe und Auswertungssoftware wurde vom Konsortium neu entwickelt und muss vom Patienten zu Hause am PC installiert werden. Zur Erhöhung der Motivation wurde die Lösung mit neuen interaktiven Technologien (Computer- und Video-Spielen) kombiniert, um therapie-spezifische Anwendungen für Patienten zu entwickeln, die sich auch für eine Anwendung im Heimbereich eignen. Zur effizienten Erfassung und Umsetzung von Therapie-

übungen wurden moderne aber kostengünstige Mess- und Sensortechnologien verwendet. Abbildung 2 zeigt die Module des Reha@Home Systems.

Abbildung 2: Module des Reha@Home-Systems



Quelle: Minarik, T., Rumetshofer, T., Eibenberger, K., Haslwanter, T.P. (2013) An Interactive Home Therapy System for Upper Limb Rehabilitation after Stroke. University of Applied Sciences Upper Austria, Dept. of Medical Engineering. Posterpräsentation.

Die Technologie, vor allem die Stabilität, soll für KundInnen einfacher werden. Eine große Herausforderung war die Interoperabilität zwischen Programmen, die die AnwenderInnen auf dem PC installieren müssen, wie z. B. die Kamera (es gab immer wieder Probleme mit dem Treiber der Kamera, z.B. mit der Installation von Updates je nach Notebook). Diese Lösungen sind für ältere NutzerInnen ohne Kenntnisse in der Installation von Softwareprogrammen somit zu kompliziert.

### Status der Markteinführung

Die Projektlösung wurde nicht in den Markt eingeführt. Der im Projekt entstandene Prototyp wurde nach dem Projektende in einer der beteiligten Reha-Institution (Neurologische Klinik DE-Normalbetrieb; Jänner bis Juli 2014) installiert und wird ein halbes Jahr auf Basis eines Unkostenbeitrags weiterverwendet (nicht kostendeckend).

Die Markteinführung ist in einem Nachfolgeprojekt, allerdings in veränderter Form geplant (u.a. auf Basis einer neuen Technik-Plattform sowie in einem neuen AAL-Anwendungsbereich z. B. der Sturzprävention). Zurzeit wird der Projekt-Prototyp in einer der Anwender-Institutionen getestet. Die Finanzierung dafür erfolgt aus dem laufenden Betrieb. Es müssen aber sowohl die technische Machbarkeit als auch Akzeptanztests neu durchgeführt werden. Im neuen Projektantrag ist nun geplant, dass die Entwicklung MIT den PatientInnen und nicht nur mit den Reha-TherapeutInnen erfolgt. Da die Verhandlungen zum Projektantrag gerade laufen, können darüber in der Fallstudie keine detaillierten Angaben erfolgen (lt. Interview).

### Das (geplante) Geschäftsmodell

Geplant war eine Mischfinanzierung durch die öffentliche Hand (AUVA, GKK) mit Beiträgen bzw. einem Selbstbehalt durch den/die PatientInnen. Dieser Beiträge wären in Form einer

monatlichen Pauschalzahlung (ja nach Fertigungskosten) zu leisten gewesen, je nachdem, wie lange die Rehabilitationsphase dauert (in der Regel zwischen 6 und 19 Monaten). Die Hardware sollte von öffentlichen Einrichtungen (z. B. der AUVA) angekauft werden, die diese dann über Unterverträge zum Service auslagert (ähnlich wie z. B. der Verleih eines Rollstuhles). Es gibt noch wenig Erfahrung mit diesem Ansatz, denn dieser setzt ein anderes Bewusstsein zum Beitrag der eigenen Gesundheit bei der Zielgruppe voraus, wie die Projektbetreiber im Interview deutlich machen:

*„Man muss erst das Bewusstsein bei EndanwenderInnen schaffen, dass er/sie für Gesundheitsleistungen auch etwas bezahlen muss.“*

*„Es braucht eine genaue Kommunikation zwischen der Therapeutin und der Zielgruppe; das System unterstützt diese, ersetzt aber NICHT den oder die TherapeutIn.“*

*„Die ehemalige anvisierte Zielgruppe (SchlaganfallpatientInnen) war zu spezifisch und zu klein. Daher gab es zu wenig potentielle Kunden für die Refinanzierung“.*

*„Die private und öffentliche Hand als Zahler verlangen einen kausalen Nachweis für die Wirksamkeit der Lösung. Die Lösung muss mindestens das gleiche erbringen, soll aber mehr erreichen. Es sollen also Langzeiteffekte erzielt werden, z.B. weniger stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Diesen positiven Wirkungsnachweis zu erbringen sind Anforderungen an zukünftige Studien.“*

## **2 Einbeziehung der EndanwenderInnen**

### **2.1 Aktivitäten zur Einbeziehung von AnwenderInnen**

Es wurden im Projekt folgende Methoden und Techniken der Geschäftsmodellentwicklung eingesetzt:

- Leitfadengestützte Fokusgruppe mit 5 PhysiotherapeutInnen in einer REHA-Klinik; (Feedback, Designvorschläge für Prototyp 2, Marktakzeptanz),
- Fragebogen: PatientInnen-Befragung zum Einsatz und Wirkung des Systems; vor und nach dem Prototypentest (6 Monate), und,
- Projektinterne Analysetechniken für die Geschäftsmodellentwicklung: PESTLE-Analyse, Potential-Analyse (Mitwerber-Analysen), Umfeldanalyse, Business Model Canvas.

### **2.2 Zur Anwendung von Fokusgruppen**

#### **Nutzen der Methode**

Gruppendiskussionen führen dazu, dass spontane und emotionale Reaktionen der Teilnehmenden sichtbar werden. Sie eignen sich daher besonders zur Generierung von Ideen und ermöglichen es tiefgehende und umfangreiche Einblicke in einen Sachverhalt zu erhalten, Motivationen kennenzulernen oder Probleme zu entdecken. Diese Technik unterstützt besonders die Visions-Entwicklung und Prototypen-Entwicklung.

Fokusgruppen sind ökonomisch, d.h. zeitsparend und preiswert (vgl. Dammer und Szymkowiak 1998, S. 30). Innerhalb von kürzester Zeit können wichtige Erkenntnisse aus den Fokusgruppen gezogen werden und sie bieten einen authentischen Einblick in die Wirklichkeit (vgl. Lamnek 2005, S. 84). Sie geben einen ersten Überblick über die

Variationsbreite von Meinungen, Werten und Konflikten und Teilnehmende lenken mit dieser Methode ihre Aufmerksamkeit gegenseitig auf bisher vernachlässigte Themenaspekte.

Da Fokusgruppen mit kleinen Stichproben arbeiten, wird ihnen häufig nachgesagt, dass ihre Ergebnisse nicht repräsentativ für die Gesamtheit einer Zielgruppe sind. Nach Bloor et al. (2001, S. 63ff) ist die Methode der Fokusgruppen besonders für explorative Zwecke am Beginn eines Forschungsprozesses geeignet sowie zur tieferen Interpretation von Umfrage-Ergebnissen oder um Bedeutungen hinter bestimmten Haltungen und Verhaltensweisen herauszufinden (mehr zu Zweck und Einsatz von Fokusgruppen in der qualitativen Sozialforschung findet man bei Breitenfelder et al., 2004).

### Vorgehensweise

Es wurde vom Projektteam ein Fokusgruppen-Leitfaden erstellt. Dieser diente zur Moderation der zwei Fokusgruppen, die in den beiden Reha-Institution stattfanden (dokumentiert: Bad Aibling 07.04.2014). **Themen** der Gruppendiskussion waren:

- der Bedarf an neuen Therapieformen und die Akzeptanz neuer Therapieformen im allgemeinen;
- Vergleiche der geplanten Lösung mit bestehenden Systemen;
- mögliche Zielgruppen für die geplante Lösung;
- Überlegungen zur Nutzungswahrscheinlichkeit;
- Anschaffungsmodalitäten.

(Details dazu in der begleitenden Evaluation der Masterarbeit von Machanets-Kais (2014), S. 43ff und Interviewleitfaden im Anhang).

### Erfahrungen

Grundsätzlich wird die Durchführung mit den Fokusgruppen vom Interviewpartner als sehr positiv eingeschätzt. Es gibt sofortiges Feedback, und die Gesprächspartner sind alle gleich qualifiziert über das System zu diskutieren. Der Nachteil ist, dass – falls Moderator nicht achtsam genug ist – sich die teilnehmenden Personen ungleich durchsetzen bzw. zu Wort kommen. In diesem Fallbeispiel wurde die Methode leider nicht explorativ, sondern ex-post angesetzt.

### Anwendungsprofil der Methode

Das folgende Anwendungsprofil beruht auf Einschätzungen der InterviewpartnerInnen für diese Fallstudie sowie Einschätzungen des Projektteams im Zuge der weiteren Recherchen zur Methodik.

### Auswahlkriterien

Besonders geeignet für:	Entwicklung und Ausrichtung der Produktzielsetzung, Frühzeitiges Erkennen von Barrieren, v.a. Usability
Beste Projektphase:	Konzeptionierungsphase
Wichtige Stakeholder:	v.a. die EndanwenderInnen (PatientInnen, TherapeutInnen), aber auch Finanzierer und Versicherer

### Einschätzungen zur Eignung und zum Aufwand der Methode/Technik

Faktoren	Einschätzung
Eignung zur Entwicklung eines Geschäftsmodells allgemein	●●
speziell: zur Definition des Produkts und des Kundennutzens	●●●
speziell: zur Definition der Zielgruppe(n)	●●
speziell: zur Erarbeitung der Wertschöpfungsprozesse	●
speziell: zur Erarbeitung des Ertragsmodells	●●
Benötigtes Erfahrungswissen für die Anwendung	●●●
Zeitlicher Aufwand für die Vorbereitung	●●●
Zeitlicher Aufwand für die Durchführung	●●

○ = sehr niedrig / gar nicht; ● = niedrig; ●● = mittel; ●●● = hoch

## 3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für andere Projekte

### 3.1 Allgemeine Schlussfolgerungen

Grundsätzlich wird die Durchführung mit den Fokusgruppen vom Interviewpartner als sehr positiv eingeschätzt. Es gibt sofortiges Feedback, und die Gesprächspartner sind alle gleich qualifiziert, um über das System zu diskutieren. Der Nachteil ist, dass – falls der Moderator hier nicht sehr achtsam ist – sich die teilnehmenden Personen nur ungleich in der Diskussion zu Wort kommen bzw. sich durchsetzen.

In diesem Fallbeispiel wurde die Methode leider nicht explorativ, sondern ex-post angesetzt. Die Überlegungen zum Geschäftsmodell wurden auch insgesamt zu spät im Projekt gestartet. Das zuletzt angedachte Finanzierungsmodell scheiterte letztlich u.a. an der vorhandenen Komplexität des österreichischen Gesundheitswesens und seiner zahllosen Abhängigkeiten und fragmentierten Kompetenzen. Eine frühzeitigere Auseinandersetzung mit dem Geschäftsmodell und einer Validierung des GM-Prototyps hätte unter Umständen dieses Risiko klarer aufgezeigt.

Die Technik war außerdem nicht ausreichend ausgereift sowie fehleranfällig, was allerdings im Rahmen eines per definitionem riskanten F&E-Projekt immer der Fall sein kann. Im konkreten Fall wurde deutlich, dass für die Entwicklung einer derartigen Anwendung von Beginn an die Beziehung eines Physiotherapeuten sehr wichtig gewesen wäre, und nicht erst in der Evaluierungsphase.

## 3.2 Erfolgsfaktoren und Barrieren für die erfolgreiche Einbeziehung

Aus den Erfahrungen des Projekts lassen sich einige Erfolgsfaktoren für den Einsatz von Fokusgruppen ableiten:

**Moderation:** die Moderation von Fokusgruppen verlangt Erfahrung und Geschick in dieser Aufgabe. Der Moderator muss nicht nur die Zielsetzung des Auftraggebers stets im Auge haben, sondern auch gruppendynamische Aspekte beachten und ggf. eingreifen (z.B. wenn sich manche TeilnehmerInnen in der Diskussion nicht gegen die „Meinungsführer“ durchsetzen können).

**Zusammensetzung und Kompetenz der Gruppe:** die Fokusgruppe sollte in der Regel eine gewisse Homogenität z.B. im Zugang und der Kompetenz zum Thema aufweisen, gleichzeitig aber (je nach Fragestellung) verschiedene Sichtweisen repräsentieren. Es ist im Vorfeld daher genau zu überlegen, welche Merkmale die Mitglieder der Fokusgruppe aufweisen sollen.

**Klare Zielsetzung – und Übersetzung in Fragen:** es sollte genau festgelegt werden, welche Erkenntnisse man sich von der Fokusgruppe erhofft; darüber muss v.a. auch der Moderator Bescheid wissen. Dieses Erkenntnisinteresse kann allerdings oft nicht direkt abgefragt werden. Man muss sich einen Weg überlegen, mit welchen Fragen man die Einschätzungen der TeilnehmerInnen am besten ermitteln kann.

**Anreizmodell** für die Beteiligten (warum soll ich mich einbringen?). Es hilft sehr stark, wenn die TeilnehmerInnen der Fokusgruppe einen intrinsischen Anreiz haben, teilzunehmen und sich in das Gespräch einzubringen. Allerdings sollte es auch kein reines „Söldnerprinzip“ sein, d.h. man bezahlt Leute für die Teilnahme, die es dann nur wegen des Geldes machen. Idealerweise sind die TeilnehmerInnen auch selbst am Thema interessiert und erhalten ein kleines Dankeschön (z.B. in Form eines Gutscheins, einer Einladung zu einer Veranstaltung, etc.) dafür, Zeit zu erübrigen.

## 4 Quellenverzeichnis

### Literatur

Fachhochschule Oberösterreich (22.02.2012). FH OÖ Forschungsprojekt: Rehabilitation von Patienten verstärkt nach Hause verlagern; Download: <http://www.fh-ooe.at/forschung/aktuellesnews/news/news/article/fh-ooe-forschungsprojekt-rehabilitation-von-patienten-verstaerkt-nach-hause-verlagern/>(abgerufen am 8.3.2015).

Machanets-Kais (2014): Erfolgskriterien zur Überwindung der Markteintrittsbarrieren für AAL-Produkte am Beispiel Reha@Home; Download: [http://webopac.fh-linz.at/dokumente/Masterarbeit\\_Machanets-Kais.pdf](http://webopac.fh-linz.at/dokumente/Masterarbeit_Machanets-Kais.pdf)(abgerufen am 8.3.2015).

Projektbeschreibung Reha@Home, FH Oberösterreich; Download: [www.solgenium.com/files/projektinformation\\_reha\\_home.pdf](http://www.solgenium.com/files/projektinformation_reha_home.pdf)) (abgerufen am 8.3.2015).

Minarik, T., Rumetshofer, T., Eibenberger, K., Haslwanter, T.P. (2013). An Interactive Home Therapy System for Upper Limb Rehabilitation after Stroke. University of Applied Sciences Upper Austria, Dept. of Medical Engineering. Posterpräsentation.



## Interviews

Für die Fallstudie wurde mit folgenden am Projekt beteiligten Personen ein Interview geführt:

- Mag. Andreas Diensthuber, Geschäftsführer der Unternehmensberatung Solgenium, ehemaliger Projektmitarbeiter an der FH Oberösterreich, (Telefoninterview am 26. 2. 2015).

## 5 Anhang: Interviewleitfaden<sup>2</sup>

### Interviewleitfaden zur Erhebung der Akzeptanz und Usability des Reha@Home Produktes bei den TherapeutInnen

Datum des Interviews (von - bis):

Vorbemerkungen der Interviewers/in:

- Name des Interviewers/in
- Darlegung der Ziele der Befragung
- Voraussichtliche Dauer des Interviews
- Einverständnis zur Tonaufzeichnung des Interviews
- Zusicherung der Anonymität
- Sonstige Bemerkungen

---

#### Allgemeine Angaben

1. Wie lange sind Sie als **Therapeut** tätig?
2. Sind Sie nebenbei **freiberuflich** tätig?
3. Seit wann haben Sie das **Reha@Home System in Anwendung**?
  - a. Wie viele **Stunden** pro Woche arbeiten Sie mit diesem Produkt?
  - b. Bei wie vielen **Fällen** hatten Sie dieses System in Einsatz?
4. Wie viele **Stunden** haben die Patienten das Reha@Home System in Anwendung **pro Aufenthalt**? (Aufenthalt durchschnittlich 4 Wo?)

---

#### Bedarf an neuen Therapieformen. Vergleich zu anderen Systemen

5. Wenn Sie an Ihre Tätigkeit als Therapeut denken, wie sehen Sie **grundsätzlich den Bedarf an Therapien** abgedeckt?
6. Wie würden Sie den **Bedarf an neuen Therapieformen** einschätzen?
7. Wie stehen Sie dem **Einsatz von innovativen Technologien** in Ihrem Berufsgebiet generell gegenüber?
8. Wenn Sie an innovative Therapieformen denken, **welche Kriterien** sollen Ihrer Meinung nach jedenfalls erfüllt sein? Nennen Sie mir bitte nur die **drei** wichtigsten Kriterien aus Ihrer Sicht.
9. Sie hatten die Möglichkeit das System Reha@Home zu testen. Wie hoch war Ihr **fachliches Interesse** am Reha@Home System **vor** der ersten Nutzung?
10. Wie hoch ist Ihr **fachliches Interesse** am Reha@Home System **nach** dem Sie damit gearbeitet haben?
11. Wie bewerten Sie das **Arbeiten** mit diesem System?
  - a. Welche Vorteile bringt die Anwendung für Therapeuten?
  - b. Welche Nachteile?
12. Wie bewerten Sie das **Arbeiten** mit dem System für die **Patienten**?
  - a. Welche Vorteile bringt die Anwendung für Patienten?
  - b. Welche Nachteile?
13. Haben Sie schon mit **ähnlichen Produkten** gearbeitet?

---

<sup>2</sup> Zur Verfügung gestellt von Interviewpartner.

- a. Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz das andere System
- b. Welchen Unterschied gibt es zwischen diesen Systemen?
14. Welchen Unterschied gibt es zwischen dem System Reha@Home und den **konventionellen Therapieleistungen**?
15. Welchen **Mehrwert** hat das System Reha@Home gegenüber den ähnlichen Produkten und konventioneller Therapie?

---

### **Akzeptanz neuer Therapieform**

16. Beschreiben Sie bitte kurz den **Prozess des Einsatzes** des Reha@Home Systems? (Auswahl der PatientInnen, Entscheidung für den Einsatz, Dauer, Häufigkeit)
  17. Wie wird der Einsatz vom Reha@Home System **von Patienten angenommen**?
    - a. Gibt es **Widerstände** seitens Patienten?
    - b. Lassen sich bestimmte Gruppen von Patienten identifizieren, die die Nutzung des Systems **nicht annehmen**? /die der Nutzung von diesem Gerät besonders **offen gegenüberstehen**?
  18. Wenn Sie an das Tool denken, welche Spiele sind Ihrer Meinung nach besonders **geeignet zur Erreichung** der Therapieziele? Welche weniger gut?
  19. Welche **Spiele** kommen bei Patienten **besonders gut** an, welche weniger? Warum?
  20. Wie würden Sie die Bedienung des Systems aus Patientensicht beurteilen?
    - a. Tun sich die Patienten **schwer** bei der Bedienung?
    - b. Kann das System **selbständig** bedient werden?
    - c. Gibt es **Unterschiede** bei der Bedienung von verschiedenen Spielen (wenn ja, welche?)
  21. Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung **folgende Aspekte zu den Spielen** bewerten? (Das gleiche **aus Patientensicht**)
    - a. Anzahl der Anwendungen
    - b. Gestaltung der Oberfläche
    - c. Navigation
    - d. Farbgestaltung der Spiele
    - e. Größe der Elemente
    - f. Wechsel zwischen den Anwendungen
    - g. Geschwindigkeit
  22. Gibt es Ihrer Meinung nach in diesem Zusammenhang (Fr. 17) noch **Aspekte**, die zu erwähnen wären? Wenn ja welche? Warum?
  23. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht die **Bedienung dieses Systems insgesamt** beurteilen?
  24. Kann man das System Ihrer Einschätzung nach **verbessern**, oder ist es schon **ausgereift**? Wenn das System noch verbesserungsfähig ist, welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie, was das Arbeiten mit dem Reha@Home System betrifft?
  25. Wenn Sie jetzt Revue passieren lassen über alle Fälle, wo Sie mit Reha@Home gearbeitet haben, wie sind Ihrer Meinung nach die Behandlungseffekte von der Nutzung dieser Anwendungen?
-

**Nutzungswahrscheinlichkeit. Einsatzmöglichkeiten. Anschaffungsmodalitäten**

26. Würden Sie auf Basis Ihrer Erfahrung dieses System dem Patienten für **die Nutzung zu Hause empfehlen**? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
27. Wie ist Ihre Einschätzung, wäre der **Patient** bereit dieses **Produkt zu kaufen** und es selber zu finanzieren? Wenn nein, warum nicht?
28. Stellen Sie sich vor, der Preis für Reha@Home würde alle Komponenten (von der Anschaffung bis zur Wartung) beinhalten. Was schätzen Sie wäre ein **angemessener Preis** für dieses System?
29. Kommt aus Ihrer Sicht eine **Anmietung** des Systems in Frage?
  - a. Wenn ja, **wie lange** sollte es zu Hause vom Patienten durchschnittlich angewendet werden?
  - b. Was schätzen Sie wäre ein **angemessener Preis für die Miete/Monat** (Preis all inklusive, Geräterückgabe nach der Beendigung der Behandlung)?
  - c. Wenn **nein**, warum?
30. Und jetzt kommen wir schon zur abschließenden Frage: Am Anfang des Interviews habe ich Sie gebeten die drei wichtigsten Anforderungskriterien an eine innovative Therapieform zu nennen. Sie haben (...) genannt. Erfüllt Ihrer Meinung nach R@H diese Anforderungskriterien?

**Danke für Ihre Teilnahme!**