

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung

**Ziele von Patienten, Ärzten und
Therapeuten in der stationären
Rehabilitation von
Rückenschmerzpatienten**

Ira Rietz, Jürgen Höder, Jochen Josenhans und
Andreas C. Arlt

Abschlußbericht

November 2004

Korrespondenzadresse: Herr Dr. Höder
Rheumaklinik Bad Bramstedt GmbH
Oskar-Alexander-Straße 26

24576 Bad Bramstedt

Inhalt

1. Fragestellung	3
1.1 Beschreibung des Problems	3
1.2 Konkret untersuchte Fragestellungen	4
1.3 Stand der Forschung	5
1.4 Eigene Vorarbeiten	6
2. Methode	7
2.1 Art der Studie	7
2.2 Feldzugang	7
2.3 Falldefinition, Ein- und Ausschlusskriterien	7
2.4 Geplante Stichprobengröße	8
2.5 Mess- und Erhebungszeitpunkte	8
2.6 Ziel-, Einfluss- und Störgrößen	8
2.7 Messinstrumente	9
2.8 Qualitätssichernde Maßnahmen	11
2.9 Angewendete statistische Verfahren	11
2.10 Methoden zur Kontrolle von Störgrößen	11
2.11 Probandenaufklärung, Datenschutz	12
3. Ergebnisse	12
3.1 Teilnahmebereitschaft und Rücklaufquoten	12
3.2 Dropout-Analyse	13
3.3 Beschreibung der Stichprobe	13
3.4 Individuelle Rehabilitationsziele	14
3.4.1 Ziele der Patienten	14
3.4.2 Ziele der Ärzte	16
3.4.3 Ziele der Physiotherapeuten	18
3.4.4 Geschlechts- und diagnosespezif. Unterschiede in den Zielen der Patienten	19
3.5 Übereinstimmung bei der Zielauswahl	20
3.5.1 Übereinstimmung bei allen Patienten	21
3.5.2 Übereinstimmung bei Subgruppen	24
3.6 Zusammenfassung: Ziele und Zielübereinstimmung	24
3.7 Kommunikation über Ziele	25
3.7.1 Interne Konsistenz des Fragebogens zur Zielfindungskommunikation	25
3.7.2 Hinweise zur Validität	27
3.7.3 Bewertung der Zielfindungskommunikation zwischen Arzt und Patient	28
3.7.4 Bewertung der Zielfindungskommunikation zwischen Physiotherapeut und Patient	29

3.7.5	Subgruppenunterschiede in der Bewertung der Zielfindungskommunikation	30
3.7.6	Zusammenfassung: Bewertung der Kommunikation über Ziele	30
3.8	Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielübereinstimmungsgrad	31
3.9	Zielerreichung	31
3.9.1	Zielerreichung aus Sicht der Patienten	32
3.9.2	Zielerreichung aus Sicht der Ärzte	34
3.9.3	Zielerreichung aus Sicht der Physiotherapeuten	36
3.9.4	Unterschiede zwischen Patienten, Ärzten und Krankengymnasten	37
3.9.5	Zielerreichung bei verschiedenen Untergruppen	38
3.9.6	Zusammenfassung: Zielerreichung	38
3.10	Verlaufsbeobachtungen	38
3.11	Unterschiedliche Verläufe in verschiedenen Untergruppen?	41
3.12	Zielübereinstimmung und Zielerreichung	41
3.13	Zielübereinstimmung und Verlauf	42
3.14	Kommunikation über Ziele und Erreichung der Ziele	42
3.15	Kommunikation über Ziele und weiterer Verlauf	43
4.	Diskussion der Ergebnisse	44
4.1	Ziele und Zielfindung von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten	44
4.2	Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg	45
5.	Anhang	48
5.1	Informationsblatt für Patienten	48
5.2	Beschreibung der Stichprobe	49
5.3	Rehabilitationsziele von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten	51
5.4	Übereinstimmung der Ziele	56
5.5	Zielfindungskommunikation	58
5.6	Erreichen der Ziele	61
5.7	Verlaufsbeobachtungen	66
5.8	Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielerreichung	69
6.	Literatur	70

Zusammenfassung

Fragestellung: Welche Ziele verfolgen wesentliche an der stationären Rehabilitation von „Rückenschmerzpatienten“ beteiligte Gruppen (Patienten, Ärzte, Physiotherapeuten) und wie beurteilen sie den Prozess der Zielfindung? Wie wirkt es sich aus, wenn Ärzte und Physiotherapeuten andere Behandlungsziele haben als ihre Patienten? *Hypothese:* Bei geringer Übereinstimmung der Ziele ergeben sich ein kleinerer Grad der Zielerreichung sowie geringere Verbesserungen der Beschwerden, Funktionsfähigkeit und des psychologischen Status. *Methode:* Untersuchungspersonen waren 284 Patienten der stationären medizinischen Rehabilitation in der Rheumaklinik Bad Bramstedt. Nach der Aufnahmeuntersuchung wurde erhoben, welche Ziele die Patienten mit ihrer Rehabilitation verknüpften und welche Behandlungsziele ihre Ärzte und Physiotherapeuten für wichtig erachteten. Ferner bewerteten Patienten, Ärzte und Physiotherapeuten den Prozess der Zielfindung. Zieldiskrepanzen und Bewertungen der Zielfindungskommunikation wurden in Beziehung gesetzt zu Erfolgsmaßen wie Zielerreichungsgrad, Schmerzintensität, Funktionskapazität. Weitere Variablen waren Reha-Erwartungen und Reha-Motivation, Lebensqualität, erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen, Depressivität, Angst, Somatisierung, Arbeits- und Lebenszufriedenheit sowie Coping-Strategien. Sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Rehabilitation erfolgten weitere Messungen. *Ergebnisse:* Patienten wählten aus einer vorgegebenen Liste potenzieller Reha-Ziele durchschnittlich dreizehn Ziele für sich aus, in erster Linie Ziele aus den Bereichen Aktivitäten, Partizipation und personbezogene Kontextfaktoren. Ärzte und Physiotherapeuten hatten einen engeren Zielhorizont (acht bzw. fünf Ziele) und wählten häufiger Ziele aus dem Bereich Schädigung der Körperfunktionen. – Die Zielübereinstimmung, gemessen am Anteil gemeinsamer Ziele an allen gewählten Zielen, betrug im Mittel unter fünfzig Prozent. Übereinstimmungswerte über siebzig Prozent erreichten nur acht Prozent der Ärzte und ein Prozent der Physiotherapeuten. – Die Kommunikation zur Zielfindung wurde von allen Gruppen durchschnittlich als relativ zufrieden stellend beschrieben, wobei Ärzte in vielen Aspekten ein positiveres Bild zeichneten als Patienten. Die Zusammenhänge zwischen den Beurteilungen der verschiedenen Gesprächspartner waren jedoch gering: Wenn man weiß, wie ein Gesprächspartner urteilt, lässt sich kaum etwas über das Urteil des anderen Gesprächspartners vorher sagen. – Zwischen dem Grad der Zielübereinstimmung und dem Ausmaß der Zielerreichung sowie dem weiteren Verlauf im Katamnesezeitraum ergaben sich keine Zusammenhänge. Die Bewertung des Zielfindungsprozesses sagte in geringem Umfang voraus, inwieweit die Ziele erreicht wurden, hatte jedoch keinen nachweisbaren Einfluss auf die Entwicklung von Schmerzen, Funktionskapazität, Lebensqualität und allen anderen erhobenen Maßen. *Schlussfolgerungen:* Die Haupthypothese konnte nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis kann teilweise durch eine ungeeignete Weise der Zielerfassung, teilweise durch geringe Varianz der Erfolgsmaße mitverursacht sein: Wenn sich nichts ändert, lässt sich schon aus logischen Gründen kein prognostisches Kriterium finden. Als wichtigstes Ergebnis sehen wir den Nachweis einer bemerkenswerten Diskrepanz: Patienten und Ärzte/Therapeuten wollen nicht dasselbe.

1. Fragestellung

1.1 Beschreibung des Problems

Während sich in der Akutmedizin die Ziele der Therapie meist recht unproblematisch angeben lassen, ist die Situation in der Rehabilitation komplizierter. Kostenträger und Rehabilitationswissenschaftler fordern daher von Ärzten und Therapeuten als wesentliche Aufgabe zu Beginn der Rehabilitation, sich mit dem Patienten auf gemeinsame Therapieziele zu einigen. Man verspricht sich davon eine höhere Motivation und realistischere Erwartungen des Patienten sowie eine angemessenere Therapie. Der Dialog über Ziele soll die therapeutische Beziehung zwischen Arzt und Patient fördern. Ziele, die auf der Verhaltens- und Einstellungsebene liegen, sollen mehr in den Blickpunkt gerückt werden. Insgesamt erhofft man sich dadurch bessere Behandlungsergebnisse und mehr Patientenzufriedenheit¹.

Praktische Erfahrungen, die Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung sowie Studien lassen jedoch vermuten: Des Öfteren fehlen einheitliche Zielvorstellungen. Manche Patienten, aber auch nicht wenige Angehörige der verschiedenen Gesundheitsberufe haben keine expliziten Ziele, unklare Vorstellungen oder reine Behandlungsansätze und Ziele auf der Ebene der Schädigungen von Strukturen und Funktionen, wie sie in der Akutmedizin angebracht sein mögen. In der Folge erhalten Patienten von Ärzten, Pflegedienstkräften, Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern nicht selten differierende oder gar gegensätzliche Botschaften. Ferner bleiben die Ziele und Erwartungen des Patienten zum Teil unbekannt oder unberücksichtigt – häufig etwa Ziele, wie die PRO-TOS-Studie ergab, die mit der Belastung im Beruf und Behinderungen im Alltag der Patienten zusammenhängen.²

Ziel dieser Studie ist es, am Beispiel der stationären Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten zu ermitteln, wie weit in der Alltagsroutine von Reha-Kliniken ein gemeinsamer Zielfindungsprozess zwischen Patienten und Mitarbeitern zweier wichtiger Gruppen (Ärzte und Physiotherapeuten) tatsächlich stattfindet, wie zufrieden die Beteiligten damit sind und welche Auswirkungen es auf den Reha-Erfolg hat, wenn es Diskrepanzen zwischen den Zielen von Ärzten und Physiotherapeuten einerseits und den Patienten andererseits gibt.

1.2 Konkret untersuchte Fragestellungen

Folgende konkrete Fragestellungen haben wir untersucht:

1. Welche Ziele verknüpfen Rückenschmerzpatienten mit ihrer Rehabilitation?
2. Welche Ziele verfolgen die Ärzte und die Physiotherapeuten dieser Patienten?
3. Gibt es systematische Unterschiede der Zielvorstellungen zwischen Ärzten und Physiotherapeuten?
4. In welchem Ausmaß haben Patienten den Eindruck, dass Ziele *gemeinsam* mit Arzt/Therapeut formuliert wurden? Wie weit identifizieren sich Patienten mit diesen Zielen? Wie bewerten sie das Gespräch über Ziele?
5. Und schließlich die Kernfrage: Wie wirkt sich das Ausmaß an Übereinstimmung von Patient und Arzt/Therapeut sowie das Erreichen der Ziele auf das Rehabilitationsergebnis und den weiteren Krankheitsverlauf aus? Hierzu prüften wir folgende *Hypothese*: Bei größerer Übereinstimmung der Ziele zwischen Arzt, Physiotherapeut und Patient und bei positiverer Bewertung des Zielfindungsgesprächs ergeben ein deutlich höherer Grad der Zielerreichung aus der Sicht aller Beteiligten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie stärkere Verbesserungen in verschiedenen Outcomevariablen (Beschwerden, Funktionsfähigkeit, psychologische Variablen) auch bei späteren Messzeitpunkten als bei geringer oder fehlender Zielübereinstimmung oder negativ bewerteter Zielfindungskommunikation.

Diese Hypothese gründet sich auf folgende Überlegungen: Eine gelungene Zielfindungskommunikation hat zwei Aspekte. Der erste ist der *Prozessaspekt*. Er bezieht sich auf die Art des Kommunizierens selbst. Hier geht es um gegenseitiges Akzeptieren und Verstehen in einer ruhigen, emotional warmen Gesprächsatmosphäre. Der zweite ist der *Ergebnisaspekt*. Er bezieht sich auf das tatsächliche Erreichen gemeinsam getragener und realistischer Zielvorstellungen.

Wie kann sich eine derart gelungene Zielfindung auf das Outcome auswirken?

- Die Zielfindung gehört zu den so genannten Kontexteffekten, sie beeinflusst kognitive und emotionale Vorgänge im Patienten und damit möglicherweise auch Ergebnismaße, wie Di Blasi et al.³ in einem systematischen Review für verschiedene Gesundheitsprobleme, darunter Schmerzen, zeigte.

- Gelungene Zielfindung führt zu einer angemessenen Definition dessen, was der Patient als Behandlungserfolg bewertet. Objektiv gleiche Behandlungsergebnisse können ja vor dem Hintergrund verschiedener Ziele ganz unterschiedlich bewertet werden. Beispiel: Wer als Rückenschmerzpatient Schmerzfreiheit anstrebt, wird seltener einen Erfolg erleben als der, der sich Steigerung der Leistungsfähigkeit trotz Schmerzen als Ziel gesetzt hat.
- Gelungene Zielfindung fördert die gesundheitsbezogene Selbstkontrollüberzeugung – einmal durch Verstehen der Ereignisse: Der Patient hat eine klare Vorstellung davon, welchen Sinn die Therapien haben; zum anderen durch die aktive Einbeziehung in die Zielfindung, durch die Berücksichtigung seiner Wünsche und Bedürfnisse.
- Sie fördert ferner eine klare Fokussierung, Motivation, Therapietreue und Anstrengung und führt so zu besseren Ergebnissen
- Gelungene Zielfindung führt auf Seiten des Patienten zu dem Gefühl, verstanden und ernst genommen zu werden, damit steigt die psychische Funktionsfähigkeit, die Fähigkeiten zum emotionalen Coping und die Zufriedenheit mit der Rehabilitation
- Sie fördert die Hoffnung und die Erwartung eines positiven Ausgangs (Placebo-Effekt)

1.3 Stand der Forschung

Zur Auswirkung von diskrepanten Zielen in der Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten gibt es bisher keine Forschungsergebnisse, insofern betreten wir Neuland. Es existieren jedoch wichtige Vorarbeiten, theoretische Vorstellungen und einzelne interessante Befunde aus dem Umfeld unserer Fragestellung.

Eine theoretische Begründung für die Bedeutung gemeinsamer Ziele geben Vogel et al.¹, die sich dabei häufig auf die Selbstmanagement-Therapie von Kanfer et al.⁴ berufen. Aus der Sozialpsychologie stammt die *goal setting theory* von Locke & Latham⁵. Sie sagt vorher, dass Ziele motivieren, mehr Anstrengung produzieren, auf eine Aufgabe zentrieren und die Ausdauer fördern.

Wichtige Vorarbeiten für unser Projekt sind Veröffentlichungen, die sich mit der Erhebung von Therapiezielen oder der Messung der Zielerreichung beschäftigen, so

etwa die Arbeit von Protz et al.⁶ Sie erstellten einen Katalog von „potenziell relevanten Reha-Zielen“ – u. a. auch für die orthopädisch-rheumatologische Rehabilitation –, aus dem die individuell relevanten Therapieziele ausgewählt werden können. Hierbei wurden die Kategorien des ICF, das tatsächliche Verhalten von Klinikern und die Auffassungen von Rehabilitationsexperten berücksichtigt. Therapiezielkataloge wurden auch von der Rentenversicherung veröffentlicht.⁷ Theoretische Überlegungen dazu wurden vom Freiburger/Bad Säckinger Forschungsverbund⁸ und von Zwingmann et al.⁹ angestellt. Umfangreiche Erfahrungen mit solchen Zielkatalogen finden sich in der PROTOS-Studie². Sie können die Grundlage von Erhebungsinstrumenten bilden. Ferner existiert ein Untersuchungsinstrument von Bergelt et al.¹⁰, das sich am *goal attainment approach* von Kiresuk¹¹ orientiert und das auf die Erfassung individueller Reha-Ziele ausgerichtet ist.

Hier noch einige Befunde, die die Relevanz von Zielsetzungen illustrieren: In einer Anwendung von Lockes *goal setting theory* auf den Sport zeigten Bar-Eli et al.¹², dass Zielsetzungen zu besseren Trainingsfortschritten führten als keine Zielsetzungen, und dass herausfordernde, aber realistische Ziele zu den besten Ergebnissen führten. – Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ließ sich bei Patienten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen in einer Studie von Tan¹³ et al. am besten durch das Ziel der Patienten, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, vorhersagen. – Eine Untersuchung in der kardiologischen Rehabilitation¹⁴ ergab ein starkes nicht erfülltes Bedürfnis insbesondere der männlichen Teilnehmer nach gemeinsamer Zielsetzung. – Wressle et al.¹⁵ fanden in einer Untersuchung an Schlaganfallpatienten, dass sie am Zielfindungsprozess gar nicht beteiligt wurden und spontan nur sehr vage Zielvorstellungen äußerten. – Bei Herzinfarktpatienten zeigten Oldridge et al.¹⁶, dass das Erreichen der von Patienten selbst gesetzten Ziele nicht unbedingt ein valides Outcome-Maß ist: Obwohl Reha-Patienten eine objektiv bessere Leistungsfähigkeit sowie bessere Werte in Lebensstilinstrumenten erreichten, hatten sie ihre persönlichen Ziele in geringerem Maße erreicht als die Vergleichsgruppe in üblicher Behandlung.

1.4 Eigene Vorarbeiten

In einer eigenen unveröffentlichten Befragung zur Patientenzufriedenheit an mehr als 500 Patienten der orthopädischen, neurologischen und rheumatologischen Rehabilitation ergab sich ein bedeutsamer positiver Zusammenhang ($r = .60$) zwischen der

Zufriedenheit der Patienten mit der Art, wie die Behandlungsziele mit ihnen besprochen wurden, und ihrer Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, wobei das Ausmaß ihrer Zufriedenheit mit der Zielfindungskommunikation relativ gering war. – An bisher mehr als 100 Patienten der neurologischen Rehabilitation setzten wir einen von Bergelt et al.¹⁰ ursprünglich für die onkologische Rehabilitation entwickelten Fragebogen zur Erfassung von Reha-Zielen und Zielerreichung in der Routinepraxis der Rheumaklinik Bad Bramstedt ein, wo sich seine Praktikabilität auch bei dieser Indikation erwies.

2. Methode

2.1 Art der Studie

Eine experimentelle Studie würde als Intervention erfordern, dass Ärzte und Therapeuten absichtlich nicht oder in ungünstiger Weise mit ihren Patienten über Behandlungsziele sprechen. Ein solches Vorgehen verbat sich aus ethischen Gründen. Wir wählten daher als Studientyp die Beobachtungsstudie unter naturalistischen Bedingungen.

2.2 Feldzugang

Die Projektleiter haben als Leiter und Mitarbeiter einer Rehabilitationsklinik unmittelbaren Zugang zu den Untersuchungspersonen. Es werden dort jährlich mehrere Hundert Patienten behandelt, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen.

2.3 Falldefinition, Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien: Stationäre medizinische Rehabilitation wegen Dorsopathien gleich welcher Genese (ICD-10 M40–M54, außer M44, M50 und M52). Neben so genannten degenerativen und unspezifischen Rückenschmerzen wurden also auch entzündliche Rückenschmerzen eingeschlossen. – Ausschlusskriterien: Alter unter 18 oder über 65 Jahren, hirnorganische Leistungsstörungen, keine ausreichenden Deutschkenntnisse.

2.4 Geplante Stichprobengröße

Bei der Planung der Stichprobengröße haben wir uns von folgenden Gedanken leiten lassen: Die Effekte von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei unspezifischen Rückenschmerzen sind im Durchschnitt eher gering¹⁷ (für viele Variablen 0,1–0,2), auch bei entzündlich bedingten Rückenschmerzen scheint es kaum anders zu sein¹⁸. Außerdem sind die Effekte von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, unter denen Ziele und Zieldiskrepanzen, wie wir vermuteten, einen wichtigen, aber nicht den wichtigsten Platz einnehmen. Zum Nachweis eines moderierenden Effektes von Zieldiskrepanzen auf Ergebnismaße wie die Funktionskapazität gemäß FFbH ist daher eine relativ große Ausgangsstichprobe nötig. Bei Beachtung der üblichen Konventionen beim Fehler erster und zweiter Art ($\alpha = 0,05$, Teststärke $1 - \beta = 0,80$) beträgt der optimale Stichprobenumfang zum Nachweis eines kleinen Effektes zum Beispiel mit einer 2 x 4 Varianzanalyse (Zieldiskrepanz ja/nein x Messzeitpunkt) 153 Probanden (Borz & Döring¹⁹, S.577 ff). Nach bisherigen Erfahrungen von Katamnesestudien in der stationären Rehabilitation sollte man mit einer erwarteten Dropout-Quote von 50 Prozent auf der sicheren Seite sein (die tatsächliche Dropout-Quote war kleiner als 30 Prozent, s. u.). Auf Grund dieser Überlegungen strebten wir eine Stichprobe von ca. 300 Patienten an.

2.5 Mess- und Erhebungszeitpunkte

Daten wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten erhoben: Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik, am Ende des Klinikaufenthaltes sowie sechs und zwölf Monate danach. Dieses Vorgehen entspricht den Empfehlungen der Arbeitsgruppe *Generische Methoden*²⁰.

2.6 Ziel-, Einfluss- und Störgrößen

Eine Aufstellung dieser Größen findet sich im nächsten Abschnitt gemeinsam mit den Messinstrumenten. Unsere Einflussgrößen waren die Zielübereinstimmung, operationalisiert durch zwei Indizes, und die Bewertung der zielbezogenen Kommunikation. Diese sollten nach unserer Hypothese die verschiedenen Dimensionen des Rehabilitationserfolges in gewissem Umfang vorhersagen.

Erfolgsmaße wurden in drei Dimensionen erhoben: 1. Erreichen der Behandlungsziele am Ende des stationären Aufenthaltes (t_1) 2. Ausmaß der körperlichen Einschränkungen (Funktionsfähigkeit, Schmerzintensität) zu allen Messzeitpunkten und 3. psychologische Ergebnisse (Zufriedenheit, Lebensqualität, psychische Symptome) zu t_0 - t_3 .

Das Erreichen der Behandlungsziele wurde außer durch Patienten auch durch Ärzte und Physiotherapeuten eingeschätzt, die übrigen Daten stammten ausschließlich von den Patienten selbst. Wir sehen die subjektiven Maße als die letztlich entscheidenden an. Sie bestimmen das weitere Gesundheitsverhalten und die weitere Nutzung des Gesundheits- und des sozialen Systems. Eine Nachuntersuchung durch Ärzte erschien außerdem als zu aufwendig.

2.7 Messinstrumente

Die Tabelle auf den nächsten Seiten zeigt die erhobenen Variablen, die verwendeten Messinstrumente, den Zweck ihrer Erhebung und die Messzeitpunkte. Hierzu einige Erläuterungen: Bei den Untersuchungsinstrumenten hielten wir uns soweit möglich und sinnvoll an die Empfehlungen der Arbeitsgruppen *Generische Methoden, Routinedaten* und *Reha-Ökonomie*²⁰. Dies war naturgemäß nicht der Fall für die Variablen, die für diese Studie spezifisch waren: die Variablen, die mit Rehabilitationszielen zu tun hatten. Für die Erfassung der Ziele wählten Arzt/Physiotherapeut und Patient aus einer Liste potenziell relevanter Ziele (Protz et al.⁶) ihre jeweiligen tatsächlichen Ziele aus. Dieses Vorgehen hat sich als Teil der „zielorientierten Ergebnismessung“ bereits bewährt (Gerdes et al.^{2,21}, Maurischat et al.²²).

Nachdem die Ziele bestimmt worden waren, schätzten Arzt, Physiotherapeut und Patient unabhängig voneinander ein, wie nahe der Patient den verschiedenen Zielen zum jeweiligen Messzeitpunkt ist (*goal attainment scaling*¹¹).

Die Größe von Zielübereinstimmungen (ZÜ) wurde unmittelbar aus den genannten Zielen errechnet: $ZÜ = \text{Anzahl gemeinsamer Ziele} * 2 / (\text{Anzahl Arztziele} + \text{Anzahl Patientenziele})$. ZÜ ergibt einen Wert, der zwischen 0 (= keine gemeinsamen Ziele) und 1 (=völlige Übereinstimmung) variieren kann. Die Übereinstimmung wurde ferner durch direkte Befragung der drei Probandengruppen erfasst. Hierzu hatten wir einen eigenen Fragebogen entwickelt, siehe Anhang 5.5. Beispiel: „Mein Arzt und ich ha

ben uns gemeinsam auf die Ziele geeinigt.“ Dasselbe Verfahren wurde für die Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut angewandt.

Tab. 1: Variablen und Messinstrumente. Die Buchstaben in der Spalte Zweck bedeuten:
B: Beschreibung der Stichprobe – M: moderierende Variable – O: Outcome – S: Selektions- oder Störeffekte – U: unabhängige Variable

Patientenvariablen	Messinstrument	Zweck	t ₀	t ₁	t ₂ / t ₃
Soziodemographische Daten Empfehlungen der AG Routinedaten	Einzelfragen	B, S	X		
Sozialmedizinische Variablen Kostenträger; HV oder AHB, GdB, AU-Tage, Rentenantrag	Einzelfragen	B, S B, S, O	X X		X
Anamnese Krankheitsdauer, bisherige Reha-Maßnahmen (Anzahl, Art, Zufriedenheit), Initiative zur jetzigen Maßnahme	Einzelfragen	B, S	X		
Medizinische Variablen Diagnose ICD 10 Funktionsfähigkeit Schmerz Chronifizierungsstadium	Arzt FFbH-R (Kohlmann & Raspe 1994) IRES-MIN nach Gerbershagen	B B, O, M B, O, M B, M	X X X X	X X X	X X X
Variablen im Zusammenhang mit Reha-Zielen Art der Ziele und Grad der Zielerreichung (aus Sicht von Patient, Arzt, Physiotherapeut) Beurteilung der Zielfindungskommunikation (aus Sicht von Patient, Arzt, Physiotherapeut) Zielkonkordanz	nach Bergelt et al. Fragebogen ^a Indexbildung ^b	B, O U U	X X X	X	
Psychologische Variablen Zufriedenheit mit der Rehabilitation Reha-Motivation und -Erwartungen Lebensqualität Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen Depressivität, Angst, Somatisierung Lebenszufriedenheit Arbeitszufriedenheit Coping	FBR-Z (Raspe et al. 1997) FREM-17 (Deck et al. 1998) SF-36 (Bullinger 1997), IRES-MIN KKG (Lohaus & Schmitt 1989) SCL-90 Subskalen (Franke 1995) FLZ (Herschbach und Henrich 1991) Fragebogen Mittag et al. (2000) FKV Kurzform (Muthny 1989)	O B, M O M O, M O O M	X X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X

^a Hier wurde jeweils aus der Sicht der Beteiligten (Patienten, Ärzte, Physiotherapeuten) erfasst, ob und wie über die Reha-Ziele gesprochen wurde, wie zufriedenstellend diese Diskussion war und wie weit es zu einer Einigung über die Ziele kam. Dieser Bogen wurde selbst entwickelt.

^b Indizes für die Übereinstimmung der Reha-Ziele zwischen Patient und seinem Arzt/ Physiotherapeuten werden aus den entsprechenden Variablen errechnet. Nähere Erläuterungen im Text.

Diese Zielkonkordanzen – Patient/Arzt und Patient/Physiotherapeut – waren unsere wesentlichen unabhängigen Variablen. Als Outcomevariablen dienten Grad der Zielerreichung aus verschiedenen Sichten, Schmerzintensität und Funktionskapazität sowie verschiedene psychologische Parameter wie Depressivität, Arbeits- und Lebenszufriedenheit. Manche Variablen lassen sich je nach Sichtweise und Messzeit

punkt als Outcome-, moderierende oder Variablen zur Kontrolle von Störeffekten einordnen.

2.8 Qualitätssichernde Maßnahmen

Externe Experten wirkten mit bei der Auswahl der Messverfahren und der Entwicklung des Studiendesigns und unterstützen bei der Auswertung (Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Lübeck, H. Raspe und Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, U. Koch).

Es wurden, soweit vorhanden, standardisierte Messverfahren ausgewählt, dabei wurden die *Empfehlungen der Arbeitsgruppe generische Methoden*²⁰ berücksichtigt. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit mit Studien der Forschungsverbände sichergestellt.

Für die Datenerhebung wurde eine Verfahrensanweisung erstellt. Die Datenerhebung selbst wurde durch eine qualifizierte Person (Diplompsychologin) durchgeführt. Kein an der Studie beteiligter Arzt oder Therapeut händigte Fragebögen aus oder sammelte Fragebögen ein oder war beim Ausfüllen der Fragebögen anwesend. Die Projektleiter „auditieren“ in losen Abständen Ärzte, Therapeuten und Gruppen zufällig ausgewählter Patienten und vergewisserten sich, dass das Verfahren korrekt durchgeführt wurde. Für die Auswertung wurde allgemein akzeptierte Statistik-Software (SPSS) verwendet.

2.9 Angewendete statistische Verfahren

Bei der Auswertung kamen die üblichen deskriptiven, zufallskritischen parametrischen und nichtparametrischen Verfahren zur Anwendung. Für die Hauptfragestellung wurden mit den Outcomevariablen multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den Faktoren Zielübereinstimmung und Messzeitpunkt (t_0 - t_3) gerechnet. Technisch gesprochen zeigen sich Auswirkungen des Grades der Zielübereinstimmung auf die Erfolgsmaße in der Wechselwirkung mit dem Faktor Messzeitpunkt, eventuelle differenzielle Auswirkungen der Zielübereinstimmung in Abhängigkeit vom Partner (Arzt, Physiotherapeut) in Posthoc-Tests zwischen Gruppe 2 und 3.

2.10 Methoden zur Kontrolle von Störgrößen

Der Gefahr systematischer Verzerrungen durch Fehler bei der Auswahl der Patienten begegneten wir durch die Vollerhebung: Alle Patienten und ihre Ärzte/ Physiothera

peuten, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden in die Studie aufgenommen.

Fehler durch selektives Partizipieren oder Ausscheiden kontrollierten wir durch Analyse der vorhandenen Daten der Patienten, die nicht bis t_3 dabei blieben.

2.11 Probanden aufklärung, Datenschutz

Die Patienten erhielten ein umfassendes und wahrheitsgemäßes Informationspapier (siehe Anhang 5.1) über das geplante Vorhaben und wurden gebeten, eine Einverständniserklärung abzugeben. Wir befolgten in der Durchführung der Studie und in der Formulierung der Aufklärung die Anregungen, die das Grundsatzreferat für Datenschutz und Sozialgeheimnis der BfA herausgegeben hat.²³

3. Ergebnisse

3.1 Teilnahmebereitschaft und Rücklaufquoten

Insgesamt erfüllten im Erhebungszeitraum 343 Personen die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie. Für den ersten Befragungszeitpunkt *Rehabilitationsbeginn* liegen von 284 Patienten (82,8 %) auswertbare Datensätze vor, 59 Personen (17,2 %) wollten nicht an der Untersuchung teilnehmen. Die folgende Übersicht zeigt die Teilnahmequoten zu den vier Messzeitpunkten.

Tab. 2: Anzahl der Teilnehmer zu allen Messzeitpunkten

	Teilnahme (in Prozent*)		keine Teilnahme (in Prozent*)	
t0: Reha-Beginn	284		0	
t1: Reha-Ende	257	(90,5 %)	27	(9,5 %)
t2: nach 6 Monaten	217	(76,4 %)	67	(23,6 %)
t3: nach 12 Monaten	199	(70,1 %)	85	(29,9 %)

*bezogen auf die Ausgangsstichprobe

Die Rücklaufquoten nach je einer schriftlichen und telefonischen Erinnerung bei den beiden längsschnittlichen Befragungen lagen mit 76 % bzw. 70 % deutlich über der für die statistischen Auswertungen erforderlichen Quote.

Weitere Aufschlüsse liefert die Betrachtung der Teilnahmequoten im Zeitverlauf, d. h. von wie vielen Patienten vollständige Datensätze zu allen vier, zu drei Messzeit

punkten usw. vorliegen (siehe Tabelle 1 im Anhang 5.2). Insgesamt haben 174 Patienten (61,3 %) an allen vier Befragungen teilgenommen. Lediglich 5,6 % der Probanden beendeten die Teilnahme an der Studie bereits nach der ersten Befragung zu Beginn der stationären Rehabilitation.

3.2 Dropout-Analyse

Wir untersuchten, ob sich die zu t_3 in der Studie verbliebenen Patienten von den ausgeschiedenen Patienten in irgendeiner zu t_0 erhobenen Variablen unterschieden. Dies war mit einer einzigen Ausnahme nicht der Fall: Verbleibende Patienten waren 4,2 Jahre älter (49,9 vs. 45,7, $p < .001$). Das Alter war jedoch mit Variablen, die im Mittelpunkt dieser Studie stehen, nicht korreliert (Zielübereinstimmung, Bewertung der Zielkommunikation, Zielerreichung). Eine systematische Verfälschung durch Stichprobenverzerrungen ist somit unwahrscheinlich.

3.3 Beschreibung der Stichprobe

Untersucht wurden 284 Patienten, davon 39,1 % weiblich, durchschnittliches Alter $48,6 \pm 9,4$ Jahre (Range 20–64). Die meisten Patienten waren verheiratet (69 %), hatten einen Hauptschulabschluss (50,7 %) und eine Lehre absolviert (60,2 %). 45,1 % waren bei einer LVA versichert, 40,1 % bei der BfA. Die Mehrzahl litt unter *Rückenschmerzen* (M54: 40,8 %) und *sonstigen Bandscheibenschäden* (M51: 31,0 %). Von *Spondylitis ankylosans* (M45) waren 15,5 % betroffen. 25 % besaßen einen Schwerbehindertenausweis, davon 57,1 % mit einem Behinderungsgrad größer als 50. 70 % wiesen einen mittleren Chronifizierungsgrad auf (Selbsteinschätzung gemäß Gerbershausen). Die Anzahl der AU-Tage betrug im letzten Jahr durchschnittlich 101 (Patientenangaben). Länger als insgesamt 6 Monate waren im letzten Jahr 32 % arbeitsunfähig. 8 % hatten in den letzten fünf Jahren einen Antrag auf BU-/EU-Rente gestellt.

Für 44 % war es die erste stationäre Rehabilitation. Die hauptsächlichen Erwartungen der Patienten lagen gemäß FREM-17 im Bereich *Diagnostik und Therapie*. Frauen erhofften sich mehr Wohlbefinden/Erholung von der Rehabilitation als Männer und hatten höhere Erwartungen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung. Der sta

tionäre Aufenthalt betrug bei 59 % einundzwanzig Tage, bei weiteren 28 % achtundzwanzig Tage.

Einzelheiten finden sich in den Tabellen 2 bis 7 im Anhang 5.2. Die Stichprobe entsprach somit im Wesentlichen dem, was man in einer überwiegend von LVA-Versicherten belegten Klinik mit orthopädischem Schwerpunkt erwarten konnte. – Außerdem waren an der Studie beteiligt 16 Ärzte aus verschiedenen Fachabteilungen (Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie) und 33 Physiotherapeuten.

3.4 Individuelle Rehabilitationsziele

Zentral für die Fragestellung der vorliegenden Studie sind die individuell ausgewählten Therapieziele. Dieses Vorgehen, aus einer Liste potenziell relevanter Reha-Ziele eine individuelle Wahl treffen zu lassen, wurde bereits in mehreren Studien erfolgreich umgesetzt, z. B. von Protz et al.⁶, in der PROTOS-Studie von Gerdes et al.² sowie von Bergelt et al.¹⁰.

Hinsichtlich der individuellen Rehabilitationsziele hatten wir folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Ziele verknüpfen Rückenschmerzpatienten mit ihrer Rehabilitation?
- Welche Ziele verfolgen die Ärzte und die Physiotherapeuten dieser Patienten?
- Gibt es systematische Unterschiede der Zielvorstellungen zwischen Ärzten und Physiotherapeuten?

In den folgenden Abschnitten analysieren wir die gewählten Ziele für die Patienten, Ärzte und Physiotherapeuten. Wir gehen wir auf Unterschiede in den Zielwahlen zwischen den drei Personengruppen ein und überprüfen die Ergebnisse im Hinblick auf geschlechts- und diagnosespezifische Unterschiede.

3.4.1 Ziele der Patienten

Im Rahmen der Befragung zu Rehabilitationsbeginn konnten die Patienten angeben, welche individuellen Therapieziele sie mit ihrer Rehabilitationsmaßnahme verknüpfen (Fragebogen siehe Abbildung 8 im Anhang 5.3). Bis auf eine Ausnahme nutzten alle Patienten diese Möglichkeit. Lediglich ein Patient kreuzte aus unbekanntem Gründen gar kein Ziel an, obwohl er den Bogen ansonsten vollständig ausfüllte.

Insgesamt wählen die Patienten recht viele Therapieziele aus. Durchschnittlich wurden etwa 13 Reha-Ziele ($\bar{x} = 12,77$, $s = 5,59$) – das ist mehr als ein Drittel der vorgegebenen Ziele – genannt. Die Anzahl der genannten Ziele reichte von 3 bis 32. Der Friedman-Test als nichtparametrisches Verfahren diente der Überprüfung, ob sich die Anzahl der gewählten Ziele zwischen Ärzten, Patienten und Physiotherapeuten signifikant unterschied. Die Unterschiede fielen hochsignifikant aus ($\chi^2 = 234,19$, $df = 2$, $p = .000$). Von den Krankengymnasten wurden die wenigsten Ziele ausgewählt, Patienten nannten mehr als doppelt so viele Ziele und die Ärzte kreuzten anderthalb mal so viele Ziele wie die Physiotherapeuten an. Die Hälfte aller genannten Ziele konzentrierte sich bei Patienten auf elf Ziele, bei Ärzten und Physiotherapeuten auf sechs Ziele.

In Abbildung 1 sind die relativen Häufigkeiten der zehn am häufigsten von den Patienten gewählten Ziele sowie die Häufigkeiten derselben Ziele bei Ärzten und Physiotherapeuten dargestellt. Eine detaillierte Auflistung ist im Anhang 5.3 in Tabelle 8 zu finden.

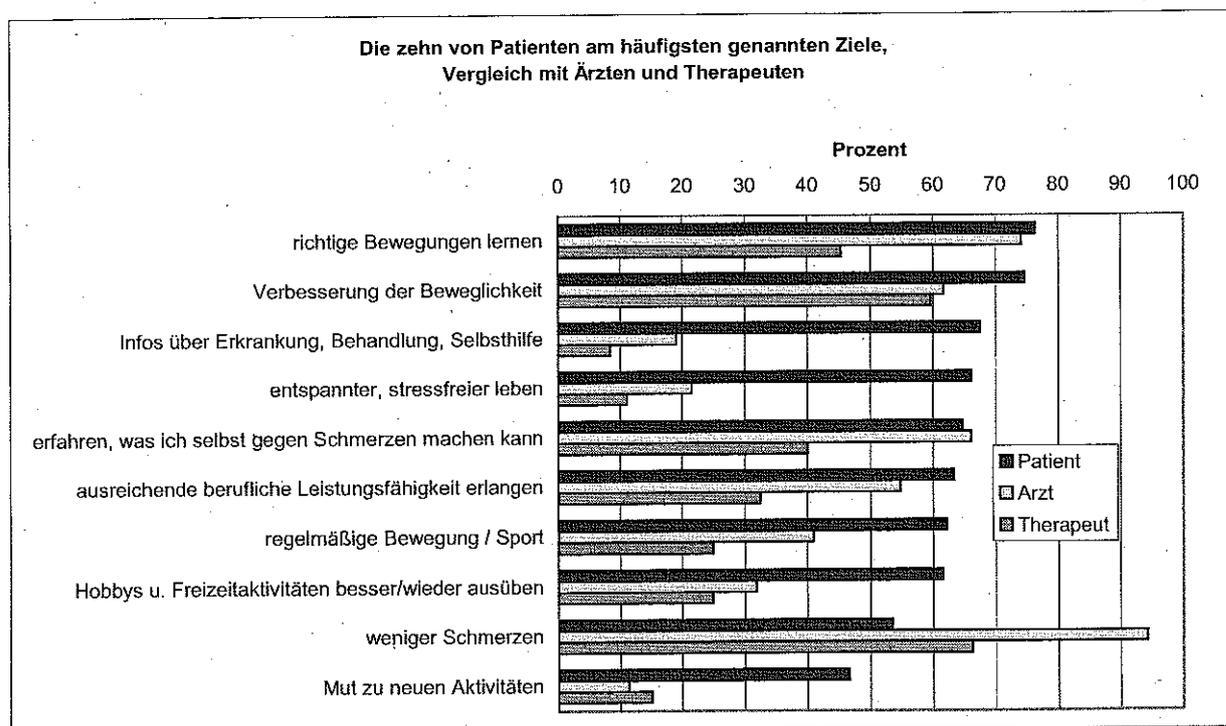


Abb. 1: Die roten (oberen) Balken zeigen, wie viel Prozent der Patienten die links aufgeführten Ziele wählten. Wie häufig dieselben Ziele von Ärzten und Physiotherapeuten dieser Patienten gewählt wurden, veranschaulichen die gelben (mittleren) und grünen (unteren) Balken.

Fast alle Ziele wurden von mehr Patienten als von Ärzten oder Therapeuten gewählt. Eine Ausnahme stach deutlich hervor: Während die Ärzte für fast alle ihre Patienten das Ziel *weniger Schmerzen* angaben, war dies nur für gut die Hälfte der Patienten

ein Ziel. Das Ziel *Schmerzfreiheit* tauchte unter den ersten zehn Zielen gar nicht auf. Physiotherapeuten wählten die zehn häufigsten Ziele der Patienten noch seltener als Ärzte.

Die Spitzenreiter der Patienten stammen ganz überwiegend aus dem Bereich Krankheitsbewältigung und Funktionsverbesserung. Übereinstimmend an erster Stelle wurde sowohl von Ärzten als auch von Krankengymnasten das Ziel *weniger Schmerzen* genannt, das bei den Patienten in der Rangfolge erst an neunter Stelle kam. Besonders deutlich wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Patientenzielen, die an dritter und vierter Stelle lagen. Gut zwei Drittel der Patienten wollten gern mehr über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten erfahren; für Ärzte und Physiotherapeuten stand dieses Ziel an vierzehnter bzw. siebzehnter Stelle der Häufigkeit der Nennungen. Das Ziel *entspannter, stressfreier leben* nannten 66,1 % der Patienten, wohingegen es lediglich von einem Fünftel der Ärzte und nur von 11 % der Krankengymnasten gewählt wurde. Seltener, aber dennoch von jeweils mehr als 10 % der Patienten, werden die Ziele *Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)*, *Rauchen aufgeben* und *Verkehrsmittel besser benutzen können* genannt.

Anders als häufig vermutet gaben die Patienten in erster Linie Ziele an, die mit den Vorstellungen der Kostenträger und mit den theoretischen Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften in Einklang stehen – in ICF-Kategorien gesprochen: Ziele aus den Bereichen Aktivitäten, Partizipation und personbezogene Kontextfaktoren.

3.4.2 Ziele der Ärzte

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung baten wir die Ärzte, individuelle Rehabilitationsziele für ihre Patienten auszuwählen. Die verwendete Liste war mit der Liste, die auch die Patienten bearbeiteten, identisch. Es lagen Angaben von 16 Ärzten für 274 Patienten vor, für 3,5 % der Patienten (N = 10) gab es keine vom Arzt festgelegten Reha-Ziele. Diese wenigen fehlenden Arztangaben waren hauptsächlich durch organisatorische Änderungen bedingt, z. B. durch unvorhergesehene Vertretungsregelungen usw.

Die zehn am häufigsten von Ärzten gewählten Ziele sowie die dazugehörigen Angaben von Patienten und Physiotherapeuten sind in Abbildung 2 veranschaulicht. Im Ver

gleich zu den Patienten wählten die Ärzte weniger Therapieziele aus, aber dennoch deutlich mehr Ziele als die Physiotherapeuten. Durchschnittlich wurden von den Ärzten acht Ziele ($M = 8,2$, $s = 3,76$) angekreuzt. Die Anzahl variierte zwischen einem und dreiundzwanzig Zielen.

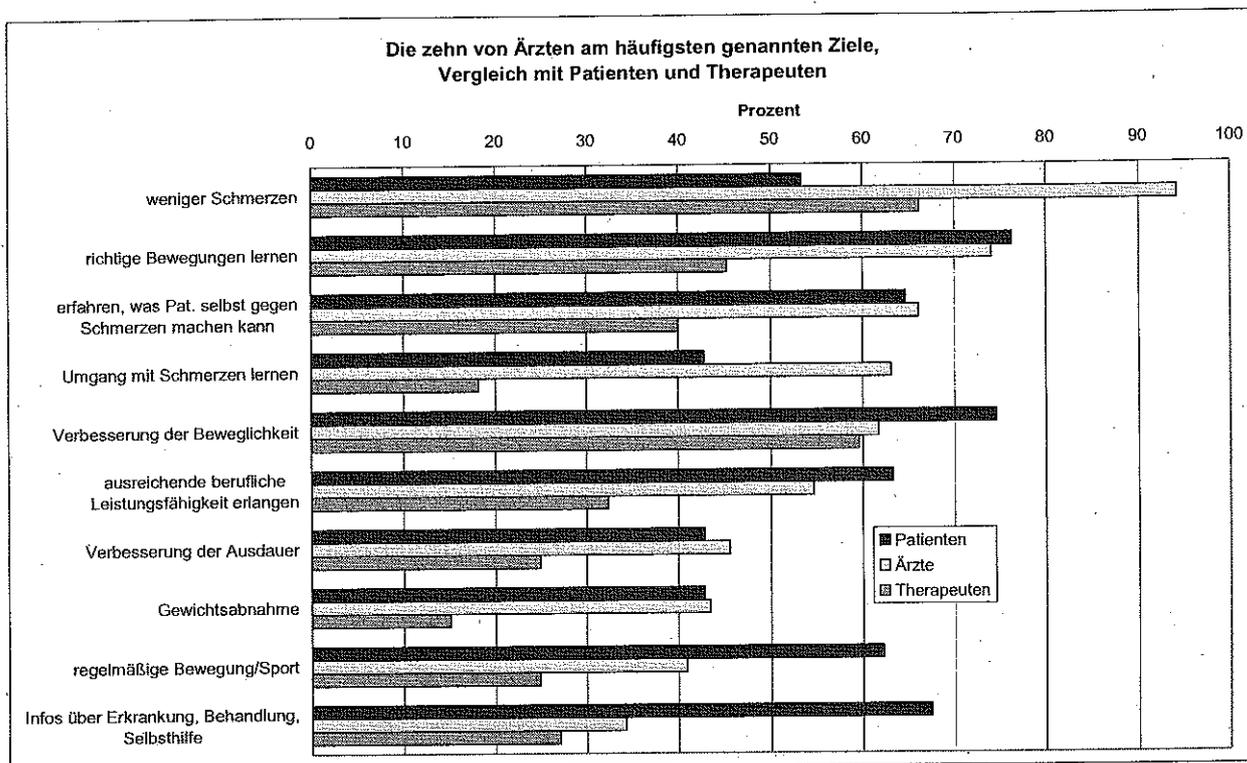


Abb. 2: Die gelben (mittleren) Balken zeigen, für wie viel Prozent der Patienten Ärzte die links aufgeführten Ziele wählten. Wie häufig dieselben Ziele von Patienten und Physiotherapeuten dieser Patienten gewählt wurden, veranschaulichen die roten (oberen) und grünen (unteren) Balken.

Am häufigsten, d. h. von fast allen Ärzten, wurde mit 94,2 % das Ziel *weniger Schmerzen* genannt. Eine so hohe Übereinstimmung in der Zahl der Nennungen oder – anders formuliert – eine so ausgeprägte Zielstereotypie fand sich bei keinem von den Patienten ausgewählten Ziel; dort lag die höchste Zahl der Nennungen bei 76,3 %. Gleich an zweiter Stelle mit 74,1 % der Arzt-Nennungen kam das Ziel *richtige Bewegungen lernen*, dicht gefolgt von den Zielen *erfahren, was man selbst gegen Schmerzen tun kann* mit 66,1 % und *Umgang mit Schmerzen lernen* mit 63,1 %. Eine genaue Auflistung der Häufigkeitsverteilung der Arzt-Nennungen ist im Anhang 5.3 in Tabelle 9 zu finden. Auffällig war auch, dass alle Ziele, die von mehr als 60 % der Ärzte gewählt wurden, entweder aus dem Bereich *Schmerz* oder *körperliche Leistungsfähigkeit* stammten. Zu den am seltensten genannten Zielen (< 2,5 %) gehörten

Schmerzfreiheit, Kontakte zu anderen Betroffenen, Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente) und Verkehrsmittel besser benutzen können.

Aus dem Blickwinkel der ICF spielten bei Ärzten Ziele aus dem Bereich der Schädigung der Körperfunktionen eine größere Rolle als bei den Patienten, nur eines der zehn wichtigsten Ziele (berufliche Leistungsfähigkeit) ließ sich einer Beeinträchtigung der Partizipation zuordnen.

3.4.3 Ziele der Physiotherapeuten

Die anzustrebenden individuellen Rehabilitationsziele wurden auch bei den behandelnden Physiotherapeuten erhoben. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund fehlender medizinischer Indikation 13,7 % der Patienten (N = 39) keine Einzelkrankengymnastik verordnet bekamen. Weitere 7 % der Patienten (N = 20) erhielten zwar Einzelkrankengymnastik, jedoch fehlten die Zielfestlegungen der Physiotherapeuten. Dies ist überwiegend auf organisatorische Gründe zurückzuführen, z. B. kurzfristige Änderungen und Eintragungen im Therapieplanungsprogramm usw. Es lagen also für 79,2 % der Patienten (N = 225) individuelle Zielfestlegungen der Krankengymnasten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vor. Die Anzahl der beteiligten Therapeuten betrug dreiunddreißig.

Von allen beteiligten Personengruppen wählten die Physiotherapeuten die geringste Anzahl an Zielen aus. Die Zielanzahl pro Patient variierte zwischen einem und dreizehn Zielen. Im Durchschnitt wählten sie etwa fünf Ziele (M = 5,12, s = 2,64). Die Häufigkeitsverteilung der Physiotherapeuten-Nennungen für die 32 Ziele ist im Anhang 5.3 in Tabelle 10 aufgeführt.

Das Ziel *weniger Schmerzen* wurde von zwei Dritteln der Physiotherapeuten (66,2 %) am häufigsten genannt, gefolgt von dem Ziel *Verbesserung der Beweglichkeit* mit 59,6 %. Als dritthäufigstes Ziel mit 45,3 % nannten die Krankengymnasten das Ziel *richtige Bewegungen lernen*. Folgende Ziele wurden eher selten (< 2 %) von gewählt: *Verbesserung der Ernährung, Kontakte zu anderen Betroffenen, Rauchen aufgeben, Verkehrsmittel besser benutzen können und sich selbständig an-/ausziehen und pflegen zu können*. Das Ziel *das Einkaufen besser bewältigen können* wurde überhaupt nicht genannt.

Insgesamt: Auch die Physiotherapeuten gaben als häufigstes Ziel Schmerzreduzierung an. Dort, wo man ihre eigentliche Domäne vermuten sollte – bei den Beeinträchtigungen der Aktivität wie Gehen, Treppensteigen, Einkaufen, Benutzen von Verkehrsmitteln – hatten sie jedoch kaum Ziele.

3.4.4 Geschlechts- und diagnosespezifische Unterschiede in den Zielen der Patienten

Unterscheiden sich Männer und Frauen sowie Patienten mit entzündlichen versus „degenerativen“ Rückenerkrankungen in ihren Zielen? Insgesamt zeigten sich bei 12 der 32 Ziele signifikante Geschlechtsunterschiede (siehe Tabelle 3). Diese Unterschiede waren auf fast alle Zielbereiche verteilt; lediglich bei den Zielen aus dem Bereich „Beruf“ gab es keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der von Männern und Frauen ausgewählten Ziele.

Tab. 3: Signifikante Unterschiede der Ziele von Männern und Frauen, geordnet nach Chi²

Gewähltes Ziel	Männer Prozent (Anzahl)	Frauen Prozent (Anzahl)	Chi ²	p
Den Haushalt selbständig führen können	21,5 % (37)	45,9 % (51)	18,798	.000
Das Einkaufen besser bewältigen	15,1 % (26)	32,4 % (36)	11,824	.001
Richtige Bewegungen lernen	69,8 % (120)	86,5 % (96)	10,436	.001
Weniger Schmerzen	46,5 % (80)	64,0 % (71)	8,256	.004
Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	17,4 % (30)	31,5 % (35)	7,570	.006
Kontakte zu anderen Betroffenen	13,4 % (23)	26,1 % (29)	7,317	.007
Erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	58,7 % (101)	73,9 % (82)	6,779	.009
Schmerzfreiheit	47,7 % (81)	33,3 % (37)	5,694	.017
Besser Treppen steigen können	25,6 % (44)	38,7 % (43)	5,485	.019
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	27,3 % (47)	40,5 % (45)	5,370	.002
Entspannter, stressfreier leben	61,0 % (105)	73,9 % (82)	4,952	.026
Verbesserung der Ernährung	25,0 % (43)	36,9 % (41)	4,606	.032

Die Hauptunterschiede lagen bei Haushaltsführung und Einkaufen – den traditionell Frauen häufiger zufallenden Aufgaben. Während Männer mehr *Schmerzfreiheit* anstrebten, wählten Frauen häufiger das (realistischere) Ziel der Schmerzreduktion. Folgerichtig möchten sie häufiger erfahren, welche Selbsthilfemöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen. Die von mehr Frauen angegebenen Ziele psychologischer Art spiegeln möglicherweise ihre häufig festgestellten stärkeren psychischen Belastungen wider.

Auch zwischen Patienten mit entzündlichen versus degenerativen Erkrankungen gab es Unterschiede in ihrer Zielwahl, allerdings waren es nur wenige (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Signifikante Unterschiede in der Zielauswahl zwischen Patienten mit entzündlichen und degenerativen Rückenerkrankungen, geordnet nach Chi²

Gewähltes Ziel	entzündliche E. Prozent (Anzahl)	degenerative E. Prozent (Anzahl)	Chi ²	p
Verbesserung der Beweglichkeit	91,9 % (57)	69,7 % (154)	12,639	.000
Kontakte zu anderen Betroffenen	32,3 % (20)	14,5 % (32)	10,203	.001
richtige Bewegungen lernen	64,5 % (40)	79,6 % (176)	6,127	.013
entspannter, stressfreier leben	53,2 % (33)	69,7 % (154)	5,850	.016

Das Ziel *Verbesserung der Beweglichkeit* wurde von fast allen Patienten mit einer entzündlichen Rückenerkrankung gewählt, Patienten mit degenerativen Erkrankungen nannten häufiger das Ziel *richtige Bewegungen lernen*.

3.5 Übereinstimmung bei der Zielauswahl

Bislang wurden die von den Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten gewählten Ziele jeweils für sich betrachtet. Interessant ist es nun auch zu prüfen, inwieweit fallbezogen die individuell ausgewählten Rehabilitationsziele der Behandler mit denen der Patienten übereinstimmen. Die Zielübereinstimmungen (ZÜ) zwischen Arzt und Patient (bzw. Krankengymnast und Patient) berechneten wir als Anteil der gemeinsamen Ziele an allen genannten Zielen:

$$ZÜ = \text{Anzahl gemeinsamer Ziele} * 2 / (\text{Anzahl Arztziele} + \text{Anzahl Patientenziele})$$

So ergab sich ein Wert, der theoretisch zwischen 0 (= keine gemeinsamen Ziele) und 1 (= völlige Übereinstimmung) variieren konnte. Wir betrachten nun zunächst *alle* Patienten und wenden uns danach geschlechts- und diagnosespezifischen Unterschieden zu.

3.5.1 Übereinstimmung bei allen Patienten

Die auf die eben beschriebene Weise berechneten mittleren Zielübereinstimmungsgrade zwischen Arzt und Patient, Krankengymnast und Patient sowie zwischen Arzt und Physiotherapeut sind in Tab. 5 aufgeführt.

Tab. 5: Grade der Zielübereinstimmung zwischen den drei Gruppen. Die Mittelwerte sind signifikant voneinander verschieden, $p = .000$)

Zielübereinstimmung	N	M	s	Min.	Max.
Patient-Arzt	273	,46	,17	,00	,89
Patient-Therapeut	225	,34	,17	,00	,86
Arzt-Therapeut	217	,41	,18	,00	,91

Die Zielübereinstimmungsgrade waren annähernd normalverteilt und signifikant unterschiedlich ausgeprägt (Friedman-Test, $\chi^2 = 51,470$, $df = 2$, $p = .000$): Insgesamt fielen die durchschnittlichen Zielübereinstimmungsgrade nicht besonders hoch aus. Alle Vergleichsgruppen hatten im Mittel weniger als 50 % Übereinstimmung in den individuell gewählten Rehabilitationszielen. Am besten war die mittlere Zielübereinstimmung zwischen Arzt und Patient, am schlechtesten die zwischen Therapeut und Arzt. Eine wirklich hohe Übereinstimmung der professionellen Helfer mit ihren Patienten war selten: Werte über 70 % erreichten nur 8 % der Ärzte und 1 % der Physiotherapeuten.

Neben dem durchschnittlich ermittelten Zielübereinstimmungsgrad kann auch für die einzelnen Ziele betrachtet werden, wie sich die Wahlen der einzelnen Gruppen verteilen.

Eine vergleichende Betrachtung der Zielauswahl zwischen Arzt und Patient für die zehn Ziele mit der größten Übereinstimmung ist in Abbildung 3 dargestellt. Bei keinem Ziel gab es eine wirklich hohe Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient: Die höchste betrug 65 % und fand sich bei dem Ziel *richtige Bewegungen lernen*. Es folgten *Gewichtsabnahme* mit 58 %, *weniger Schmerzen* mit 54 % und *Selbsthilfe bei*

Schmerzen mit 53 %. Bei allen anderen Zielen gab es mehr Uneinigkeit als Übereinstimmung.

Für acht weitere Ziele betrug die Übereinstimmung zwischen 25 und 49 %, für die restlichen achtzehn Ziele weniger als 25 %. Ein typisches Reha-Ziel wie Benutzung der Verkehrsmittel erreichte als Schlusslicht 3 % und wurde fast nur von Patienten gewählt. Die vollständige Tabelle findet sich im Anhang 5.4 (Tab. 12).

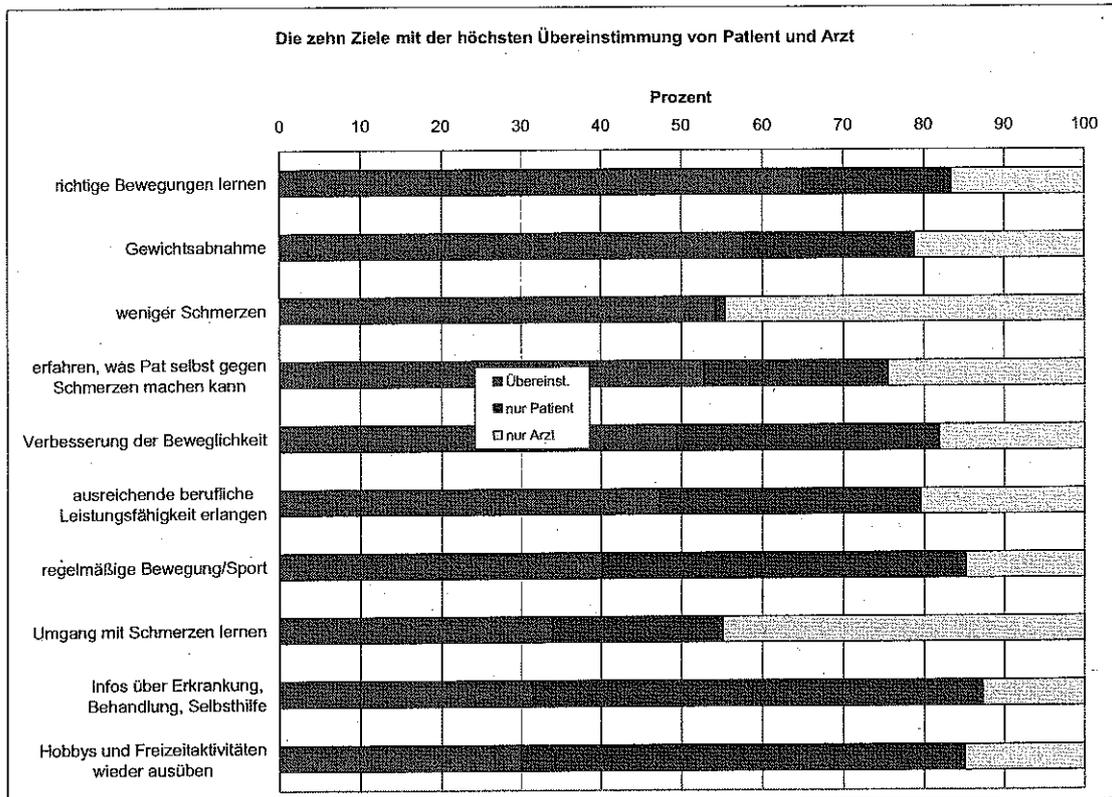


Abb. 3: Prozentuale Übereinstimmung pro Ziel zwischen Arzt und Patient bei den zehn Zielen mit der höchsten Übereinstimmung. Der linke Teil jedes Balkens veranschaulicht die relative Häufigkeit, mit der das betreffende Ziele von Patient und Arzt *übereinstimmend* gewählt wurde. Der mittlere Teil zeigt, wie oft das Ziel *nur* vom Patienten, der rechte wie oft es *nur* vom Arzt gewählt wurde. Die Darstellung berücksichtigt nicht, wie oft ein Ziel überhaupt gewählt wurde. Diese Angaben finden sich in Tab. 12 im Anhang 5.4.

Die Übereinstimmungsraten zwischen Krankengymnast und Patient im Hinblick auf die einzelnen Ziele sind im Anhang 5.4 in Tabelle 13 wiedergegeben. Generell zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei dem Vergleich zwischen Arzt und Patient, nur fielen die Diskrepanzen noch sehr viel stärker aus. Die höchste Übereinstimmungsrate mit 54 % bestand zwischen Physiotherapeut und Patient bei dem Ziel *Verbesserung der Beweglichkeit*. Bei den Zielen *weniger Schmerzen* und *richtige Bewegungen lernen* lag der Übereinstimmungsgrad wenigstens noch über 40 %, für die meisten Ziele unter 20 %. Auch hier zeigte sich, ähnlich wie schon bei den Ärzten, dass die meis

ten Ziele überwiegend nur von den Patienten gewählt wurden. Lediglich das Ziel *weniger Schmerzen* ist das einzige Ziel, dass unabhängig von der Anzahl gemeinsamer Nennungen häufiger nur von den Physiotherapeuten als nur von den Patienten gewählt wird.

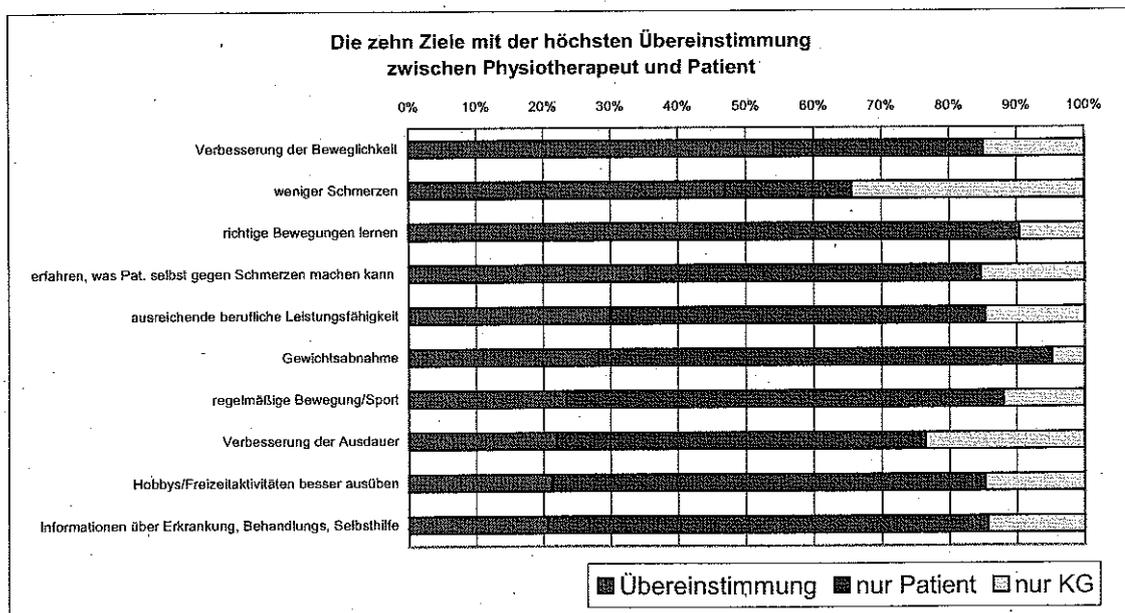


Abb. 4: Prozentuale Übereinstimmung pro Ziel zwischen Physiotherapeut und Patient bei den zehn Zielen mit der höchsten Übereinstimmung. Der linke Teil jedes Balkens veranschaulicht die relative Häufigkeit, mit der das betreffende Ziele von Patient und Physiotherapeut *übereinstimmend* gewählt wurde. Der mittlere Teil zeigt, wie oft das Ziel *nur* vom Patienten, der rechte wie oft es *nur* vom Physiotherapeuten gewählt wurde. Die Darstellung berücksichtigt nicht, wie oft ein Ziel überhaupt gewählt wurde. Diese Angaben finden sich in Tab. 13 im Anhang 5.4.

Patienten, die mit ihrem Arzt höher übereinstimmten, wiesen tendenziell auch mit ihren Physiotherapeuten höhere Übereinstimmungen auf. Der Zusammenhang war allerdings sehr gering (Spearman's Rho = .21, $p \leq .01$)

3.5.2 Übereinstimmung bei Subgruppen

Wir überprüften, ob hinsichtlich des durchschnittlichen Zielübereinstimmungsgrades (ZÜ) für verschiedene Subgruppen signifikante Unterschiede vorliegen.

Geschlechtseffekt: Im Durchschnitt waren sich die Ärzte mit den weiblichen Patienten signifikant einiger als mit den männlichen (ZÜ = .50 vs. .43, $p = .000$). Hierbei ist zu bedenken, dass 75 % der Patienten von weiblichen Ärzten betreut wurden. – Bei den Physiotherapeuten ergab sich dieser Geschlechtsunterschied nicht.

Diagnoseeffekt: Des Weiteren ließ sich auch ein diagnosespezifischer Unterschied beim Zielübereinstimmungsgrad zwischen Ärzten und Patienten mit entzündlichen bzw. degenerativen Rückenerkrankungen finden. Die durchschnittliche ZÜ zwischen Arzt und Patient mit degenerativen Erkrankungen fällt mit 0,48 signifikant ($p = .001$) höher aus als Patienten mit entzündlichen Erkrankungen (ZÜ = 0,39).

Die Zielübereinstimmungsgrade zwischen Krankengymnast und Patient sowie zwischen Arzt und Physiotherapeut waren dagegen unabhängig von der Diagnose. Eine signifikante Interaktion zwischen Geschlechts- und Diagnoseeffekten lag nicht vor.

Chronifizierungsgrad: Patienten mit stärker ausgeprägter Chronifizierung (Selbsteinschätzung nach Gerbershagen) einigten sich mit ihrem Arzt auf weniger gemeinsame Ziele als Patienten mit schwächeren Ausprägungen (ZÜ = 0,37 vs. 0,48, $p = .028$, ES = .76).

Alterseffekte: In Bezug auf die verschiedenen Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im durchschnittlichen Zielübereinstimmungsgrad zwischen Arzt und Patient bzw. Krankengymnast und Patient.

3.6 Zusammenfassung: Ziele und Zielübereinstimmung

Die Patienten gaben mehr und individuellere Ziele an als ihre Ärzte, diese wiederum mehr als die Physiotherapeuten. In ICF-Terminologie gesprochen kamen die Ziele der Patienten mehr aus den Bereichen Aktivitäten/Partizipation und personbezogene

Kontextfaktoren, die Ziele der Ärzte und Therapeuten mehr aus den Bereichen funktionelle Schädigungen. Die Patienten wiesen damit ein Verständnis von den Zielen der Rehabilitation auf, das näher bei den Vorstellungen der Kostenträger und der Rehabilitationswissenschaften liegt als das Verständnis der Ärzte und Therapeuten. Folglich war auch die fallbezogene Übereinstimmung eher gering bis mäßig ausgeprägt. Bei den allermeisten Zielen gab es mehr Uneinigkeit als Konkordanz.

3.7 Kommunikation über Ziele

Ein speziell entwickelter Fragebogen (siehe Anhang 5.5) diente der Einschätzung der zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Krankengymnast und Patient stattgefundenen Kommunikation über die Rehabilitationsziele. Bewertet wurde das Gespräch während der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung und während der ersten Einzelkrankengymnastik. Dazu füllten Ärzte, Patienten und Physiotherapeuten den Fragebogen zur Zielfindungskommunikation mit denselben, aber jeweils aus ihrer Sicht formulierten Items aus.

Der Bogen enthält 16 Items. Beispiele: „Mein Arzt hat ausführlich mit mir darüber gesprochen, welche Ziele die Behandlung erreichen soll.“ – „Mein Arzt hat sich dafür interessiert, welche Ziele ich in der Rheumaklinik erreichen möchte.“ – „Ich habe den Eindruck, dass mein Arzt mich richtig verstanden hat und weiß, welche Ziele für mich wichtig sind.“ Beispiel aus dem Bogen für Ärzte: „Ich habe ausführlich mit dem Patienten darüber gesprochen, welche Ziele die Behandlung erreichen soll.“ Vier Items waren negativ gepolt, zum Beispiel: „Mein Arzt versteht meine Ziele nicht.“

Die Antwortkategorien lauteten: *trifft genau zu* – *trifft etwas zu* – *trifft eher nicht zu* – *trifft gar nicht zu* und wurden mit ein bis vier Punkten codiert.

3.7.1 Interne Konsistenz des Fragebogens zur Zielfindungskommunikation

Da es sich bei dem eingesetzten Fragebogen um ein selbst entwickeltes Instrument handelt, überprüften wir zunächst, ob es testtheoretisch für den angestrebten Zweck geeignet ist. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen beziehen sich auf folgende Daten: Bewertung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung durch (1) den Arzt und (2) den Patienten, Einschätzung der ersten Einzelkrankengymnastik durch (3) den Physiotherapeuten und (4) den Patienten.

3.7.1.1 Zielfindungskommunikation mit dem Patienten aus Sicht des Arztes

Eine erste Reliabilitätsanalyse mit allen Items ergab für drei Items sehr niedrige Trennschärfekoeffizienten. Es handelt sich dabei um die Items „Durch das Gespräch mit mir hat der Patient eingesehen, dass manche seiner Ziele zu hoch gesteckt waren“ und „durch Gespräch mit mir ist dem Patienten klarer geworden, welche Ziele er hier erreichen kann“ sowie „Durch das Gespräch mit mir ist der Patient auf gute Ziele gekommen, die ihm vorher noch nicht so klar waren“. Diese Items wurden gemäß den Empfehlungen von Bühl & Zöfel²⁴ (2002, S. 457) eliminiert. Eine erneute Analyse mit den verbleibenden Items ergibt einen Wert von 0,93 für Cronbachs A (N = 259).

3.7.1.2 Zielfindungskommunikation mit dem Arzt aus Sicht des Patienten

Bei der Analyse des Fragebogens aus Sicht des Patienten wiesen zwei Items niedrige Trennschärfekoeffizienten auf. Es handelte sich dabei um zwei von drei Items, die auch schon beim Arztfragebogen schlechte Werte zeigten. Die Items mit dem Erkennen zu hoch gesteckter Ziele und das Finden weiterer guter Ziele durch das Arztgespräch wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Die abschließende Analyse ergab eine interne Konsistenz von 0,91 (Cronbachs A, N = 247).

3.7.1.3 Zielfindungskommunikation mit dem Patienten aus Sicht des Physiotherapeuten

Bei der Reliabilitätsanalyse des Fragebogens zur Zielfindungskommunikation aus Sicht des Krankengymnasten zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei den vorherigen Analysen. Die Trennschärfekoeffizienten sprachen wiederum für die Eliminierung der beiden Items mit den zu hoch gesteckten Zielen und dem Finden von guten Zielen durch das Gespräch mit dem Physiotherapeuten. Die Analyse mit den verbleibenden Items ergab ein Cronbachs A von 0,84 (N = 198).

3.7.1.4 Zielfindungskommunikation mit dem Physiotherapeuten aus Sicht des Patienten

Auch hier ergab eine erste Reliabilitätsanalyse mit allen Items, dass die schon erwähnten zwei Items die niedrigsten Trennschärfekoeffizienten aufwiesen und deshalb von der weiteren Analyse ausgeschlossen wurden. Abschließend fand sich eine interne Konsistenz von 0,87 (Cronbachs A, N = 199).

Der Fragebogen zur Zielfindungskommunikation wies also bei allen Gruppen eine recht hohe interne Konsistenz auf. Damit erfüllte er eine wichtige Voraussetzung für

die Verwendung als Forschungsinstrument. Außerdem berechtigte uns dieser Befund, die nach der Analyse verbliebenen Items zu einem Summenscore zusammenzufassen.

3.7.2 Hinweise zur Validität

Wir hatten keine systematische Untersuchung zur Validität der verschiedenen Fragebogenversionen geplant, da wir von einer offensichtlichen *face validity* ausgingen. Jedoch konnten wir als Nebenprodukt unserer Studie einige Hinweise zur Validität gewinnen. Einmal war zu erwarten, dass es Korrelationen zwischen der Einschätzung desselben Gespräches von Arzt und Patient, bzw. von Physiotherapeut und Patient geben sollte. Diese Korrelationen fielen tatsächlich überwiegend signifikant und in der erwarteten Richtung aus, waren allerdings gering. Einzelheiten finden sich in den folgenden Abschnitten. In die Bewertung der Kommunikation gingen also, neben tatsächlichen Merkmalen des Gesprächs, offensichtlich überwiegend andere, personengebundene Faktoren ein.

Zum anderen war zu erwarten, dass die Bewertung der Gespräche aus Patientensicht mit einigen anderen Merkmalen der Patienten zu t_0 korreliert war, etwa mit Depressivität, oder mit Merkmalen der Zufriedenheit mit dem Arzt und der Physiotherapie zu t_1 . Tatsächlich ergaben sich Korrelationen von .27 mit *Depressiver Verarbeitung* gemäß FKV sowie .27 bzw. .21 mit den Summenscores *Allgemeine Lebenszufriedenheit* und *Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit* gemäß FLZ.

Der Summenscore des Patienten im Fragebogen zur Zielkommunikation mit dem Arzt korrelierte ferner mit den Items aus dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten (-.31), Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll (.36), Die Ärztin / der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt (.36), Die Ärztin / der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst (.29) und In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen (.38). Die entsprechenden Korrelationen mit der Bewertung des Gesprächs mit dem Physiotherapeuten fallen allerdings geringer aus.

Insgesamt sehen wir diese Ergebnisse als Hinweis für eine hinreichende Validität zumindest der Version unseres Bogens an, in der der Patient das Gespräch mit dem Arzt bewertet.

3.7.3 Bewertung der Zielfindungskommunikation zwischen Arzt und Patient

Zur Berechnung der Summenscores wurden die negativ formulierten Items umgepolt und die Summen durch die Anzahl der beantworteten Items geteilt. So ergaben sich Werte, die theoretisch zwischen 1 und 4 variieren konnten. Dabei bedeuten niedrigere Werte eine positivere Beurteilung.

Patienten und ihre Ärzte beurteilten ihr Gespräch über die Rehabilitationsziele insgesamt eher günstig, dabei fiel das Urteil der Patienten allerdings signifikant negativer aus als das der Ärzte ($M = 1,63 \pm 0,57$ gegenüber $M = 1,48 \pm 0,37$, $N = 228$, $p < .001$, t-Test). Die Effektstärke* betrug 0,31. Die Beurteilungen desselben Gesprächs durch die beide Beteiligten korrelierte nur gering (Summenscore, $r = .18$). Die Korrelationen (Spearman-Rho) für die einzelnen Items lagen zwischen $-.12$ (durch Arztgespräch klarer geworden, welche Ziele erreichbar sind) und $.18$ (Arzt weiß selbst nicht, was er bei Patient erreichen möchte). Insgesamt: Aus der Zufriedenheit des Arztes mit der Besprechung der Ziele konnte man kaum auf die Zufriedenheit seines Gesprächspartners schließen und umgekehrt.

Aus Patientensicht waren die positivsten Erfahrungen, dass der Arzt die Patientenziele nicht ablehnt (1,4) und seine Ziele versteht (1,5). Am ungünstigsten wurden die Items beurteilt „Durch das Gespräch mit dem Arzt ist mir klarer geworden, welche Ziele ich hier erreichen kann“ (1,9) und „Mein Arzt und ich haben uns gemeinsam auf die Ziele geeinigt“ (2,0).

Aus der Sicht des Arztes am positivsten: „Ich bin daran interessiert zu erfahren, welche Ziele der Patient selbst in der Rheumaklinik erreichen möchte“ (1,3) und „Die Ziele, die der Patient verfolgt, lehne ich ab“ (1,4). Und am negativsten: „Ich glaube, der Patient will andere Ziele erreichen als ich“ (1,6) und „Durch das Gespräch mit mir ist dem Patienten klarer geworden, welche Ziele er hier erreichen kann“ (2,1)

* Effektstärken wurden in dieser Studie immer als Mittelwertsdifferenz geteilt durch die (gemittelte) Standardabweichung zu t_0 berechnet. Der Ausdruck Effektstärke wurde der Einfachheit halber auch dort verwandt, wo es sich nicht wirklich um Effekte in der Bedeutung *Auswirkungen von Kausalfaktoren* handelt, sondern nur um beliebige Mittelwertvergleiche.

Bei einem Vergleich der Einschätzung der Zielfindungskommunikation zwischen Arzt und Patient für die einzelnen Items ergaben sich überwiegend signifikante Unterschiede. Lediglich bei vier von vierzehn Items unterschieden sich die Bewertungen beider Gruppen nicht.

Dort, wo Unterschiede auftraten, fiel die Einschätzung der Ärzte bis auf eine Ausnahme bei allen Items signifikant positiver aus als die der Patienten. Nur die Aussage, dass durch das Gespräch mit dem Arzt dem Patienten klarer geworden ist, was er erreichen kann, traf bei Patienten auf mehr Zustimmung als bei den Ärzten. Die Effektstärken für die signifikanten Unterschiede variierten zwischen 0,14 und 0,51. Der stärkste Effekt zeigte sich bei dem Item „Arzt und Patient haben sich gemeinsam auf die Ziele geeinigt“. Während die Ärzte eher der Meinung sind, dass diese Aussage genau zutrifft, liegt die durchschnittliche Bewertung der Patienten bei „trifft etwas zu“. Einzelheiten finden sich in Tabelle 14 im Anhang 5.5.

3.7.4 Bewertung der Zielfindungskommunikation zwischen Physiotherapeut und Patient

Nach der ersten Einzelkrankengymnastik füllten Patient und Krankengymnast getrennt voneinander den Bogen zur Bewertung der Zielfindungskommunikation aus. Beide Gruppen empfanden das Gespräch über die Ziele gleich befriedigend ($M = 1,35$) und etwas befriedigender als das Gespräch mit dem Arzt.

Die Patienten bewerteten ebenso wie im Gespräch mit dem Arzt den Umstand am günstigsten, dass der Physiotherapeut die Patientenziele nicht ablehnt und seine Ziele versteht (beide 1,2). Das waren auch aus Physiotherapeutensicht die am besten bewerteten Items mit fast identischen Werten (1,3 und 1,2).

Am ungünstigen Ende, bei Patienten wie Therapeuten, fanden sich zwei Items, die von den Patienten signifikant besser bewertet wurden. Sie betrafen das gemeinsame Einigen auf Ziele (Patienten: 1,5; Therapeuten: 1,8; $p = .000$) und auf das Klären von Zielen im Gespräch (1,7 zu 1,9; $p = .000$). Andererseits hatten die Patienten häufiger nicht den Eindruck, mit ihren Zielen ernst genommen zu werden. Das sahen die Therapeuten signifikant anders (1,5 zu 1,3; $p = .000$).

Wen sich auch Patienten und Physiotherapeuten im gemittelten Niveau ihrer Antworten weitgehend einig waren, so gab es doch kaum Zusammenhänge zwischen ihren Bewertungen. Die Summenwerte korrelierten zu .15. Die Spearman-Rho-

Koeffizienten für die einzelnen Items variierten zwischen $-.09$ und $.19$. Ähnlich wie für Ärzte gilt: Wie der Physiotherapeut das Gespräch einschätzt, lässt kaum Vorhersagen zu für die Einschätzung desselben Gesprächs durch den Patienten. Weitere Einzelheiten siehe Anhang 5.5, Tabelle 15.

3.7.5 Subgruppeunterschiede in der Bewertung der Zielfindungskommunikation

Wir prüften, ob für den Summenscore bei den vier vorliegenden Einschätzungen signifikante Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Diagnose, Alter und Chronifizierungsgrad des Patienten auftraten. Dies war bis auf eine Ausnahme nicht der Fall: Ärzte schätzten die Kommunikation über die Ziele bei Patienten mit *entzündlichen* Erkrankungen insgesamt etwas positiver ein als bei Patienten mit *degenerativen* Erkrankungen ($1,32 \pm 0,37$ vs. $1,52 \pm 0,35$; $F = 13,95$, $p = .000$, Effektstärke: $0,54$). Dieser Unterschied zeigte sich bei fast allen Items, am deutlichsten bei: „Ich glaube, der Patient will andere Ziele erreichen als ich.“ – „Ich habe den Eindruck, dass ich den Patienten gut verstanden habe und weiß, welche Ziele für ihn wichtig sind.“ – „Der Patient und ich, wir ziehen am selben Strang.“ Die Unterschiede waren hochsignifikant und die Effektstärken lagen zwischen $.56$ und $.69$. Allerdings: Patienten mit entzündlichen Erkrankungen schätzten das Gespräch mit dem Arzt nicht anders ein als Patienten mit degenerativen Erkrankungen. Weitere Einzelheiten finden sich im Anhang 5.5, Tabelle 16.

3.7.6 Zusammenfassung: Bewertung der Kommunikation über Ziele

Der Fragebogen zur Bewertung der Zielfindungskommunikation erwies sich in allen Fassungen als hinreichend reliabel (Cronbachs α lag zwischen $.84$ und $.93$). – Die *Patient-Arzt-Kommunikation* wurde von beiden Gruppen durchschnittlich als relativ zufrieden stellend beschrieben, wobei die Ärzte in vielen Aspekten ein positiveres Bild zeichneten als die Patienten. Die *Patient-Therapeut-Kommunikation* erlebten beide Gruppen übereinstimmend als noch etwas günstiger. Geschlecht, Alter, Diagnose und Chronifizierungsgrad hatten keinen Einfluss auf die Bewertung. Ausnahme: Ärzte zeigten sich bei Patienten mit so genannten degenerativen Erkrankungen deutlich skeptischer als bei Patienten mit entzündlichen Erkrankungen. Auf Seiten der Patienten gab es diesen Unterschied nicht. Zusammenhänge zwischen den Beurtei

lungen der verschiedenen Gesprächspartner waren gering. Wenn man weiß, wie ein Gesprächspartner urteilte, lässt sich kaum etwas über das Urteil des anderen Gesprächspartners vorhersagen. Das *gemeinsame Einigen* auf Ziele wurde am kritischen gesehen.

3.8 Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielübereinstimmungsgrad

Im Mittelpunkt der Studie stand die Frage nach den Auswirkungen von diskrepanten Zielvorstellungen auf den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Dafür wurde zunächst auf Basis der Anzahl gemeinsam gewählter Ziele der Grad der Zielübereinstimmung zwischen den beteiligten Gruppen ermittelt. Zusätzlich wurde durch den Fragebogen zur Zielfindungskommunikation direkt erhoben, inwieweit gemeinsam eine Einigung auf Ziele stattgefunden hat und wie die Patienten, Ärzte und Physiotherapeuten die Kommunikation über die Rehabilitationsziele bewerten. In der Planung der Studie war vorgesehen, diese beiden Maße zu einem Index für Zielübereinstimmung zu kombinieren. Deshalb haben wir zunächst überprüft, in welchem Ausmaß beide Indizes miteinander korrelieren.

Ergebnisse: Der Grad der Zielübereinstimmung war mit der Bewertung der Kommunikation über Ziele aus Patientensicht überhaupt nicht korreliert. Zielübereinstimmung und Zielkommunikation aus Arztsicht wie aus Therapeutensicht lieferten Korrelationen mit einigen wenigen Items von $r < .20$. Offensichtlich erfassen die beiden Variablen unterschiedliche Aspekte. Eine Zusammenfassung – wie ursprünglich geplant – zu *einem* Index der Zielübereinstimmung erschien uns bei dieser Befundlage nicht sinnvoll.

3.9 Zielerreichung

Am Ende der stationären Rehabilitation wurden die am Anfang individuell ausgewählten Therapieziele den Ärzten, Patienten und Physiotherapeuten wieder vorgelegt und für jedes Ziel war zu bewerten, wie weit es erreicht worden war. Die Bearbeitung des Bogens wurde von den Ärzten nach der Abschlussuntersuchung, von den Physiotherapeuten nach der letzten Einzelkrankengymnastik ausgeführt. Die

Patienten nahmen im Rahmen der Abschlussbefragung ein bis zwei Tage vor der Abreise eine Einschätzung des Zielerreichungsgrades vor.

Der Grad der Zielerreichung wurde auf einer vierstufigen Ratingskala (1: Ziel überhaupt nicht erreicht – 2: etwas erreicht – 3: größtenteils erreicht – 4: vollkommen erreicht) eingeschätzt. Berechnet werden konnte für Patienten, Ärzte und Physiotherapeuten zum einen ein durchschnittlicher Gesamtzielerreichungsgrad, d. h. der Zielerreichungsgrad wird über alle gewählten Ziele gemittelt. Zum anderen wird für jedes einzelne Ziel ein Zielerreichungsgrad bestimmt, der besagt, wie gut gerade dieses Ziel nach Einschätzung der drei Gruppen erreicht wurde.

3.9.1 Zielerreichung aus Sicht der Patienten

Der durchschnittliche Gesamtzielerreichungsgrad variierte bei den Patienten zwischen 1 und 3,92; im Mittel lag er bei 2,41 ($N = 241$, $s = 0,59$), also zwischen *etwas* und *größtenteils erreicht*. Ein Patient erreichte nicht ein einziges Ziel, ein weiterer Patient erreichte seine Ziele fast alle. 31,5 % hatten ihre Ziele durchschnittlich überhaupt nicht oder etwas erreicht (Zielerreichungsgrad bei 2 oder darunter).

Wie verhielt es sich mit den Zielen, die von den Patienten am häufigsten genannt worden waren? Der Mittelwert der Zielerreichung lag auch bei den zehn häufigsten Zielen mit 2,48 nicht wesentlich höher. Zur Veranschaulichung gibt die folgende Abbildung 5 wieder, wie groß der Anteil der Patienten war, der das betreffende Ziel *größtenteils* oder *vollkommen* erreichte.

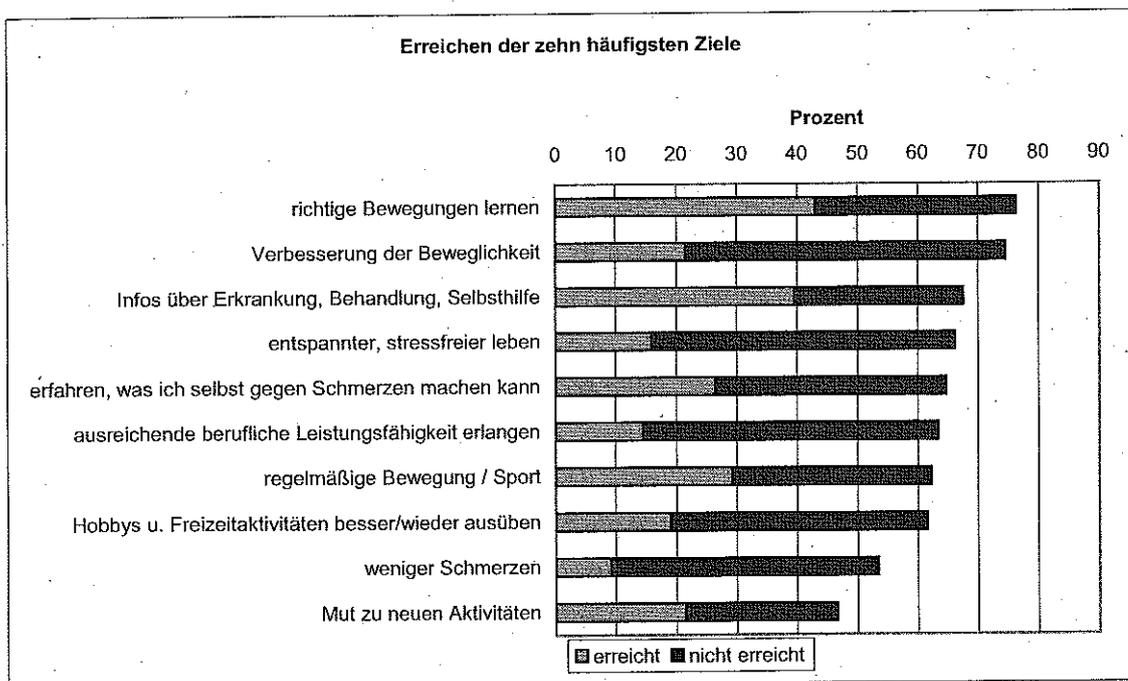


Abb. 5: Erreichen der zehn Ziele, die von Patienten am häufigsten gewählt wurden. Die Gesamtlänge der Balken zeigt, wie viele Patienten das jeweilige Ziel anstrebten. Der Anteil der Patienten, die diese Ziel *größtenteils* oder *vollkommen* erreichten ist durch den linken Teilbalken (grün) repräsentiert. *Überhaupt nicht* oder *etwas* erreichte Ziele veranschaulicht der rechte Teilbalken (rot).

Am relativ erfolgreichsten war die Rehabilitation aus Patientensicht bei den Zielen *richtige Bewegung lernen* und *Informationen über Erkrankung, Behandlung und Selbsthilfe erhalten*. Aber auch diese Ziele wurden von nur gut der Hälfte derer erreicht, die sie gewählt hatten. *Weniger Schmerzen* erreichten 9 %, *ausreichende be*

rufliche Leistungsfähigkeit 15 %, das waren 17 bzw. 23 % derer, die diese Ziel hatten.

Betrachten wir alle 32 Ziele der Auswahlliste unabhängig von der Häufigkeit, mit der sie gewählt wurden, so standen auch hier das Lernen von Bewegungen und der Wunsch nach Information an der Spitze der Erfolgsskala (nur übertroffen von *sich selbständig an- und ausziehen und pflegen*, ein allerdings von nur 19 % der Patienten gewünschtes Ziel). Am Ende fanden wir *weniger Schmerzen, Wiedereingliederung in den Beruf* und *Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)*. Weitere Einzelheiten siehe Anhang 5.6, Tabelle 17.

3.9.2 Zielerreichung aus Sicht der Ärzte

Bei den Ärzten lag der durchschnittliche Gesamtzielerreichungsgrad bei 2,74 ($N = 257$, $s = 0,614$), also höher als bei den Patienten. Er variierte zwischen 2 (Ziel etwas erreicht) und 4 (Ziel vollkommen erreicht). Es gab also keinen Patienten, dem sein Arzt überhaupt keine Zielerreichung attestierte.

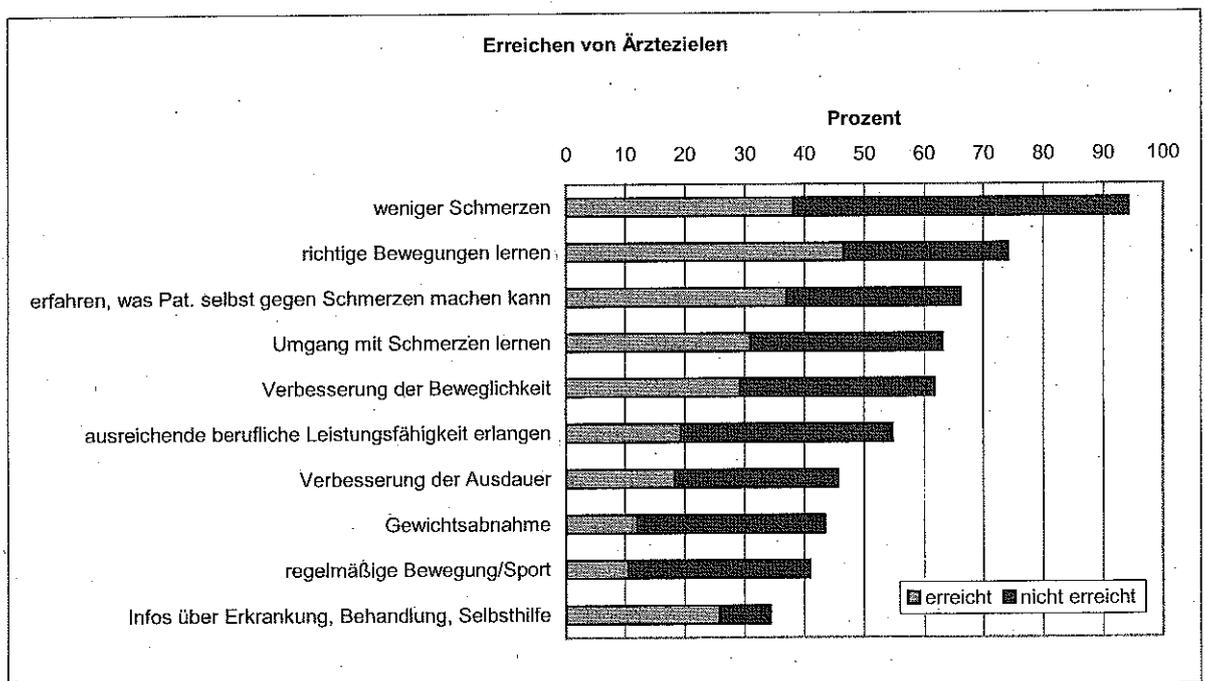


Abb. 6: Erreichen der zehn Ziele, die von Ärzten am häufigsten gewählt wurden. Die Gesamtlänge der Balken zeigt, für wie viele Patienten der Arzt das jeweilige Ziel anstrebte. Der Anteil der Patienten, die diese Ziel aus Arztsicht *größtenteils* oder *vollkommen* erreichten ist durch den linken Teilbalken (grün) repräsentiert. *Überhaupt nicht* oder *etwas* erreichte Ziele veranschaulicht der rechte Teilbalken (rot).

Die Verhältnisse bei den zehn von Ärzten am häufigsten gewählten Ziele gibt die Abbildung 6 wieder. Übereinstimmend mit den Patienten schätzten die Ärzte, dass die meisten Ziele von weniger als 50 % der Patienten, für die sie dieses Ziel gesetzt hatten, erreicht wurden. Wie die Patienten sahen sie durchschnittlich relativ große Erfolge bei *richtige Bewegungen lernen* und *Informationen erhalten* – allerdings sa

hen sie diese Erfolge bei *anderen* Patienten, wie die fehlenden Korrelationen zeigten (siehe Tab. 19, Anhang 5.6). Deutlich positiver als Patienten beurteilten ihre Ärzte durchschnittlich das Ausmaß der Schmerzlinderung.

Bei Betrachtung aller 32 möglichen Ziele zeigte sich: Übereinstimmend mit den Patienten landeten die Ziele *Wiedereingliederung in den Beruf* und *Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)* am unteren Ende der Erfolgsliste. Vier der zehn am besten erreichten, wenngleich wenig gewählten, Ziele stammten aus dem Bereich *Psychische/Seelische Bewältigung*. Weitere Einzelheiten finden sich im Anhang 5.6, Tabelle 18.

Zwischen den Einschätzungen von Arzt und Patient bestand ein mäßiger Zusammenhang: Die Korrelation zwischen den mittleren Zielerreichungsgraden betrug $.36$ ($N = 217, p = .000$).

3.9.3 Zielerreichung aus Sicht der Physiotherapeuten

Der durchschnittliche Gesamtzielerreichungsgrad lag bei den Krankengymnasten bei $2,67$ ($N = 192, s = 0,64$), also höher als bei den Patienten, aber etwas niedriger als bei den Ärzten. Er variierte zwischen 1 (Ziel überhaupt nicht erreicht) und 4 (Ziel vollkommen erreicht).

Bezogen auf die Einzelziele lag der Grad der Zielerreichung nach Einschätzung der Krankengymnasten zwischen $3,25$ und 1 (siehe Anhang 5.6, Tab. 20). Es gab also auch Ziele, die überhaupt nicht erreicht wurden. Dazu gehörten *Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)* und *Rauchen aufgeben*. Auch das Ziel *Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagssorgen* wurde vergleichsweise wenig erreicht.

Die beiden von den Physiotherapeuten am häufigsten gewählten Ziele *weniger Schmerzen* und *Verbesserung der Beweglichkeit* rangierten im mittleren Bereich und waren auch mäßig positiv korreliert (siehe Anhang 5.6, Tab. 20 und 21). Ziele aus dem Bereich *Beruf* waren nicht unter den ersten zehn der erreichten Ziele zu finden. Auch rangierte lediglich ein Ziel aus dem Bereich *Psychische/Seelische Bewältigung* unter den zehn besten Zielen. Anders also als nach Einschätzung der Ärzte wurden Ziele aus diesem Bereich nach Ansicht der Krankengymnasten nicht so gut erreicht. Interessanterweise stimmten jedoch sieben der zehn am besten erreichten Ziele zwi

schen Patient und Physiotherapeut überein, zwischen Patient und Arzt waren es fünf Ziele.

Zwischen den Einschätzungen von Physiotherapeut und Patient bestand ein mäßiger Zusammenhang: Die Korrelation zwischen den mittleren Zielerreichungsgraden betrug .40 (N = 171, p = .000).

3.9.4 Unterschiede zwischen Patienten, Ärzten und Krankengymnasten

Wir stellen hier noch einmal zusammenfassend dar, wie sich die drei beteiligten Gruppen hinsichtlich ihrer Erfolgseinschätzung unterschieden. Ein Vergleich des durchschnittlichen, d. h. über alle ausgewählten Ziele gemittelten, Grades der Zielerreichung für die drei Gruppen ist in Tab. 6 aufgeführt. In die Analyse gingen nur die Datensätze ein, für die alle drei Werte vorlagen.

Mit dem Friedman-Test wurde geprüft, inwieweit die Unterschiede zwischen den mittleren Zielerreichungsgraden signifikant sind. Dabei ergab sich ein hochsignifikanter Befund ($\chi^2 = 26,221$, $df = 2$, $p = .000$).

Tab. 6: Deskriptive Statistiken für den mittleren Zielerreichungsgrad (MZEG) nach Einschätzung der Ärzte, Patienten und Krankengymnasten. MZEG: 1 = überhaupt nicht erreicht, 2 = etwas erreicht, 3 = größtenteils erreicht, 4 = vollkommen erreicht.

Mittlerer Zielerreichungsgrad	N	M	s	Min.	Max.
Patient	156	2,43	,57	1,00	3,83
Arzt	156	2,77	,58	2,00	4,00
Krankengymnast	156	2,67	,64	1,00	4,00

Der durchschnittliche Zielerreichungsgrad fiel bei den Patienten signifikant niedriger ($p = .000$) aus als bei den Ärzten (N = 217, Effektstärke: 0,52) und den Krankengymnasten (N = 171, Effektstärke: 0,47). Der Unterschied zwischen Arzt und Physiotherapeut war nicht signifikant ($p = .130$). Ärzte und Krankengymnasten nahmen also eine um etwa eine halbe Standardabweichung positivere Einschätzung als die Patienten vor.

Die Unterschiede zwischen Patienten und Ärzten beruhten hauptsächlich auf folgenden Items (Effektstärken über .50): Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagsorgen –

Verbesserung der Stimmung – Umgang mit Schmerzen lernen – Verbesserung der Ausdauer. Ärzte sahen in allen Fällen hier größere Erfolge als Patienten.

Die Unterschiede zwischen Patienten und Physiotherapeuten ließen sich vor allem auf folgende Ziele zurückführen (Effektstärken über .50): weniger Schmerzen – besser gehen können. Auch die Physiotherapeuten waren hier optimistischer als ihre Patienten.

3.9.5 Zielerreichung bei verschiedenen Untergruppen

Bei den mittleren Zielerreichungsgraden aus Sicht des Arztes, des Patienten und des Physiotherapeuten ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Diagnose und Chronifizierungsgrad.

3.9.6 Zusammenfassung: Zielerreichung

Gemittelt über alle Ziele hinweg lag das Ausmaß des Erfolges bei allen drei Gruppen zwischen *etwas erreicht* und *größtenteils erreicht*. Ärzte und Physiotherapeuten beurteilten das Ergebnis dabei signifikant besser, und zwar um etwa eine dritte Skalenstufe mit Effektstärken von etwa .50. Über die Frage, welche Ziele erreicht wurden und welche nicht, gab es nur eine mäßige Einigkeit, die sich in Korrelationen zwischen .36 und .40 niederschlug. Während z. B. *richtige Bewegungen lernen* und *Informationen über Erkrankung, Behandlung und Selbsthilfe* relativ übereinstimmend als erreicht und *Wiedereingliederung in den Beruf* und *ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen* übereinstimmend als nicht erreicht eingeschätzt wurden, ergaben sich größere Differenzen bei *weniger Schmerzen*, *Umgang mit Schmerzen* und Items, die psychische Faktoren betrafen. Hier urteilten die Fachleute positiver als die Betroffenen.

3.10 Verlaufsbeobachtungen

Während wir uns bisher im Rahmen der zielorientierten Ergebnismessung bewegt haben, wenden wir uns nun einigen Parametern zu, die den Verlauf während der stationären Rehabilitation und im Jahr danach auf andere Weise abbilden.

Die Erhebung der Daten erfolgte zu drei bis vier Messzeitpunkten, und zwar zu Beginn, und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie sechs und zwölf Monate danach.

Die zufallskritische Überprüfung der Ergebnisse beruhte auf varianzanalytischen Methoden. Für die Auswertung wurden nur Datensätze von Patienten berücksichtigt, die zu allen vorgesehenen Messzeitpunkten an der Befragung teilgenommen hatten. Die jeweiligen Teilnahmequoten zu den einzelnen Messzeitpunkten sind in Tabelle 2, Abschnitt 3.1 aufgeführt. Insgesamt gab es 174 Patienten, für die vollständige Datensätze vorlagen. Diese Stichprobe wird statistisch gesehen für den Nachweis von Effekten bei einer Varianzanalyse mit vier Messzeitpunkten als groß genug eingeschätzt (Bortz & Döring¹⁹, S. 577ff).

In einer Reihe von Variablen ergaben sich in der Betrachtung über ein Jahr hinweg keine bedeutsamen Veränderungen. Die Mittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten waren relativ gleich und die Unterschiede nicht vom Zufall zu unterscheiden. Die Tabelle 7 gibt einen Überblick, die vollständigen Daten befinden sich im Anhang 5.7, Tabelle 22.

Tab 7: Mittelwerte und Streuungen zu t_0 von Variablen, bei denen sich keine signifikanten Veränderungen ergaben oder bei denen die Mittelwertsunterschiede, standardisiert an der Standardabweichung zu t_0 , geringer als 0,20 waren.

Fragebogen	Dimension	M	s
SF-36	Soziale Funktionsfähigkeit	65,72	24,60
	Körperliche Rollenfunktion	32,80	39,00
	Emotionale Rollenfunktion	57,07	43,90
IRES-MIN	berufliche Sorgen	3,80	2,90
	Risikofaktoren	2,72	2,16
KKG	fatalistische Externalität	19,90	7,00
	soziale Externalität	22,80	5,60
	Internalität	25,50	6,60
FKV	Depressive Verarbeitung	1,93	0,71
	Religiosität / Sinnsuche	2,34	0,75
	Bagatellisierung	2,14	0,93
Mittag	Beruflich belastend	2,16	0,65
	Beruflich zufrieden stellend	2,74	0,63
	Hausarbeit belastend	1,91	0,69
	Hausarbeit zufrieden stellend	3,21	0,58

	Arbeit und Erkrankung	3,26	1,59
FLZ	Allgemeine Zufriedenheit Summenscore	6,16	4,74

Wir sahen keine bedeutsamen Veränderungen in der *körperlichen Rollenfunktion* des SF-36. Die im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ungünstigeren Werte wurden im Verlauf der stationären medizinischen Rehabilitation und ein Jahr danach nicht besser, aber auch nicht schlechter. Ferner ergaben sich keine Änderungen in gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, belastenden und zufrieden stellenden Erfahrungen in Beruf und Hausarbeit, in weiten Aspekten der Lebenszufriedenheit und in drei von fünf Dimensionen des Bewältigungsverhaltens. Ebenso wenig nahmen berufliche Sorgen ab oder zu. Das Gesundheitsverhalten, soweit es mit Risikofaktoren zusammenhängt, blieb gleich.

In anderen Variablen ergab die Varianzanalyse mit Messwiederholung signifikant unterschiedliche Mittelwerte und „Effekte“ $>.20$. Die Abbildung 7 zeigt die an der Standardabweichung zu t_0 standardisierten Unterschiede zwischen t_0 und den übrigen Messzeitpunkten.

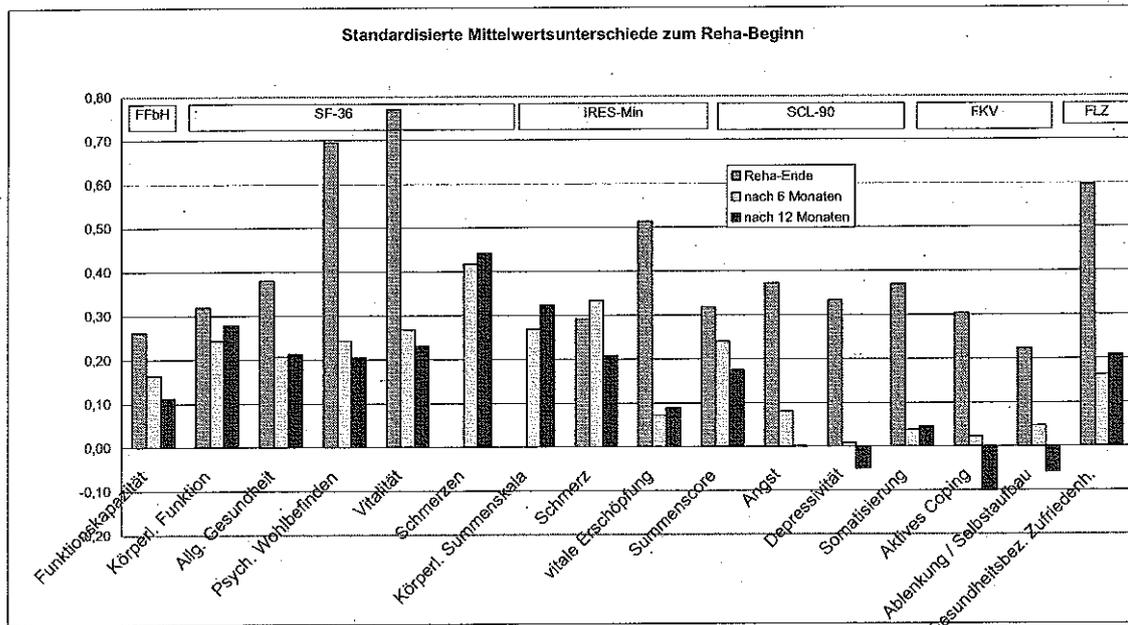


Abb. 7: Standardisierte Mittelwertsunterschiede von Variablen, die sich über vier Messzeitpunkte hinweg veränderten (MANOVA, $p \leq .01$). Die Standardisierung erfolgte an der Standardabweichung zu t_0 . Die Daten sind so gepolt, dass Balken, die nach oben zeigen, positive Veränderungen andeuten.

Wir fanden in diesen Messgrößen eine Reihe von leichten Veränderungen und vier mittlere „Effekte“ vom Beginn der Rehabilitation bis zu ihrem Ende. Am deutlichsten verbesserten sich *Vitalität* und *psychisches Wohlbefinden* gemäß SF-36, der Gesamtscore der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit gemäß FLZ und *vitale*

Erschöpfung gemessen mit dem IRES. Mit Ausnahme von *Funktionskapazität* (FFbH), *Schmerz* (IRES) und *körperlicher Funktionsfähigkeit* (SF-36) stammten alle weiteren positiven Veränderungen aus dem Bereich der psychologischen Merkmale.

Ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation waren die meisten dieser Veränderungen fast vollständig wieder rückgängig gemacht oder deutlich reduziert, eine einzige Ausnahme bildete die Schmerzhäufigkeit und -intensität (IRES). Ein weiteres halbes Jahr später gab tendenziell weitere Verschlechterungen, aber in sehr geringem Umfang.

Die Daten zeigten also insgesamt leichte Verbesserungen am Ende der stationären Rehabilitation, die aber bereits nach einem halben Jahr nicht mehr zu erkennen waren. Weitere Details finden sich im Anhang 5.7, Tabelle 23.

3.11 Unterschiedliche Verläufe in verschiedenen Untergruppen?

In multivariaten Analysen überprüften wir, ob die Verläufe für verschiedene Untergruppen (Geschlecht, Alter, Diagnose, Chronifizierungsgrad) unterschiedlich waren. Bis auf gelegentliche Ausnahmen mit geringeren Effektstärken gab es dafür jedoch keine Anhaltspunkte. Wegen der Vielzahl der Signifikanztests ließen sich hier Zufallsergebnisse auch nicht ausschließen. Insgesamt kamen wir zu dem Ergebnis, dass sich durchgängige wesentliche Interaktionseffekte nicht nachweisen ließen. Auf eine Darstellung der umfangreichen Tabellen haben wir verzichtet.

Vielleicht gab es Untergruppen anderer Art, die sich mit den hier erhobenen Variablen nicht fassen ließen? Während sich manche Patienten verbessert haben, gab es möglicherweise bei anderen Verschlechterungen, so dass die durchschnittlichen Differenzen sich ausglich. Dies müsste sich in geringen oder negativen Korrelationen der einzelnen Verlaufparameter zu den verschiedenen Messzeitpunkten niederschlagen. Das war jedoch nicht der Fall. Gemittelt über mehrere Variablen ergaben sich Koeffizienten von $r = .75$ (t_0 zu t_1), $.63$ (t_0 zu t_2) und $.62$ (t_0 zu t_3). Weitere Angaben finden sich im Anhang 5.7, Tabelle 24.

3.12 Zielübereinstimmung und Zielerreichung

Haben die Patienten, die mit ihren Ärzten oder Physiotherapeuten mehr übereinstimmende Ziele gewählt hatten, ihre Ziele auch besser erreicht? Hierzu berechneten

wir zunächst die Korrelationen zwischen den mittleren Zielerreichungsgraden und der mittleren Zielübereinstimmung. Es ergaben sich keine signifikant von null verschiedene Koeffizienten. Der Grad der Übereinstimmung ließ also keine Vorhersage des so definierten Rehabilitationserfolgs zu.

3.13 Zielübereinstimmung und Verlauf

Für die Berechnungen des Einflusses der Zielübereinstimmung bildeten wir je zwei Gruppen mit hoher vs. niedriger Zielübereinstimmung. Der Cut-off-Punkt lag beim Median (für die Arzt-Patient-Übereinstimmung 0,46 und für die KG-Patient-Übereinstimmung 0,35). Das heißt: Wenn der Anteil gemeinsamer Arzt-Patienten-Ziele an allen Zielen höher als 46 % (KG-Patienten-Ziele: höher als 35 %) war, kam der Patient in die Gruppe „hohe Übereinstimmung“. Das Verfahren wurde zweimal durchgeführt, einmal für die Arzt-Patient-Übereinstimmung, einmal für die Physiotherapeut-Patient-Übereinstimmung.

Wir berechneten multivariate Varianzanalysen mit dem unabhängigen zweistufigen Faktor *Zielübereinstimmung* und dem vierstufigen abhängigen Faktor *Messzeitpunkt* für die verschiedenen Verlaufsparemeter. Es ergaben sich keine Interaktionseffekte. Das bedeutet: Die Verläufe in allen untersuchten Fragebögen waren bei beiden Gruppen gleich, das Ausmaß der Übereinstimmung in den Zielen zwischen Arzt und Patient änderte den weiteren Verlauf nicht.

3.14 Kommunikation über Ziele und Erreichung der Ziele

Aus der Sicht der Patienten ergab sich ein signifikanter ($p = .01$) schwacher Zusammenhang von .25 zwischen dem Summenscore aus dem Fragebogen zur Kommunikation über Ziele und dem Erreichen der Ziele. Wenn Patienten sich positiver über das Gespräch äußerten, stieg die Wahrscheinlichkeit leicht an, dass sie ihre Ziele erreicht sahen, siehe Tabelle 8.

Auch in der Auswertung auf Basis der einzelnen Items ergaben sich eine Reihe von Zusammenhängen mit dem Zielerreichungsgrad. Für das Gespräch des Patienten mit dem Arzt, beurteilt vom Patienten, und dem Ausmaß der Zielerreichung, ebenfalls aus Sicht des Patienten, fanden wir Spearman-Rho-Koeffizienten zwischen .13 („Ich

habe den Eindruck, dass mein Arzt mich richtig verstanden hat und weiß, welche Ziele für mich wichtig sind“) und -.31 („Ich habe den Eindruck, mein Arzt weiß selbst nicht, was er bei mir erreichen möchte“), alle Werte siehe Tabelle 25 im Anhang 5.8.

Tab. 8: Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielerreichung aus den verschiedenen Sichten der Beteiligten. Die Daten sind so gepolt, dass positive Werte bedeuten: Je günstiger die Bewertung des Gespräches über Ziele, desto stärker das Ausmaß der Zielerreichung.

		Zielerreichung aus Sicht des		
		Patienten	Arztes	Physiotherapeuten
Gespräch Patient-Arzt beurteilt vom	Patienten	.25**	.10	
	Arzt	.14*	.36**	
Gespräch Patient-KG beurteilt vom	Patienten	.17*		.12
	Physiotherapeuten	.19*		.21**

* p = .05, ** p = .01

3.15 Kommunikation über Ziele und weiterer Verlauf

Wie hing die Bewertung des Zielfindungsgesprächs mit den verschiedenen Partnern und aus den verschiedenen Blickwinkeln mit dem weiteren Verlauf zusammen? Wir dichotomisierten die Summenwerte des FZK an den Medianen und bildeten für jede Form des Bogens zwei Patientengruppen: eine mit Werten oberhalb und eine mit Werten unterhalb des Medians, siehe Tabelle 10.

Tab 9: Mediane und Stichprobengrößen nach Halbierung am Median. Höhere Werte bedeuten ungünstigere Bewertungen.

	N	Median	n ₁	n ₂
Patient beurteilt Gespräch mit Arzt	247	1,43	112	135
Arzt beurteilt Gespräch mit Patient	259	1,40	140	119
Patient beurteilt Gespräch mit KG	199	1,21	114	85
KG beurteilt Gespräch mit Patient	199	1,29	99	100

Wir führten für alle Gesprächskombinationen Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den Faktoren *Bewertung der Zielfindungskommunikation* (2 Stufen gemäß Mediandichotomisierung) und *Messzeitpunkt* (3 bis 4 Stufen) mit allen Outcomevariablen (siehe Tabelle 1, Abschnitt 2.7) durch. Es ergaben sich in keinem Fall signifikante Interaktionseffekte. Das heißt: Ob ein Zielgespräch positiv oder negativ bewertet wurde, hatte keine überzufälligen Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der erhobenen Parameter.

4. Diskussion der Ergebnisse

In dieser Studie ging es um zwei Fragenkomplexe: 1. Welche Ziele verfolgen wesentliche an der Rehabilitation beteiligte Gruppen (Patienten, Ärzte, Physiotherapeuten) und wie beurteilen sie den Prozess der Zielfindung? 2. Wie wirkt es sich aus, wenn es Übereinstimmung in den Zielen und eine positive Bewertung des Zielfindungsprozesses gibt, verglichen mit wenig Übereinstimmung oder negativer Bewertung?

4.1 Ziele und Zielfindung von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten

Die Daten stützen die Auffassung: Patienten einerseits und Ärzte/Therapeuten andererseits unterscheiden sich in Anzahl und Art der Rehabilitationsziele. Patienten haben mehr Ziele, die Zielauswahl ist individueller und sie betrifft andere Bereiche. Während sich Ärzte und Physiotherapeuten teilweise stereotyp auf wenige Ziele konzentrieren, verteilen sich die Ziele der Patienten auf mehr und unterschiedliche Bereiche. Interessanterweise und anders als häufig vermutet geben Patienten in erster Linie Ziele an, die modernen Rehabilitationskonzepten entsprechen, wie sie von der WHO, den Kostenträgern und Rehabilitationswissenschaftlern vertreten werden – in ICF-Kategorien gesprochen: Ziele aus den Bereichen Aktivitäten, Partizipation und personbezogene Kontextfaktoren. Dagegen deuten die Ziele der Ärzte und Physiotherapeuten auf eine traditionellere Sichtweise der Rehabilitation oder ein von der Akutmedizin geprägtes Verständnis. Besonders deutlich wird dies am Ziel *weniger Schmerzen* – ein Ziel, das Ärzte für fast alle Patienten angeben, das aber nur von jedem zweiten Patienten gewählt wird.

Auch wenn Patienten und Ärzte/Physiotherapeuten vor der Erfassung der Ziele miteinander darüber sprechen, ist die Übereinstimmung von Patienten mit Ärzten/Therapeuten im Allgemeinen eher gering bis mäßig ausgeprägt. Über die meisten Zielen gibt es mehr Uneinigkeit als Konkordanz.

Trotzdem wird das Gespräch über die Ziele von allen Beteiligten *durchschnittlich* als relativ positiv eingeschätzt, von Ärzten etwas positiver als von den Patienten. Dabei herrscht aber bei den Beteiligten bei der Einschätzung *desselben* Gesprächs keine Einigkeit. Wie die geringfügigen Korrelationen zwischen Zielübereinstimmung und

Bewertung der zielbezogenen Kommunikation zeigen, ist die Beurteilung des Gespräches auch weitgehend unabhängig vom Ergebnis des Gesprächs.

Wir vermuten, dass das eigentliche Gespräch über Ziele in der Aufnahmeuntersuchung im Allgemeinen nur einen untergeordneten Platz einnimmt, die Ziele von Ärzten und Therapeuten zu einem guten Teil schematisch angegeben werden und dass die Bewertung des Gesprächs teilweise die Einschätzung des gesamten Erstkontaktes oder der generellen Patient-Arzt/Therapeut-Beziehung reflektiert.

In Zusammenhang mit diesen Ergebnissen ist außerdem zu berücksichtigen, dass vermutlich auf Seiten der Patienteneinschätzung Effekte der sozialen Erwünschtheit aufgetreten sind. Diese Folgerung lassen zumindest die Aussagen der Patienten während des Ausfüllens der Fragebögen zu. Trotz zugesicherter Anonymität bei der Behandlung der Daten äußerten Patienten die Ansicht, Nachteile während ihres Klinikaufenthaltes befürchten zu müssen, wenn sie ihren Ärzten schlechte Bewertungen geben würden. Hierfür spricht auch: Das Item aus dem FBR-Z *In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen*, vorgegeben am Ende des stationären Aufenthaltes, wurde negativer beantwortet als die Items unseres Fragebogens unmittelbar nach der Aufnahme.

4.2 Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg

Die Daten liefern – bis auf geringfügig bessere Zielerreichung bei positiver Bewertung der Zielfindungskommunikation – keine Belege für unsere Haupthypothese: Das Ausmaß der Zielübereinstimmung, gleich ob mit dem Arzt oder dem Physiotherapeuten, hängt in keiner Weise zusammen mit der Zielerreichung, mit dem Verlauf von Schmerzen und Funktionskapazität, Lebensqualität, Merkmalen psychischer Gesundheit, Krankheitsbewältigungsstrategien und allen anderen erhobenen Variablen, auch nicht bei irgendwelchen Teilgruppen. Ebenso wenig konnten wir nachweisen, dass sich die Bewertung des Zielfindungsprozesses auf diese Variablen auswirkt.

Wenn die Studie unsere Hypothese nicht unterstützt, ist sie damit widerlegt? Wir sehen Gründe dafür, diese Frage zu verneinen. Der Hauptgrund liegt in einem generell geringen Erfolg der Rehabilitation. Die leichten Veränderungen in manchen Variablen, bei überwiegend fraglicher klinischer Relevanz, verschwinden fast völlig nach sechs oder zwölf Monaten. Dies gilt für die Mittelwertsbetrachtung wie auch für indi

viduelle Veränderungen, wie die hohen Korrelationen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten zeigen. Das beste prognostische Kriterium ist stets der Eingangswert. Wenn wir vorhersagen wollen, wie es einem Rehabilitanden mit Rückenschmerzen in einem Jahr gehen wird, erzielen wir die höchste Trefferquote mit der Behauptung: genauso wie heute. Dies ist ein ebenso deprimierender wie verbreiteter Befund aus fast fünfzig deutschen Studien¹⁷. Wenn es keine Veränderungen gibt, lassen sich natürlich auch keine Einflussfaktoren auf den Verlauf einer Messgröße identifizieren. Eine geringe Varianz lässt sich bei der gegebenen Reliabilität der Messinstrumente nicht aufklären.

Neben dem mangelnden Behandlungserfolg sehen wir auch auf der Seite der unabhängigen Variablen – Zielübereinstimmung, Zielfindungskommunikation – Probleme. Das Erfassen der Ziele durch eine Liste mit vorgegebenem Inhalt beurteilen wir heute als unzureichend und wenig valide. Wir vermuten: Die Liste hat manche Patienten zur Beliebigkeit und zum Ankreuzen vieler Ziele von stark unterschiedlicher Bedeutung verführt oder auf Seiten der Ärzte und Therapeuten ein eher stereotypes Muster gefördert. Ein Teil der Ziele ist außerdem recht abstrakt formuliert. Hat ein Patient tatsächlich *Verbesserung der Beweglichkeit* als Ziel, oder sind es nicht vielmehr ganz bestimmte Bewegungen, die er wieder oder mit weniger Beschwerden ausführen können will?

Für zukünftige Studien empfehlen wir ein andersartiges Vorgehen: Patienten klären ihre Ziele im Einzelgespräch mit einem Psychologen. Die Ziele werden individuell, präzise und operationalisiert formuliert. Für jedes so identifizierte Ziel gibt der Patient auf einer mehrstufigen numerischen Ratingskala an, wie weit er im Augenblick davon entfernt ist. Zu späteren Messzeitpunkten erhält der Patient die Liste seiner persönlichen Ziele wieder vorgelegt und schätzt erneut ein, wie weit er von diesem Ziel jetzt entfernt ist. Auf diese Weise entsteht ein valides Messinstrument, das völlig individualisiert ist und trotzdem ohne Schwierigkeiten quantitative Analysen ermöglicht.

Für einen Schwachpunkt unserer Studie halten wir den Umstand, dass wir nicht kontrolliert haben, wieweit die gemeinsamen Ziele im Behandlungsteam kommuniziert wurden und welche Rolle sie überhaupt bei der Behandlung spielten. Möglicherweise haben sie die Auswahl und Durchführung der Therapien kaum beeinflusst. In diesem Falle könnten sie auch kaum Einfluss auf das Ergebnis ausgeübt haben.

Welche Bedeutung unserem Fragebogen FKZ zur Zielfindungskommunikation beizumessen ist, bleibt unklar. Obwohl von hoher interner Konsistenz hängt er kaum mit anderen Variablen zusammen, so dass letzten Endes fraglich bleibt, was er eigentlich misst.

Dass wir trotz all dieser Umstände etwa vier bis neun Prozent der Varianz des Zielerreichungsgrades durch die zielbezogene Kommunikation aufklären konnten, ist beachtlich. Weitere Forschung auf diesem Gebiet erscheint jedoch nur sinnvoll, wenn es gelingt, den Erfolg der Rehabilitation bei Rückenschmerzen deutlich zu erhöhen.

5. Anhang

5.1 Informationsblatt für Patienten

Informationen zur wissenschaftlichen Untersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie befinden sich derzeit zu einer Reha-Behandlung in unserer Klinik. Wir bemühen uns, Ihnen alle notwendigen und geeigneten Behandlungen zukommen zu lassen, die zur Besserung Ihres körperlichen und seelischen Befindens beitragen.

Darüber hinaus führen wir eine wissenschaftliche Studie bei Patienten mit Rückenschmerz durch. Wir möchten herausfinden, wie sich die Übereinstimmung der Behandlungsziele von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten auf den Erfolg der Reha-Maßnahme auswirkt. Zusätzlich wird untersucht, wie Patienten die Rehabilitationsmaßnahme erleben und beurteilen.

Wir möchten Sie um Ihre Mithilfe bei der Durchführung dieser wissenschaftlichen Studie bitten.

Wenn Sie uns helfen möchten, bekommen Sie zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsbehandlung sowie 6 Monate und ein Jahr danach einen Fragebogen. Zusätzlich werden von uns einige Daten zu Ihrer Erkrankung und zu den hier durchgeführten Behandlungen erfasst. Ihre Teilnahme ist freiwillig, und Sie können jederzeit, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, aus der Studie ausscheiden.

Falls Sie nicht teilnehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Um die verschiedenen Fragebögen zuordnen zu können, sind diese mit einer einheitlichen Code-Nummer versehen. Dadurch ist gewährleistet, dass bei der Datenverarbeitung die ärztliche Schweigepflicht gewahrt wird. Die Bearbeitung Ihrer Angaben erfolgt anonym, das heißt ohne Nennung Ihres Namens, Ihres Geburtsdatums, Ihrer Anschrift oder anderer Angaben. Damit sind die Forderungen des Datenschutzes erfüllt, eine Weitergabe der Daten an staatliche o. private Einrichtungen ist ausgeschlossen. Nach Abschluss der Studie werden sämtliche Daten gelöscht.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass die Untersuchung nicht auf Veranlassung der Kostenträger erfolgt und lediglich Forschungszwecken dient.

Wenn Sie diese Ausführungen gelesen haben und an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die beigefügte Einverständniserklärung auf der vorletzten Seite dieses Fragebogens zu unterschreiben. Falls Sie noch weitere Fragen haben, steht Ihnen unsere Mitarbeiterin Frau Dr. Ira Rietz (Tel.: 04192-902347) gerne zur Verfügung.

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Tab. 1: Teilnahmequoten im Zeitverlauf
(Ausgangsstichprobe: N = 284)

t0	t1	t2	t3	Anzahl	Prozent*
X	X	X	X	174	61,3
X	X	X	-	35	12,3
X	X	-	-	31	10,9
X	-	-	-	16	5,6
X	X	-	X	17	6,0
X	-	X	X	5	1,8
X	-	X	-	3	1,1
X	-	-	X	3	1,1

*bezogen auf die Ausgangsstichprobe

Tab. 2: Häufigkeiten in verschiedenen
Alterklassen

	Häufigkeit	Prozent
bis 30 Jahre	14	4,9
31 bis 40 Jahre	50	17,6
41 bis 50 Jahre	86	30,3
51 bis 60 Jahre	116	40,8
61 bis 65 Jahre	18	6,3
Gesamt	284	100,0

Tab. 3: Familienstand

	Frauen		Männer		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ledig	18	16,2	23	13,3	41	14,4
verheiratet	68	61,3	128	74,0	196	69,0
verwitwet	6	5,4	3	1,7	9	3,2
geschieden	17	15,3	18	10,4	35	12,3
getrennt leb.	1	0,9	1	0,6	2	0,7
keine Angabe	1	0,9	-	-	1	0,4

Tab. 4: Schulabschluss

	Häufigkeit	Prozent
Hauptschule	144	50,7
Realschule	69	24,3
Polytechnische Oberschule	10	3,5
Fachhochschulreife	17	6,0
Abitur/ Hochschulreife	23	8,1
ohne Schulabschluss	10	3,5
andere	3	1,1
keine Ang.	8	2,8

Tab. 5: Verteilung der Diagnosen

Diagnose	Männer		Frauen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
M41 Skoliose	2	1,2	0	0,0
M42 Osteochondrose	2	1,2	0	0,0
M45 Spondylitis ankylosans	36	20,8	8	7,2
M46 Sonstige entzündliche Spondylopathien	3	1,7	2	1,8
M47 Spondylose	0	0,0	1	0,9
M48 Sonstige Spondylopathien	4	2,3	4	3,6
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	54	31,2	34	30,6
M53 Sonstige Krankheiten der WS und des Rückens	8	4,6	10	9,0
M54 Rückenschmerzen	64	37,0	52	46,8
Gesamt	173	100,0	111	100,0

Tab. 6: Chronifizierung gemäß Selbsteinschätzung

	Chronifizierung	Häufigkeit	Prozent
Gültig	schwache	59	20,8
	mittlere	198	69,7
	starke	21	7,4
	Gesamt	278	97,9
Fehlend		6	2,1
Gesamt		284	100,0

Tab. 7: Erwartungen an die Rehabilitation bei 155 Männern und 103 Frauen.

FREM-17		Gesamt	Männer	Frauen
Wohlbefinden/Erholung	M	2,07	1,97	2,22
	s	0,64	0,63	0,62
Diagnostik/Therapie	M	2,54	2,52	2,58
	s	0,50	0,49	0,51
Krankheitsbewältigung	M	1,91	1,79	2,10
	s	0,71	0,62	0,79
Beruf/Rente	M	1,41	1,45	1,34
	s	0,96	0,93	1,01

5.3 Rehabilitationsziele von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten

Abb. 8: Fragebogen zur Erfassung von Rehabilitationszielen (Patientenversion)

Für therapeutische Überlegungen ist es wichtig, mit einzubeziehen, welche Ziele Sie selbst mit Ihrer Reha-Maßnahme verknüpfen. Sie finden hier eine Liste möglicher Ziele. Bitte kreuzen Sie die Ziele an, die für Sie persönlich am wichtigsten sind.
Schmerz
<input type="radio"/> Schmerzfreiheit
<input type="radio"/> weniger Schmerzen
<input type="radio"/> Umgang mit Schmerzen lernen
<input type="radio"/> erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann
Körperliche Leistungsfähigkeit
<input type="radio"/> Verbesserung der Beweglichkeit
<input type="radio"/> Verbesserung der Ausdauer
<input type="radio"/> lernen, wie man sich richtig hält und bewegt (Rückenschule, krankengymnastische Übungen)
Lebensstiländerung
<input type="radio"/> entspannter, stressfreier leben
<input type="radio"/> Verbesserung der Ernährung
<input type="radio"/> Gewichtsabnahme
<input type="radio"/> regelmäßige Bewegung/Sport
<input type="radio"/> Rauchen aufgeben
Arbeit und Beruf
<input type="radio"/> ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen
<input type="radio"/> Wiedereingliederung in den Beruf
<input type="radio"/> Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz
<input type="radio"/> Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)
Alltag und Freizeit
<input type="radio"/> den Haushalt selbständig führen können
<input type="radio"/> sich selbständig an-/ausziehen und pflegen können
<input type="radio"/> besser Treppensteigen können
<input type="radio"/> besser gehen können
<input type="radio"/> das Einkaufen besser bewältigen
<input type="radio"/> Verkehrsmittel besser benutzen können
<input type="radio"/> Hobbys und Freizeitaktivitäten besser bzw. wieder ausüben können
Information
<input type="radio"/> Informationen über meine Erkrankung, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten bekommen
<input type="radio"/> Kontakte zu anderen Betroffenen bekommen
<input type="radio"/> Information und Hilfe bei sozialen und rechtlichen Fragen und Anträgen
Bewältigung von Belastungen
<input type="radio"/> Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts
<input type="radio"/> Klärung von Schwierigkeiten in Ehe/Partnerschaft, Familie, Beruf oder Freizeit
<input type="radio"/> Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagsorgen
<input type="radio"/> Verbesserung der Stimmung
<input type="radio"/> Erkennen von Lösungswegen
<input type="radio"/> Mut zu neuen Aktivitäten

Tab. 8: Häufigkeiten der von den Patienten genannten Rehabilitationsziele
(N = 283), geordnet nach der Zahl der Nennungen

Ziele der Patienten	Nennungen	Prozent
richtige Bewegungen lernen	216	76,3
Verbesserung der Beweglichkeit	211	74,6
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	191	67,5
entspannter, stressfreier leben	187	66,1
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	183	64,7
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	179	63,3
regelmäßige Bewegung/Sport	176	62,2
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	174	61,5
weniger Schmerzen	151	53,4
Mut zu neuen Aktivitäten	132	46,6
Verbesserung der Ausdauer	121	42,8
Gewichtsabnahme	121	42,8
Umgang mit Schmerzen lernen	121	42,8
Schmerzfreiheit	119	41,9
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	118	41,7
besser gehen können	107	37,8
Erkennen von Lösungswegen	106	37,5
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	95	33,6
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	92	32,5
den Haushalt selbständig führen können	88	31,1
besser Treppensteigen können	87	30,7
Verbesserung der Ernährung	84	29,7
Verbesserung der Stimmung	80	28,3
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	66	23,3
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	65	23
das Einkaufen besser bewältigen	62	21,9
Wiedereingliederung in den Beruf	60	21,2
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	56	19,8
Kontakte zu anderen Betroffenen	52	18,4
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	43	15,2
Rauchen aufgeben	37	13,1
Verkehrsmittel besser benutzen können	34	12

Tab. 9: Häufigkeiten der von den Ärzten genannten Rehabilitationsziele (N = 274), geordnet nach der Zahl der Nennungen

Ziele, die Ärzte für ihre Patienten wählten	Nennungen	Prozent
weniger Schmerzen	258	94,2
richtige Bewegungen lernen	203	74,1
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	181	66,1
Umgang mit Schmerzen lernen	173	63,1
Verbesserung der Beweglichkeit	169	61,7
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	150	54,7
Verbesserung der Ausdauer	125	45,6
Gewichtsabnahme	119	43,4
regelmäßige Bewegung/Sport	112	40,9
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	94	34,3
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	87	31,8
entspannter, stressfreier leben	59	21,5
Verbesserung der Ernährung	54	19,7
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	52	19,0
Erkennen von Lösungswegen	46	16,8
Wiedereingliederung in den Beruf	43	15,7
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	39	14,2
Rauchen aufgeben	34	12,4
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagsorgen	31	11,3
Mut zu neuen Aktivitäten	31	11,3
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	31	11,3
Verbesserung der Stimmung	29	10,6
besser gehen können	24	8,8
den Haushalt selbständig führen können	23	8,4
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	22	8,0
besser Treppensteigen können	17	6,2
das Einkaufen besser bewältigen	14	5,1
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	7	2,6
Kontakte zu anderen Betroffenen	6	2,2
Schmerzfreiheit	6	2,2
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	5	1,8
Verkehrsmittel besser benutzen können	4	1,5

Tab. 10: Häufigkeiten der von den Physiotherapeuten genannten Rehabilitationsziele (N = 225), geordnet nach der Zahl der Nennungen

Ziele, die Physiotherapeuten für ihre Patienten wählten	Nennungen	Prozent
weniger Schmerzen	149	66,2
Verbesserung der Beweglichkeit	134	59,6
richtige Bewegungen lernen	102	45,3
erfahren, was Pat. selbst gegen Schmerzen machen kann	90	40,0
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	73	32,4
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	61	27,1
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	56	24,9
regelmäßige Bewegung/Sport	56	24,9
Verbesserung der Ausdauer	56	24,9
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	43	19,1
Umgang mit Schmerzen lernen	41	18,2
besser gehen können	35	15,6
Mut zu neuen Aktivitäten	34	15,1
Gewichtsabnahme	34	15,1
Schmerzfreiheit	27	12,0
entspannter, stressfreier leben	25	11,1
Erkennen von Lösungswegen	19	8,4
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	19	8,4
Wiedereingliederung in den Beruf	16	7,1
Verbesserung der Stimmung	12	5,3
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagsorgen	11	4,9
besser Treppensteigen können	11	4,9
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	10	4,4
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	10	4,4
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	7	3,1
den Haushalt selbständig führen können	6	2,7
Verbesserung der Ernährung	4	1,8
Kontakte zu anderen Betroffenen	4	1,8
Rauchen aufgeben	4	1,8
Verkehrsmittel besser benutzen können	2	0,9
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	1	0,4
das Einkaufen besser bewältigen	0	0

Tab. 11: Relative Häufigkeiten, mit denen Reha-Ziele von Patienten, ihren Ärzten und Physiotherapeuten gewählt wurden

Ziele	Pat	Arzt	KG
Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	23,0	11,3	4,9
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	15,2	1,8	4,4
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	63,3	54,7	32,4
besser gehen können	37,8	8,8	15,6
besser Treppensteigen können	30,7	6,2	4,9
das Einkaufen besser bewältigen	21,9	5,1	0,0
den Haushalt selbständig führen können	31,1	8,4	2,7
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	33,6	11,3	19,1
entspannter, stressfreier leben	66,1	21,5	11,1
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	64,7	66,1	40,0
Erkennen von Lösungswegen	37,5	16,8	8,4
Gewichtsabnahme	42,8	43,4	15,1
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	61,5	31,8	24,9
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	67,5	34,3	27,1
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	41,7	19,0	8,4
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	23,3	8,0	3,1
Kontakte zu anderen Betroffenen	18,4	2,2	1,8
Mut zu neuen Aktivitäten	46,6	11,3	15,1
Rauchen aufgeben	13,1	12,4	1,8
regelmäßige Bewegung/Sport	62,2	40,9	24,9
richtige Bewegungen lernen	76,3	74,1	45,3
Schmerzfreiheit	41,9	2,2	12,0
sich selbständig an-/ausziehen und pflegen können	19,8	2,6	0,4
Umgang mit Schmerzen lernen	42,8	63,1	18,2
Verbesserung der Ausdauer	42,8	45,6	24,9
Verbesserung der Beweglichkeit	74,6	61,7	59,6
Verbesserung der Ernährung	29,7	19,7	1,8
Verbesserung der Stimmung	28,3	10,6	5,3
Verkehrsmittel besser benutzen können	12,0	1,5	0,9
weniger Schmerzen	53,4	94,2	66,2
Wiedereingliederung in den Beruf	21,2	15,7	7,1
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	32,5	14,2	4,4

5.4 Übereinstimmung der Ziele

Tab. 12: Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt für alle Ziele, geordnet nach Grad der Übereinstimmung. Alle Angaben in Prozent. Lesebeispiel: Das Ziel *richtige Bewegungen lernen* wurde bei 56,7 % der Patienten sowohl vom Patienten als auch seinem Arzt übereinstimmend als Ziel gewählt. 16,2 % aller Patienten wählten diese Ziel, ohne dass es auch vom Arzt gewählt wurde, und in 14,4 % der Fälle wählte es allein der Arzt. Bei 8,8 % der Patienten wählten es weder der Patient, noch der Arzt. An 100 % fehlend: keine Daten des Arztes.

Nr	Ziele	Übereinstimmung	nur Patient	nur Arzt	keiner
7	richtige Bewegungen lernen	56,7	16,2	14,4	8,8
2	weniger Schmerzen	49,6	1,1	40,8	4,6
4	erfahren, was Pat selbst gegen Schmerzen machen kann	43,3	18,7	20,1	14,1
5	Verbesserung der Beweglichkeit	43,3	28,5	15,8	8,5
13	ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	36,6	25,0	15,8	18,7
10	Gewichtsabnahme	30,6	11,3	11,3	43,0
11	regelmäßige Bewegung/Sport	28,5	32,0	10,6	25,0
3	Umgang mit Schmerzen lernen	26,1	16,2	34,5	19,4
24	Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	23,6	41,9	9,5	21,1
23	Hobbys und Freizeitaktivitäten wieder ausüben	20,4	37,7	10,2	27,8
6	Verbesserung der Ausdauer	18,7	22,9	25,0	29,6
8	entspannter, stressfreier leben	15,5	48,6	5,3	26,8
26	Infos/Hilfe bei soz./rechtlichen Fragen/Anträgen	11,3	29,2	7,0	48,6
9	Verbesserung der Ernährung	9,9	19,7	9,2	57,4
14	Wiedereingliederung in den Beruf	7,7	12,3	7,4	68,7
32	Mut zu neuen Aktivitäten	7,4	38,0	3,5	47,2
31	Erkennen von Lösungswegen	7,0	29,2	9,2	50,7
27	Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	6,7	25,0	7,0	57,4
20	besser gehen können	6,3	29,6	2,1	58,1
15	Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	5,6	26,8	5,3	58,5
12	Rauchen aufgeben	4,9	7,4	7,0	76,8
17	den Haushalt selbständig führen können	4,9	24,3	3,2	63,7
29	Abbau von Ängsten	4,6	16,9	6,3	68,3
30	Verbesserung der Stimmung	4,2	23,2	6,0	62,7
28	Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf	3,5	19,4	4,2	69,0
19	besser Treppensteigen können	3,2	26,1	2,8	64,1
1	Schmerzfreiheit	1,8	39,4	0,4	54,6
21	das Einkaufen besser bewältigen	1,8	19,0	3,2	72,2
16	Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	1,4	13,0	0,4	81,3
25	Kontakte zu anderen Betroffenen	1,4	16,9	0,7	77,1
18	sich selbständig an/ausziehen können	1,1	17,6	1,4	76,1
22	Verkehrsmittel besser benutzen können	0,4	10,2	1,1	84,5

Tab. 13: Übereinstimmung zwischen Patient und Physiotherapeut für alle Ziele, geordnet nach Grad der Übereinstimmung. Alle Angaben in Prozent. Zu lesen wie Tab. 12.

Nr Ziel	Übereinstimmung			
	nur Patient	nur KG	keiner	
5 Verbesserung der Beweglichkeit	46,7	26,7	12,9	13,8
2 weniger Schmerzen	38,2	15,1	28	18,7
7 richtige Bewegungen lernen	36,9	41,8	8,4	12,9
4 erfahren, was Pat. selbst gegen Schmerzen machen kann	28,0	38,7	12	21,3
13 ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	21,8	40,4	10,7	27,1
11 regelmäßige Bewegung/Sport	16,4	45,3	8,4	29,8
24 Informationen über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	16,0	50,7	11,1	22,2
23 Hobbys und Freizeitaktivitäten besser bzw. wieder ausüben können	14,7	44,4	10,2	30,7
10 Gewichtsabnahme	12,9	30,7	2,2	54,2
6 Verbesserung der Ausdauer	12,0	29,8	12,9	45,3
20 besser gehen können	9,3	32,9	6,2	51,6
3 Umgang mit Schmerzen lernen	8,9	33,8	9,3	48
15 Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	8,0	25,8	11,1	55,1
32 Mut zu neuen Aktivitäten	7,6	38,2	7,6	46,7
8 entspannter, stressfreier leben	6,7	60,9	4,4	28
26 Infos/Hilfe bei soz./ rechtlichen Fragen/Anträgen	6,2	36,9	2,2	54,7
1 Schmerzfreiheit	5,8	37,3	6,2	50,7
14 Wiedereingliederung in den Beruf	3,6	20,4	3,6	72,4
19 besser Treppensteigen können	3,6	29,8	1,3	65,3
30 Verbesserung der Stimmung	3,1	24	2,2	70,7
16 Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	2,7	12,9	1,8	82,7
17 den Haushalt selbständig führen können	2,7	29,8	0	67,6
27 Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	2,7	31,1	1,8	64,4
31 Erkennen von Lösungswegen	2,2	35,6	6,2	56
28 Klärung von Schwierigkeiten in Ehe/Partnerschaft, Familie, Beruf oder Freizeit	1,8	23,6	1,3	73,3
25 Kontakte zu anderen Betroffenen bekommen	1,3	14,7	0,4	83,6
12 Rauchen aufgeben	0,9	12,9	0,9	85,3
29 Abbau von Ängsten, Abstand von Alltagsorgen	0,9	22,7	4	72,4
9 Verbesserung der Ernährung	0,4	29,8	1,3	68,4
18 sich selbständig an-/ausziehen und pflegen können	0,4	20,4	0	79,1
22 Verkehrsmittel besser benutzen können	0,0	12,9	0,9	86,2
21 das Einkaufen besser bewältigen	0,0	23,6	0	76,4

5.5 Zielfindungskommunikation

Fragebogen zur Zielfindungskommunikation (FZK)

Version: Der FZK existiert in vier Versionen: PA, PKG, A und KG. PA: Befragt wird der Patient über sein Gespräch mit dem Arzt. PKG: Befragt wird der Patient über sein Gespräch mit dem Physiotherapeuten. A: Befragt wird der Arzt über sein Gespräch mit dem Patienten. KG: Befragt wird der Physiotherapeut über sein Gespräch mit dem Patienten. Die Versionen unterscheiden sich nur durch den Austausch einzelner Wörter. Hier ist die Version PA wiedergegeben.

Instruktion: Während der Aufnahmeuntersuchung hat Ihr Arzt mit Ihnen auch darüber gesprochen, welche Ziele Sie während der Reha erreichen möchten. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf das Gespräch mit Ihrem Arzt zutreffen.

1. Mein Arzt hat ausführlich mit mir darüber gesprochen, welche Ziele die Behandlung erreichen soll.
2. Mein Arzt hat sich dafür interessiert, welche Ziele ich in der Rheumaklinik erreichen möchte.
3. Ich habe den Eindruck, dass mein Arzt mich richtig verstanden hat und weiß, welche Ziele für mich wichtig sind.
4. Durch das Gespräch mit dem Arzt ist mir klarer geworden, welche Ziele ich hier erreichen kann.
5. Ich glaube, mein Arzt will mit meiner Behandlung andere Ziele erreichen als ich.
6. Mein Arzt und ich haben uns gemeinsam auf die Ziele geeinigt.
7. Mein Arzt hat gut zugehört, als ich über meine Ziele gesprochen habe.
8. Ich habe das Gefühl, mein Arzt lehnt meine Ziele ab.
9. Im Gespräch mit meinem Arzt hatte ich genug Zeit zu sagen, was ich selbst hier erreichen will.
10. Durch das Gespräch mit meinem Arzt habe ich eingesehen, dass manche meiner Ziele unrealistisch hochgesteckt waren.
11. Durch das Gespräch mit meinem Arzt bin ich auf gute Ziele gekommen, die mir vorher nicht so klar waren.
12. Mein Arzt und ich, wir ziehen am selben Strang.
13. Ich habe den Eindruck, mein Arzt weiß selbst nicht, was er bei mir erreichen möchte.
14. Mein Arzt versteht meine Ziele nicht.
15. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich mit meinen Zielen ernst nimmt.
16. Mit der Art, wie mein Arzt die Ziele der Behandlung mit mir besprochen hat, bin ich insgesamt zufrieden.

Antwortmöglichkeiten: trifft genau zu, trifft etwas zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu.

Tab. 14: Durchschnittliche Antworten von Patienten und Ärzten. 1: trifft genau zu, 4: trifft gar nicht zu. Alle Mittelwertsunterschiede bis auf die mit n. s. gekennzeichneten sind signifikant.

Item	Patient		Arzt	
	M	s	M	s
1 A hat ausführlich darüber gesprochen, welche Ziele Behandlung erreichen soll	1,70	0,83	1,41	0,57
2 A hat sich dafür interessiert, welche Ziele P in Klinik erreichen möchte	1,61	0,83	1,29	0,51
3 P hat den Eindruck, dass A weiß, welche Ziele für P wichtig sind	1,53	0,79	1,41	0,51
4 Durch Gespräch mit A ist P klarer geworden, welche Ziele P erreichen kann	1,93	0,86	2,12	0,90
5 P glaubt, A will mit Behandlung andere Ziele als P erreichen (n. s.)	3,36	0,85	3,37	0,71
6 A und P haben sich gemeinsam auf die Ziele geeinigt	1,95	1,01	1,42	0,51
7 A hat gut zugehört, als P über seine Ziele gesprochen hat	1,60	0,86	1,39	0,50
8 P hat Gefühl, dass A seine Ziele ablehnt (n. s.)	3,56	0,69	3,60	0,60
9 Im Gespräch mit A hatte P genug Zeit zu sagen, was P erreichen möchte	1,65	0,87	1,49	0,54
10 A und P ziehen am selben Strang	1,70	0,89	1,50	0,58
11 A weiß selbst nicht, was er bei P erreichen möchte	3,44	0,99	3,55	0,68
12 A versteht Ziele von P nicht (n. s.)	3,53	0,83	3,59	0,61
13 Eindruck, A nimmt P mit Zielen ernst	1,66	0,78	1,45	0,53
14 Zufrieden, wie A mit P Ziele besprochen hat (n. s.)	1,54	0,68	1,49	0,57
Mittel über aller Items ^a	1,62	0,56	1,47	0,37

^a Items 5, 8, 11 und 12 umgepolt

Tab. 15: Durchschnittliche Antworten von Physiotherapeuten (KG) und Ärzten. 1: trifft genau zu, 4: trifft gar nicht zu. Bei den mit * gekennzeichneten Items unterschieden sich die Gesprächspartner in ihrer Beurteilung.

Item	Patient		KG	
	M	s	M	s
1 KG hat ausführlich darüber gesprochen, welche Ziele Behandlung erreichen soll	1,36	0,68	1,33	0,55
2 KG hat sich dafür interessiert, welche Ziele P in Klinik erreichen möchte	1,32	0,70	1,16	0,40
3 P hat den Eindruck, dass KG weiß, welche Ziele für P wichtig sind	1,36	0,78	1,33	0,52
4 Durch Gespräch mit KG ist P klarer geworden, welche Ziele P erreichen kann*	1,65	0,76	1,90	0,84
5 P glaubt, KG will mit Behandlung andere Ziele als P erreichen	3,61	0,62	3,62	0,65
6 KG und P haben sich gemeinsam auf die Ziele geeinigt*	1,51	0,81	1,81	0,95
7 KG hat gut zugehört, als P über seine Ziele gesprochen hat	1,25	0,65	1,18	0,42
8 P hat Gefühl, dass KG seine Ziele ablehnt	3,77	0,52	3,84	0,52
9 Im Gespräch mit KG hatte P genug Zeit zu sagen, was P erreichen möchte	1,34	0,73	1,29	0,59
10 KG und P ziehen am selben Strang	2,92	1,01	3,45	0,82
11 KG weiß selbst nicht, was er bei P erreichen möchte	2,20	1,02	3,08	0,95
12 KG versteht Ziele von P nicht	1,34	0,66	1,37	0,61
13 Eindruck, KG nimmt P mit Zielen ernst*	3,76	0,52	3,67	0,71
14 Zufrieden, wie KG mit P Ziele besprochen hat	3,77	0,55	3,74	0,61
Mittel über aller Items ^a	1,35	0,42	1,35	0,33

^a Items 5, 8, 11 und 12 umgepolt

Tab. 16: Durchschnittliche Arzt-Antworten bei Patienten mit entzündlichen und degenerativen Erkrankungen. 1: trifft genau zu, 4: trifft gar nicht zu.

Item	entzündlich		degenerativ	
	M	s	M	s
1 habe ausführlich über Behandlungsziele gesprochen	1,33	0,54	1,43	0,58
2 will erfahren, welche Ziele Patient selbst erreichen möchte	1,30	0,59	1,29	0,48
3 habe Patienten verstanden und weiß, welche Ziele ihm wichtig sind	1,23	0,42	1,47	0,52
4 durch Gespräch mit mir ist P klarer geworden, welche Ziele er hier erreichen kann	2,11	1,11	2,12	0,83
5 Patient will andere Ziele erreichen als ich	1,31	0,59	1,72	0,71
6 habe mich gemeinsam mit dem P auf die Ziele geeinigt	1,18	0,39	1,30	0,48
7 habe gut zugehört, als P über seine Ziele gesprochen hat	1,26	0,44	1,47	0,52
8 Ziele, die P verfolgt, lehne ich ab	1,23	0,42	1,43	0,51
9 habe P genügend Zeit gelassen zu sagen, was er hier erreichen will	1,21	0,58	1,45	0,60
10 durch Gespräch mit mir hat P eingesehen, dass manche seiner Ziele zu hoch sind	1,30	0,50	1,55	0,54
11 durch Gespräch mit mir ist P auf gute Ziele gekommen, die ihm vorher nicht klar waren	3,62	0,66	2,76	1,00
12 P und A ziehen am selben Strang	1,28	0,52	1,57	0,58
13 bin selbst nicht sicher, was ich bei diesem P erreichen möchte	1,26	0,58	1,51	0,70
14 Ziele des P sind mir nicht klar geworden	1,23	0,53	1,46	0,63
Mittel über aller Items ^a	1,32	0,37	1,52	0,35

^a Items 5, 8, 11 und 12 umgepolt

5.6 Erreichen der Ziele

Tab. 17: Patienten beurteilen das Ausmaß, in dem sie die von ihnen selbst gewählten Ziele erreicht haben. 1: Ziel überhaupt nicht erreicht – 2: etwas erreicht – 3: größtenteils erreicht – 4: vollkommen erreicht. Die Ziele sind nach dem Grad ihrer Erreichung sortiert.

Ziele der Patienten (geordnet nach dem Ausmaß der Zielerreichung)	N	Mittelwert	s
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	46	3,26	,905
richtige Bewegungen lernen	181	2,82	,726
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	161	2,79	,762
den Haushalt selbständig führen können	60	2,78	,865
Kontakte zu anderen Betroffenen	39	2,74	,785
regelmäßige Bewegung/Sport	130	2,74	,721
das Einkaufen besser bewältigen	75	2,73	2,367
Mut zu neuen Aktivitäten	101	2,68	,812
Verbesserung der Stimmung	67	2,63	,902
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	140	2,60	,776
Erkennen von Lösungswegen	87	2,56	,742
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	99	2,51	,962
Verbesserung der Ernährung	64	2,48	,854
Umgang mit Schmerzen lernen	98	2,47	,776
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	115	2,42	,917
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	76	2,34	,809
entspannter, stressfreier leben	134	2,30	,766
Verbesserung der Ausdauer	99	2,29	,732
Verkehrsmittel besser benutzen können	18	2,28	,958
besser Treppensteigen können	68	2,26	,874
Verbesserung der Beweglichkeit	180	2,26	,718
Rauchen aufgeben	31	2,23	1,146
besser gehen können	90	2,21	,906
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	49	2,20	,841
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	116	2,20	,925
Gewichtsabnahme	102	2,18	,801
Schmerzfreiheit	90	2,17	,824
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	43	2,05	,815
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	46	2,04	,842
weniger Schmerzen	121	1,94	,767
Wiedereingliederung in den Beruf	37	1,59	1,040
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	21	1,57	,978
Mittlerer Zielerreichungsgrad		2,43	,57

Tab. 18: Ärzte beurteilen, inwieweit die Ziele erreicht wurden, die sie für ihre Patienten gewählt hatten.
 1: Ziel überhaupt nicht erreicht – 2: etwas erreicht – 3: größtenteils erreicht – 4: vollkommen erreicht

Ziele der Ärzte (geordnet nach dem Ausmaß der Zielerreichung)	N	M	s
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	43	3,12	,793
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	87	3,11	,655
Erkennen von Lösungswegen	36	3,00	,676
Verkehrsmittel besser benutzen können	2	3,00	,000
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	6	3,00	,632
Schmerzfreiheit	4	3,00	,816
Mut zu neuen Aktivitäten	22	3,00	,756
Verbesserung der Stimmung	26	3,00	,566
richtige Bewegungen lernen	180	3,00	,732
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	30	2,90	,712
Rauchen aufgeben	9	2,89	,928
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	163	2,88	,760
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	15	2,87	,915
das Einkaufen besser bewältigen	11	2,82	,603
Umgang mit Schmerzen lernen	151	2,78	,756
besser Treppensteigen können	16	2,75	,775
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagsorgen	27	2,74	,712
den Haushalt selbständig führen können	19	2,74	,653
weniger Schmerzen	194	2,72	,730
regelmäßige Bewegung/Sport	56	2,71	,756
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	104	2,70	,749
Verbesserung der Beweglichkeit	148	2,68	,681
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	15	2,67	,724
Kontakte zu anderen Betroffenen	3	2,67	,577
Verbesserung der Ernährung	30	2,67	,758
besser gehen können	19	2,63	,831
Verbesserung der Ausdauer	104	2,63	,699
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	61	2,57	,618
Gewichtsabnahme	79	2,57	,728
Wiedereingliederung in den Beruf	22	2,50	,673
entspannter, stressfreier leben	42	2,40	,627
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	1	2,00	–
Mittlerer Zielerreichungsgrad		2,77	,58

Tab. 19: Zusammenhänge zwischen den Erfolgseinschätzungen aus Arzt- und Patientensicht bei übereinstimmend gewählten Zielen, geordnet nach Häufigkeit der Ziele.

	Gewähltes Ziel	N	r	p
7	richtige Bewegungen lernen	121	,159	n.s.
2	weniger Schmerzen	106	,490	,000
5	Verbesserung der Beweglichkeit	97	,397	,000
4	erfahren, was P selbst gegen Schmerzen machen kann	89	,279	,008
10	Gewichtsabnahme	66	,373	,002
24	Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	58	,012	n.s.
13	ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	57	,387	,003
3	Umgang mit Schmerzen lernen	53	,309	,024
6	Verbesserung der Ausdauer	39	,396	,012
11	regelmäßige Bewegung/Sport	34	,177	n.s.
23	Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	32	,358	,044
8	entspannter, stressfreier leben	24	,037	n.s.
26	Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	22	-,138	n.s.
27	Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	15	,210	n.s.
31	Erkennen von Lösungswegen	15	,000	n.s.
32	Mut zu neuen Aktivitäten	15	-,196	n.s.
14	Wiedereingliederung in den Beruf	13	,085	n.s.
20	besser gehen können	13	,192	n.s.
29	Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	12	,442	n.s.
9	Verbesserung der Ernährung	11	,285	n.s.
30	Verbesserung der Stimmung	10	,515	n.s.
12	Rauchen aufgeben	8	,869	,005
17	den Haushalt selbständig führen können	8	-,295	n.s.
19	besser Treppensteigen können	7	,279	n.s.
15	Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	4	,577	n.s.
21	das Einkaufen besser bewältigen	4	-,346	n.s.
28	Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	4	,577	n.s.
1	Schmerzfreiheit	3	,756	n.s.
25	Kontakte zu anderen Betroffenen	3	,500	n.s.
18	sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	2	-	-
16	Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	0	-	-
22	Verkehrsmittel besser benutzen können	0	-	-

Tab. 20: Physiotherapeuten beurteilen, inwieweit die Ziele erreicht wurden, die sie für ihre Patienten gewählt hatten. 1: Ziel überhaupt nicht erreicht – 2: etwas erreicht – 3: größtenteils erreicht – 4: vollkommen erreicht

Ziele der Physiotherapeuten (geordnet nach dem Ausmaß der Zielerreichung)	N	M	s
den Haushalt selbständig führen können	4	3,25	,500
richtige Bewegungen lernen	86	3,01	,728
Kontakte zu anderen Betroffenen	1	3,00	.
Verkehrsmittel besser benutzen können	1	3,00	.
Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	49	2,98	,829
Mut zu neuen Aktivitäten	25	2,84	,850
erfahren, was ich selbst gegen Schmerzen machen kann	77	2,82	,721
Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	16	2,81	,911
regelmäßige Bewegung/Sport	35	2,71	,710
Umgang mit Schmerzen lernen	32	2,66	,827
besser gehen können	27	2,63	1,043
weniger Schmerzen	129	2,63	,919
besser Treppensteigen können	8	2,63	,518
entspannter, stressfreier leben	18	2,61	,502
Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	38	2,58	,758
Verbesserung der Beweglichkeit	114	2,58	,739
Erkennen von Lösungswegen	15	2,53	,915
Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	8	2,50	,926
Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	28	2,50	,694
Verbesserung der Ausdauer	41	2,41	,741
ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	38	2,37	,786
Gewichtsabnahme	20	2,30	,801
Schmerzfreiheit	19	2,26	,933
Verbesserung der Stimmung	9	2,22	,972
Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	6	2,00	,894
sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	1	2,00	.
Wiedereingliederung in den Beruf	7	2,00	1,291
Verbesserung der Ernährung	1	2,00	.
Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagssorgen	9	1,78	,667
Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	1	1,00	.
Rauchen aufgeben	1	1,00	.
das Einkaufen besser bewältigen	0		
Mittlerer Zielerreichungsgrad		2,67	,64

Tab. 21: Zusammenhänge zwischen den Erfolgseinschätzungen aus Physiotherapeuten- und Patientensicht bei übereinstimmend gewählten Zielen, geordnet nach Häufigkeit der Ziele.

	Gewähltes Ziel	N	r	p
5	Verbesserung der Beweglichkeit	81	0,324	.003
2	weniger Schmerzen	62	0,489	.000
7	richtige Bewegungen lernen	59	0,268	.040
4	erfahren, was P selbst gegen Schmerzen machen kann	40	0,343	.030
24	Infos über Erkrankung, Behandlung, Selbsthilfe	23	0,455	.029
11	regelmäßige Bewegung/Sport	21	0,033	n.s.
13	ausreichende berufliche Leistungsfähigkeit erlangen	19	0,597	.007
10	Gewichtsabnahme	17	0,763	.000
6	Verbesserung der Ausdauer	16	0,489	n.s.
23	Hobbys u. Freizeitaktivitäten besser/wieder ausüben	15	0,355	n.s.
20	besser gehen können	14	0,708	.005
3	Umgang mit Schmerzen lernen	13	0,725	.005
26	Infos/Hilfe bei sozialen/rechtlichen Fragen/Anträgen	10	0,398	n.s.
32	Mut zu neuen Aktivitäten	9	0,313	n.s.
8	entspannter, stressfreier leben	8	0,183	n.s.
30	Verbesserung der Stimmung	7	0,483	n.s.
1	Schmerzfreiheit	5	-0,25	n.s.
15	Entlastungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz	5	0,612	n.s.
27	Wiederfinden des seelischen Gleichgewichts	4	-	-
31	Erkennen von Lösungswegen	4	0,636	n.s.
17	den Haushalt selbständig führen können	3	-	-
19	besser Treppensteigen können	3	-	-
28	Klärung von Schwierigkeiten in Familie, Beruf, Freizeit	3	-	-
14	Wiedereingliederung in den Beruf	2	-	-
29	Abbau v. Ängsten, Abstand von Alltagsorgen	2	-	-
18	sich selbständig an/ausziehen u. pflegen können	1	-	-
25	Kontakte zu anderen Betroffenen	1	-	-
9	Verbesserung der Ernährung	0	-	-
12	Rauchen aufgeben	0	-	-
16	Anerkennung der Berufsunfähigkeit (Rente)	0	-	-
21	das Einkaufen besser bewältigen	0	-	-
22	Verkehrsmittel besser benutzen können	0	-	-

5.7 Verlaufsbeobachtungen

Tab. 22: Alle Variablen ohne signifikante Mittelwertsunterschiede (MANOVA, $p > .01$) zu den vier Messzeitpunkten oder mit geringen Effektstärken ($< .20$).

			t0	t1	t2	t3
SF-36	Körperliche Rollenfunktion	M	32,8		39,8	44
		s	39		42,7	44,1
IRES-MIN	berufliche Sorgen	M	3,8	3,51	3,99	4,11
		s	2,9	2,91	3,23	3,21
	Risikofaktoren	M	2,72	2,72	2,47	2,56
		s	2,16	2,16	2,02	2,13
KKG	fatalistische Externalität	M	19,9	19,1	19,3	19
		s	7	6,7	7,2	7,4
	soziale Externalität	M	22,8	23,6	22	22,1
		s	5,6	4,9	5,3	5,6
	Internalität	M	25,5	26	24,8	24,8
		s	6,6	6,6	6,5	6,8
FKV	Depressive Verarbeitung	M	1,93	1,79	1,91	1,92
		s	0,71	0,66	0,69	0,7
	Religiosität / Sinnsuche	M	2,34	2,31	2,25	2,25
		s	0,75	0,71	0,73	0,78
	Bagatellisierung	M	2,14	2,06	2,14	2,13
		s	0,93	0,83	0,85	0,87
Fragebogen O. Mittag	Berufliche Belohnung	M	2,74	2,67	2,69	2,6
		s	0,63	0,63	0,57	0,69
	Haushaltsbelastung	M	1,91	1,83	1,93	1,99
		s	0,69	0,7	0,71	0,75
	Haushaltsbelohnung	M	3,21	3,12	3,17	3,08
		s	0,58	0,58	0,59	0,57
	Arbeit und Erkrankung	M	3,26	3,21	3,19	3,14
		s	1,59	1,56	1,49	1,48
FLZ ^a	Allgemeine Lebenszufriedenheit	M	6,16	7,01	5,82	5,51
	(Summenscore)	s	4,74	4,56	4,52	4,51

^aVom FLZ wurden nur die Summenscores *Allgemeine* und *gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit* ausgewertet.

Tab. 23: Alle Variablen mit signifikanten Mittelwertsunterschiede (MANOVA, $p > .01$) zu den vier Messzeitpunkten und Effektstärken zu t_0 über $.20$

							Effektstärken				
		t_0	t_1	t_2	t_3	p	t_0-t_1	t_0-t_2	t_0-t_3		
FFbH	Funktionsfähigkeit	M	60,62	66,27	64,17	63,05	.000	0,26	0,16	0,11	
		s	21,66	21,66	24,52	24,96					
SF-36	Körperliche Funktionsfähigkeit	M	51,30	59,30	57,40	58,30	.000	0,32	0,24	0,28	
		s	25,10	25,50	28,20	28,10					
	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	M	43,70	50,10	47,20	47,30	.000	0,38	0,21	0,21	
		s	16,90	17,70	19,20	18,30					
	Psychisches Wohlbefinden	M	57,00	71,60	62,10	61,30	.000	0,70	0,24	0,20	
		s	21,00	16,80	20,50	20,60					
	Vitalität	M	39,60	53,70	44,50	43,80	.000	0,77	0,27	0,23	
		s	18,30	18,70	19,60	21,00					
	Körperliche Schmerzen	M	32,00		40,60	41,10	.000		0,42	0,44	
		s	20,60		22,40	24,40					
Körperliche Summenskala	M	32,90		35,40	35,90	.000		0,27	0,32		
	s	9,30		11,20	11,60						
IRES-MIN	Schmerz	M	5,70	5,00	4,90	5,20	.000	0,29	0,33	0,21	
		s	2,40	2,40	2,40	2,50					
	vitale Erschöpfung	M	4,42	3,21	4,25	4,21	.000	0,51	0,07	0,09	
		s	2,36	2,08	2,13	2,58					
	Summenscore	M	5,41	5,90	5,78	5,68	.000	0,32	0,24	0,18	
		s	1,54	1,51	1,60	1,68					
SCL 90	Angst	M	0,57	0,35	0,53	0,58	.000	0,37	0,08	-0,00	
		s	0,61	0,40	0,61	0,64					
	Depressivität	M	0,71	0,51	0,71	0,74	.000	0,33	0,01	-0,05	
		s	0,61	0,51	0,65	0,74					
	Somatisierung	M	1,00	0,75	0,97	0,97	.000	0,37	0,04	0,05	
		s	0,66	0,54	0,70	0,64					
	Global Severity	M	0,77	0,55	0,75	0,77	.000	0,41	0,04	-0,00	
		s	0,54	0,44	0,59	0,60					
	Pos. Symptom Distress	M	1,58	1,39	1,51	1,52	.000	0,40	0,15	0,13	
		s	0,48	0,39	0,50	0,50					
	Positive Symptom Total	M	15,70	12,80	15,70	16,10	.000	0,37	0,00	-0,05	
		s	7,90	8,00	8,90	9,40					
	FKV	Aktives Coping	M	3,17	3,44	3,19	3,08	.000	0,30	0,02	-0,10
			s	0,89	0,82	0,83	0,84				
Ablenkung / Selbstaufbau		M	2,85	3,04	2,89	2,80	.002	0,22	0,05	-0,06	
		s	0,85	0,77	0,81	0,79					
FLZ	Gesundheitsbez. Zufriedenh. (Summenscore)	M	3,27	5,90	3,99	4,19	.000	0,60	0,16	0,21	
		s	4,41	4,76	4,74	4,65					

Tab. 24: Korrelationen (Pearsons r) zu verschiedenen Messzeitpunkten. Die mittleren Korrelationen wurden über z-Transformationen berechnet.

Variable	Korrelationen zwischen Reha-Beginn und		
	Reha-Ende	6 Monate	12 Monate
FFbH Funktionskapazität	0,84	0,79	0,79
IRES (Summenscore)	0,86	0,72	0,69
SF-36 Summenskala Körperlich	–	0,65	0,63
SF-36 Summenskala Psychisch	–	0,50	0,54
SCL Ängstlichkeit	0,62	0,49	0,54
SCL Depressivität	0,76	0,57	0,52
SCL Somatisierung	0,64	0,63	0,59
FLZ Allgemeine Lebenszufriedenheit	0,81	0,66	0,65
FLZ Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit	0,60	0,59	0,56
Mittlere Korrelation	0,75	0,63	0,62

5.8 Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielerreichung

Tab. 25: Zusammenhänge zwischen Zielfindungskommunikation und Zielerreichung im Gespräch Patient-Arzt beurteilt vom Patienten, Zielerreichung aus Sicht des Patienten. Die Daten sind so gepolt, dass positive Werte bedeuten: Je günstiger die Bewertung des Gespräches über Ziele, desto stärker das Ausmaß der Zielerreichung.

Item	Spearman-Rho
Mein Arzt hat ausführlich mit mir darüber gesprochen, welche Ziele die Behandlung erreichen soll.	.08
Mein Arzt hat sich dafür interessiert, welche Ziele ich in der Rheumaklinik erreichen möchte.	.17*
Ich habe den Eindruck, dass mein Arzt mich richtig verstanden hat und weiß, welche Ziele für mich wichtig sind.	.13*
Durch das Gespräch mit dem Arzt ist mir klarer geworden, welche Ziele ich hier erreichen kann.	.17**
Ich glaube, mein Arzt will mit meiner Behandlung andere Ziele erreichen als ich.	-.24**
Mein Arzt und ich haben uns gemeinsam auf die Ziele geeinigt.	.13*
Mein Arzt hat gut zugehört, als ich über meine Ziele gesprochen habe.	.20**
Ich habe das Gefühl, mein Arzt lehnt meine Ziele ab.	-.25**
Im Gespräch mit meinem Arzt hatte ich genug Zeit zu sagen, was ich selbst hier erreichen will.	.16*
Mein Arzt und ich, wir ziehen am selben Strang.	.21**
Ich habe den Eindruck, mein Arzt weiß selbst nicht, was er bei mir erreichen möchte.	-.31**
Mein Arzt versteht meine Ziele nicht.	-.28**
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich mit meinen Zielen ernst nimmt.	.20**
Mit der Art, wie mein Arzt die Ziele der Behandlung mit mir besprochen hat, bin ich insgesamt zufrieden.	.17*

* p = .05, ** p = .01

6. Literatur

- ¹ Vogel H, Tuschhoff T, Zillesen E (1994) Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung 11, 751–764
- ² Gerdes N, Weidemann H, Jäckel WH (2000) Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Darmstadt: Steinkopff
- ³ Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 357, 757–762
- ⁴ Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1991) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer
- ⁵ Locke EA & Latham G (1990) A theory of goal setting and task performance. Prentice Hall.
- ⁶ Protz W, Gerdes N, Maier-Riehle B, Jäckel WH (1998) Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 37, 24–29
- ⁷ VDR (2000): DRV-Schriften Band 18.
- ⁸ Bengel J, Jäckel WH (ed) (2000) Zielorientierung in der Rehabilitation. Regensburg: Roderer
- ⁹ Zwingmann C, Gerdes N, Jäckel WH Ergebnismessung in der Rehabilitation zwischen allgemeinen und individuumorientierten Ansätzen. DRV-Schriften, 17
- ¹⁰ Bergelt C, Welk H, Koch U (2000) Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitation 39, 338–349
- ¹¹ Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale: Erlbaum
- ¹² Bar-Eli M, Tenenbaum G, Pie JS, Btsh Y, Almog A (1997) Effect of goal difficulty, goal specificity and duration of practice time intervals on muscular endurance performance. J Sports Sci 15, 125–135
- ¹³ Tan V, Cheatle MD, Mackin S, Moberg PJ, Esterhai JL (1997) Goal setting as a predictor of return to work in an population of chronic musculoskeletal pain patients. Int J Neurosci 92, 161–170
- ¹⁴ Moore SM & Kramer FM (1996) Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features. J Cardiopulm Rehabil 16, 163–168
- ¹⁵ Wressle E, Oberg B, Henriksson C (1999) The rehabilitation process for the geriatric stroke patient – an exploratory study of goal setting and interventions. Disabil Rehabil 21, 80–87
- ¹⁶ Oldridge N, Guyatt G, Crowe J, Feeny D, Jones N (1998) Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. J Cardiopulm Rehabil 19, 29–34
- ¹⁷ Hüppe A, Raspe H (2004) Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und

methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation (im Druck)

- ¹⁸ Ehlebracht-König I, Bönisch A (2002) Langzeitergebnisse einer edukativen Intervention in der stationären medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Spondylitis ankylosans (SPA)
- ¹⁹ Bortz J, Döring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer
- ²⁰ VDR (1999) Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. DRV Schriften Band 16.
- ²¹ Gerdes N, Bengel J, Jäckel WH (2000) Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In J. Bengel & W. H. Jäckel (ed.): Zielorientierung in der Rehabilitation. Regensburg: Roderer, 3–12
- ²² Maurischat C, Löschmann C, Herdt J, Jäckel WH, Bengel J (2000) Forschungsmethodische Beratung, Zielorientierung und Wissenstransfer. In J. Bengel & W. H. Jäckel (ed.): Zielorientierung in der Rehabilitation. Regensburg: Roderer, 23–36
- ²³ Grundsatzreferat für Datenschutz und Sozialgeheimnis der BfA (2000) Anregungen zur Formulierung von Patienteninformationen und Einwilligungserklärungen bei medizinischen Forschungsvorhaben in Reha-Kliniken unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte.
- ²⁴ Bühl A, Zöfel P (2002) SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. Auflage, München: Person Studium.