

**Beurteilung der Gültigkeit des Fragebogens zur Rehabilitation
auf der Grundlage eines offenen Interviews mit Patienten/innen**

Abschlussbericht

Projekt Nr. 63 des vffr

(Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e.V.)

Lübeck, den 06.09.2004

Dipl.-Psych. Thorsten Meyer

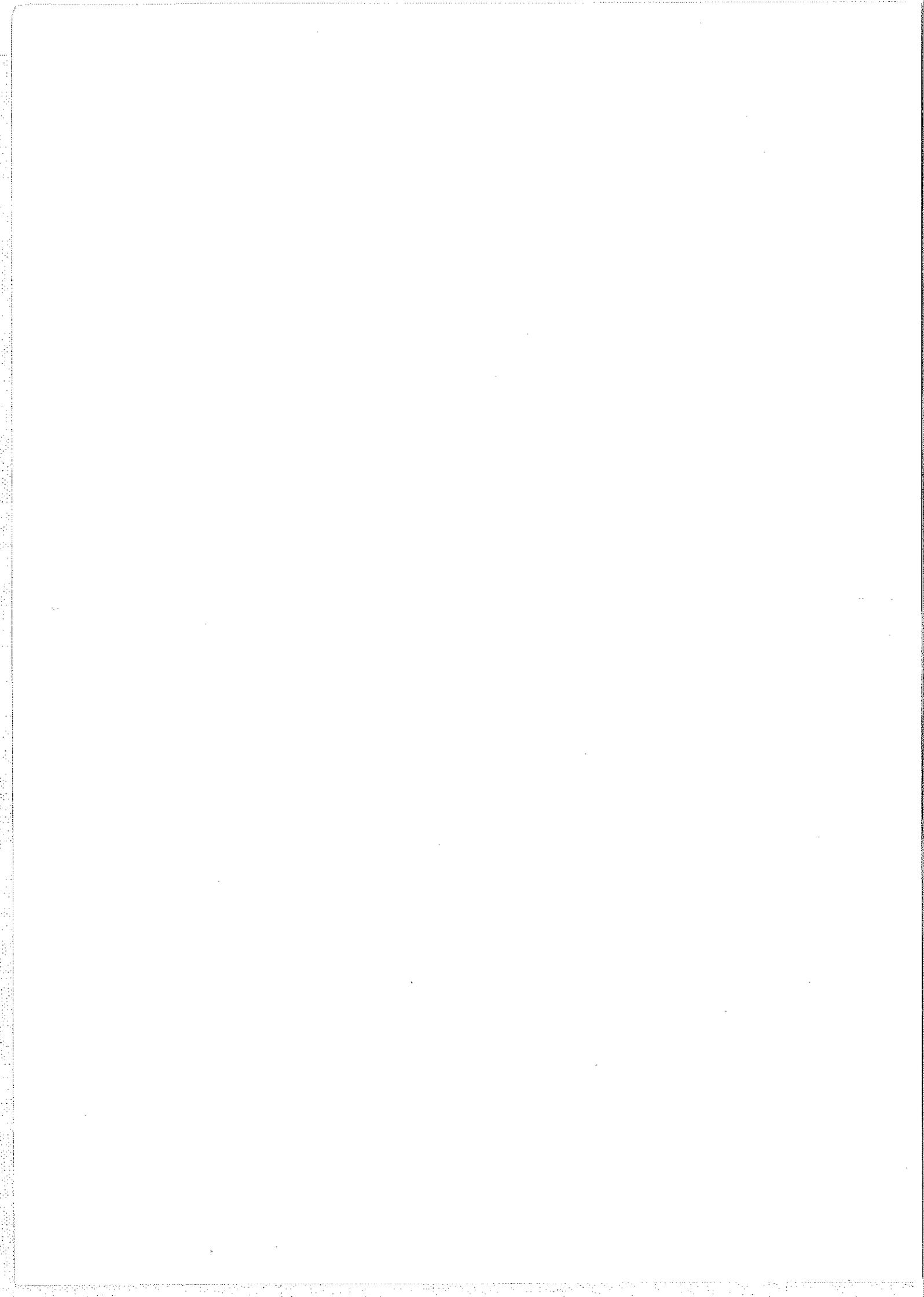
Dr. Ruth Deck

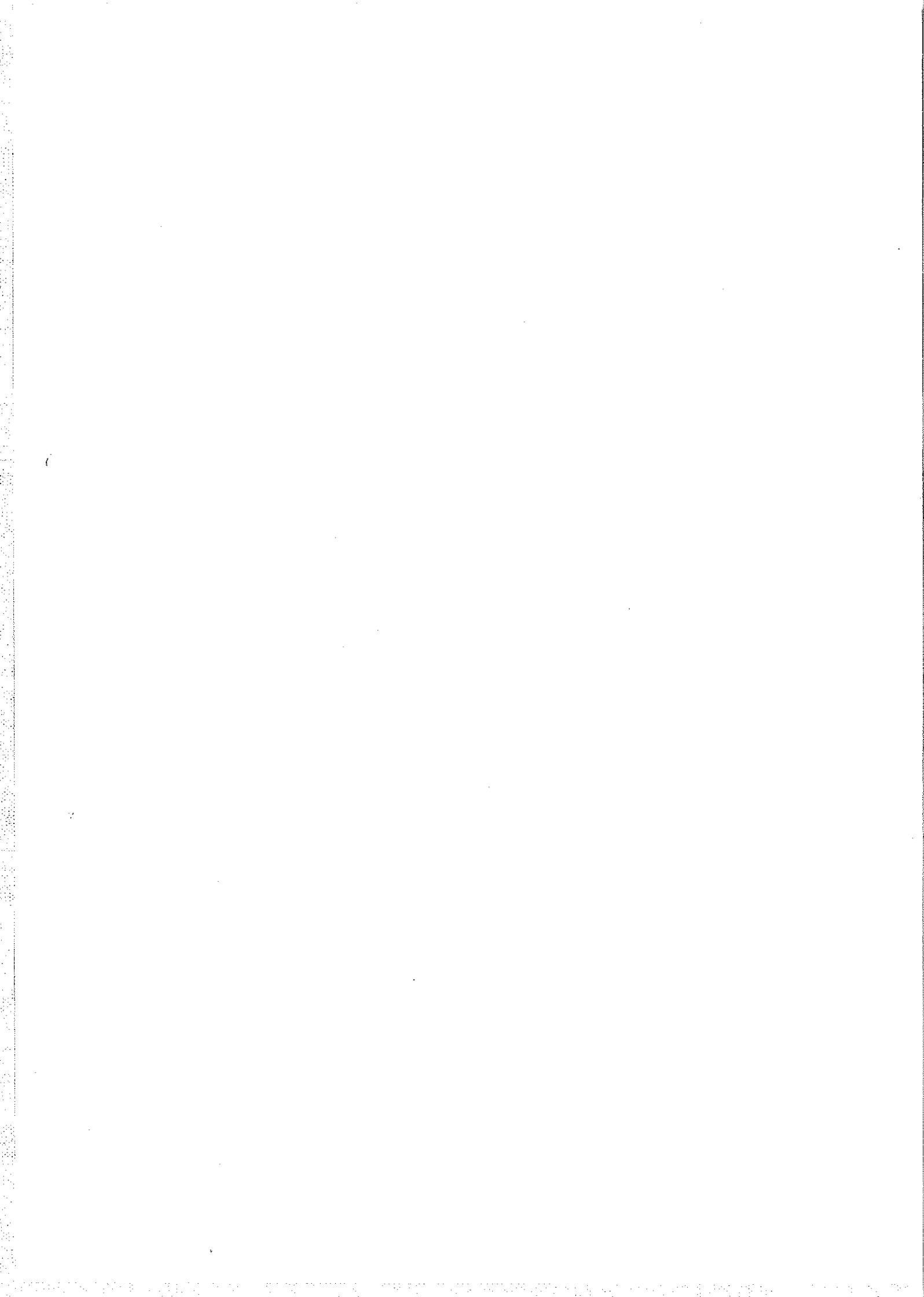
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken

Klinikum Holsteinische Schweiz, Bad Malente

Fachklinik Aukrug





Danksagung

Allen Patienten, die an dieser Befragung teilgenommen haben, sei herzlich gedankt. Trotz der Schwierigkeit „Fragen über Fragen“ (Mittag et al. 2003) zu beantworten, haben sich viele Patienten in den Interviews engagiert gezeigt.

Ein herzliches Dankeschön auch an die Mitarbeiter vor Ort, Dr. Nagel in der Fachklinik Aukrug, sowie Dr. Kirmse im Klinikum Holsteinische Schweiz, ohne deren Mithilfe diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Ebenso gilt ein herzliches Dankeschön dem Leiter der Fachklinik Aukrug, Dr. Lepthin, der diese Untersuchung mit initiiert und kritisch begleitet hat, sowie Dr. Peschel für die Möglichkeit der Durchführung der Befragungen. Nicht aufzählen kann ich an dieser Stelle diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken, die mich freundlich aufgenommen und in den verschiedenen Erhebungsphasen unterstützt haben.

Zudem möchte ich den vffr e.V. für die Förderung dieser Studie danken und damit ihre Durchführung möglich gemacht hat.

Ohne die engagiert Arbeit der beiden studentischen Hilfskräfte Janine Dahmke und Oliver Wessel in der Dateneingabe wären wir nicht in der Lage gewesen, diese Arbeit zu vollenden. Insbesondere Frau Dahmke für ihre Geduld beim Entziffern meiner Interviewnotizen sehr herzlich gedankt.

Vorbemerkungen

Die Patienten werden im vorliegenden Bericht an einigen Stellen ebenso als „Befragte“ oder auch „Betroffene“ bezeichnet. Möglicherweise tragen diese Begriffe dazu bei, sie etwas aus der Patientenrolle herauszuholen. Wenn nicht explizit aufgeführt, sind in der Mehrzahl immer beider Geschlechter gemeint. Auch bei einzelnen Patienten ist die Geschlechtswahl nicht immer eindeutig, da bei reiner Vorlage des Textmaterials nicht immer klar wurde, ob es sich gerade um einen männlichen Interviewten oder eine weiblich Interviewte handelte.

Die qualitativen Daten und somit auch die Zitate von Patienten basieren nicht auf Tonbandaufnahme, sondern aus Gründen der Praktikabilität auf kontinuierliche schriftliche Notizen des Interviewers (TM) während des Interviews, z.T. wurden einige Informationen in direktem Anschluss an das Interview nachgetragen. Diese Mitschrift diente dazu, die inhaltlichen Informationen festzuhalten, zentrale Begriffe bzw. Formulierungen wurden möglichst wörtlich dokumentiert. Die Zitate in diesem Bericht müssen somit nicht unbedingt wörtliche Zitate der Patienten und Patientinnen darstellen. Die Zitate werden im Text immer kursiv in Anführungszeichen aufgeführt. Z.T. werden sie durch Zusätze in eckigen Klammern ergänzt, um den Sinn der Aussage zu verdeutlichen.

Da insgesamt etwas über 100 Patienten befragt wurden, finden sich nur auf ganze Zahlen gerundete Prozentangaben. Dadurch entstandene Rundungsungenauigkeiten (z.B. Gesamt-Prozentangabe größer oder kleiner als 100%) sind dadurch bedingt und bitte ich zu entschuldigen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3
Vorbemerkungen	4
Inhaltsverzeichnis	5
Einführung	7
Hintergrund des Projekts	7
Theoretischer Hintergrund	8
Gültigkeit von Antworten in Fragebögen	9
Intentionale Verzerrungen	11
Fehlende Bereitschaft zur Selbstoffenbarung	12
Self-deception	12
Eingeschränkte kognitive Funktionsfähigkeiten	13
Literacy	13
Situation beim Ausfüllen des Fragebogens	13
inhaltliche und formale Merkmale des Fragebogens	14
Ergebnisse der Rehabilitationsforschung	14
Ziele / Fragestellungen der Untersuchung	16
Methoden	19
Darstellung der Fragebögen	19
Erhebungsstrategien	20
Auswahl der Inhalte für eine Messwiederholung	21
Inhalte der offenen Befragung (kognitiver Survey)	22
Einschätzung von Seiten des Klinikpersonals	23
Grenzen der Methoden	23
Auswertungen	23
ad 1: <i>Rekonstruktion der Hintergrundbedingungen und Gründe</i> für die im Fragebogen durch die Patienten angegebenen Informationen	23
ad 2.: <i>Überprüfung der Validität</i> der durch die Person angegebenen Informationen	24
ad 3.: Erklärung reduzierter Validität durch die gefundenen Hintergrundbedingungen / Gründe bzw. durch weitere Merkmale der Patienten.	25
Durchführung	27
Voraussetzungen	27
Vorbereitung der Erhebungen	27
Pretest	27
Erhebungsphase	27
Zur weiteren Verarbeitung der Daten	28
Ergebnisse	30
Beschreibung der Stichproben	30
Non-Response und Vollständigkeit der Daten	32
Reaktionen auf den Fragebogen: allgemeine Anmerkungen	33
ad 1: Situation beim Ausfüllen des Fragebogens	35
Raum-zeitliche Bedingungen	36
Soziale Bedingungen	37
Motivationale Aspekte	39
Ehrlichkeit	39
Offenheit / Bereitschaft zur Selbstauskunft	39
Kongruenz und Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild	40
Übereinstimmung der Erwartungen von Patient und Klinik	41
Kognitive Aspekte	44
Kognitive Leistungsfähigkeit	44
Lese-Rechtschreibkompetenzen (Literacy)	45

Umgang der Patienten mit den Fragebögen	46
Fragebogen Fachklinik Aukrug	46
Schmerzmannequin	47
Schmerzdauer	48
Schmerzqualitäten	50
Schmerzintensität	52
Zeitpunkt, Beginn und Änderung der Schmerzen	54
Methoden der Schmerzlinderung	55
Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands	55
Die weiteren Instrumente des Fragebogens der Fachklinik Aukrug	58
Funktionsfragebogen Hannover – Rückenschmerzen (FFbH-R)	58
Fragebogen zu Behinderungen durch eine Atemwegserkrankung	59
Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	60
Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden	61
Fragen zu Rauchgewohnheiten	63
Fragebogen zu Erwartungen und Motivation von Reha-Patienten (FREM-17, modifizierte Version)	63
ad 2: Testwiederholungs-Untersuchung, Fragebogen Fachklinik Aukrug	64
Skalen: FFbH-R, HADS-D, Rauchverhalten	64
Visuelle Analogskalen: Allgemeiner Gesundheitszustand und Schmerzen	65
Weitere Daten der Schmerzerfassung	68
ad 2: Antworttendenzen	73
Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz	74
Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands	75
„Lebensgewohnheiten“: Angabe von Alkohol- und Zigarettenkonsum	77
Beurteilung der Leistungsfähigkeit	82
Schmerzen: Lokalisation und Intensität	86
Die weiteren Instrumente des Fragebogens des Klinikums Holsteinische Schweiz	88
Fragen zu Krankheiten in der Familie	88
Anamnestische Daten	89
Sozialversicherung	90
Somatisierungsskala der SCL90-R („Beschwerden“)	91
NHP-Subskalen: Schmerzen, Energieverlust und Schlafprobleme („Alltagsprobleme“)	92
FSS: Fragebogen zu schmerzbezogenen Selbstinstruktionen („Gedanken über gesundheitliche Beschwerden“)	93
ADS-K: Allgemeine Depressionsskala, Kurzversion („Befinden“)	94
FFbH-R: Funktionsfragebogen Hannover – Rückenschmerzen („Alltagstätigkeiten“)	95
ad 2: Testwiederholungs-Untersuchung, Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz	96
Skalen: FFbH-R, ADS-K, Somatisierungsskala der SCL90-R	96
Frage zur allgemeinen Gesundheitsbeurteilung	97
Alkohol- und Nikotinkonsum („Lebensgewohnheiten“)	98
Schmerzen	99
ad 2: Antworttendenzen	100
ad 3.: Erklärung reduzierter Validität	102
Diskussion	103
Literatur	110
Abbildungsverzeichnis	112
Tabellenverzeichnis	114
Anhang	116

Einführung

Hintergrund des Projekts

Die wichtigste Aufgabe der Reha-Forschung besteht in der Untersuchung der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen (Haaf & Schliehe 2000). Eine wesentliche Voraussetzung dafür besteht in der validen Erfassung der interessierenden Ziel- und Einflussgrößen. Biefang et al. (1997) unterscheiden in ihrer Taxonomie der Outcomes und Prädiktoren für die medizinische Rehabilitation zwischen 1) Outcomes aus Patientensicht (z.B. Beschwerden, subjektiver Funktionszustand, Schmerzen), 2) Outcomes aus Ärzte- bzw. Therapeutesicht und 3) Prädiktoren für die Outcomes (z.B. soziodemografische Merkmale, soziale Unterstützung). Forschungspraktisch kommen insbesondere den Outcomes aus Patientensicht eine herausragende Bedeutung zu. Der Grund dafür ist zum einen in einer vergleichsweise ökonomischen Form der Erfassung zu sehen, zum anderen sind für viele inhaltliche Bereiche die Betroffenen selber als die primären Experten ihrer Erkrankung anzusehen, z.B. bei Schmerzen, depressiven Stimmungen oder Wohlbefinden.

Outcomes aus Patientensicht in Form von Fragebögen sind mittlerweile integraler Bestandteil der Rehabilitationsforschung. Es stellt sich die berechtigte Frage, inwieweit ihre Erfassung Gültigkeit beanspruchen kann. Ein Spezifikum der Rehabilitationsforschung stellen die sozialmedizinischen Voraussetzungen und Konsequenzen der Behandlung dar. Auf der einen Seite können Patienten gegen ihren Willen auf Grundlage des § 51, SGB V, zur Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation verpflichtet werden, wenn Sie nicht den Verlust von Leistungsansprüchen in Kauf nehmen wollen. Auf der anderen Seite eröffnet das vorliegende Rentenversicherungssystem die prinzipielle Möglichkeit, nach (erfolgloser) Rehabilitation vorzeitig aus dem Arbeitsleben auszuschneiden. Insbesondere multi-morbide und/oder ältere Personen sind auf dem Arbeitsmarkt nur schwer zu vermitteln. Die Alternative der Arbeitslosigkeit ist zudem mehr und mehr mit deutlichen finanziellen Einschränkungen verbunden. Das Ausmaß dieser Probleme ist unklar, ebenso ihre möglichen Folgen für die Erfassung von rehabilitationswissenschaftlichen Daten. Insbesondere in Zusammenhang mit einer als kritisch beurteilten Motivation der Betroffenen zur Rehabilitation wurde die Vermutung geäußert, dass viele Patienten ihre Beschwerden in einer deutlich übertriebenen Art und Weise darstellen (Aggravation, Verdeutlichungstendenz), die medizinisch nicht nachzuvollziehen sei (vgl. Gerdes et al. 2000).

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Studie zum Ziel, mögliche relevante Faktoren zu explorieren, die eine Einschränkung der Validität von Patientenangaben zur Folge haben können. Mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews soll aufgezeigt werden, wie die Patienten mit dem Instrument Fragebogen umgehen, welche möglichen Schwierigkeiten sie

beim Ausfüllen haben, und ob sich Hinweise auf mögliche Verzerrungen der Antworten finden lassen. Ziel ist dabei auch, durch die Befragung einer konsekutiven Stichprobe aus zwei Rehabilitationskliniken erste Hinweise für die Häufigkeit der genannten Problembereiche zu finden. Diese Art der Befragung ermöglicht als praktischen Begleiteffekt, begründete Vorschläge zur Modifikation der verwendeten Fragebögen zu formulieren.

Theoretischer Hintergrund

Es liegt noch keine allgemeine „Theorie der Befragung“ vor (Schnell et al. 1999), um mögliche Antwortverzerrungen zu erklären. Vor einem sozialpsychologischen Hintergrund stellt eine Befragungssituation – auch Fragebogenerhebungen – nicht einfach eine reaktive Messung an einem Objekt dar, sondern eine Form von Kommunikation (Bortz & Döring 1995) bzw. eine soziale Situation (Schwarz 1999), die wiederum bestimmten sozialen Regeln folgt. Kognitions- bzw. motivationspsychologische Modelle systematisieren diejenigen Prozesse, die zur Beantwortung einer Frage notwendig sind (vgl. Krosnick 1999). Aus handlungstheoretischer Perspektive wird das Verhalten der Befragten als Ergebnis einer nach Kosten-Nutzen-Erwägungen erfolgten Entscheidung zwischen verschiedenen Handlungsalternativen verstanden (vgl. Schnell et al. 1999). Entsprechend muss der Ebene der Ziele bzw. Erwartungen eine besondere Berücksichtigung geschenkt werden.

Die Gültigkeit eines Fragebogens ist nicht unabhängig von dem Zweck, zu dem er eingesetzt wird. Für die praktische Rehabilitation kommen folgende – einander nicht ausschließende – Zwecke in Betracht: (a) als Screening-Instrument (bzw. Zusammenstellung mehrerer Screening-Instrumente), das eine Vorauswahl der Patienten für bestimmte Interventionen ermöglichen soll – nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage, sondern als erster Filter; (b) als Informationsgrundlage für das Aufnahmegespräch vor dem Hintergrund der notwendigen Dokumentation oder zur Vertiefung bestimmter Problemfelder; (c) um den Patienten zur Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Rehabilitation anzuregen und entsprechend relevante Bereiche zu thematisieren; (d) als Qualitätsmerkmal zur Außendarstellung. Wie oben ausgeführt, verwendet die Rehabilitationswissenschaft Fragebögen zur Erfassung von Ziel- und Einflussgrößen.

Neben diesen Zwecken aus Sicht der Rehabilitation ist ebenfalls die Sichtweise der Rehabilitanden zur Bedeutung bzw. zu den Zwecken der Fragebogen relevant. Der Nutzen aus der Sicht des Patienten dürfte davon abhängig sein, zu welchem wahrgenommenen Zweck der Fragebogen von der Klinik eingesetzt wird.

Gültigkeit von Antworten in Fragebögen

Wie erschließt eine Person den Sinn einer Frage? Nach Schwarz (1999) findet der Verstehensprozess von Fragen sowohl auf der Ebene der wörtlichen Bedeutung („literal meaning“) als auch auf der Basis von Folgerungen über das Ziel des Fragenden („pragmatic meaning“) statt. Diese werden bei der Beantwortung von Fragen nach den gleichen Prinzipien wie in alltäglichen Unterhaltungen geschlossen. Dabei geschieht das Erschließen des Sinns einer Frage nicht getrennt für die beiden Ebenen, sondern es wird sowohl aus der wörtlichen Bedeutung auf das Ziel des Befragers geschlossen als auch umgekehrt. Dies bedeutet, dass sich der Prozess des Verstehens nicht auf die wörtliche Bedeutung beschränkt, sondern vielerlei Schlüsse und Interpretationen des Befragten beinhaltet. Insbesondere bei Unklarheiten ziehen Probanden Kontextinformationen hinzu, um den Sinn einer Frage zu erschließen (z.B. die Gestaltung des Fragebogens, die Antwortalternativen, die vorgestellte Intention des Fragers).

Wie erzeugen befragte Personen Antworten? Krosnick (1999) entwickelte eine Modellvorstellung über kognitive Prozesse bei der Generierung von Antworten. Eine optimale Antwort auf eine Frage sollte demnach in folgenden Schritten ablaufen:

1. Interpretation der Frage und Erschließen des Inhalts
2. Absuchen des Gedächtnisses nach relevanter Information
3. Integration dieser Information in ein einzelnes Urteil
4. Übersetzen des Urteils in eine Antwort durch Auswahl einer Antwortalternative.

Die Übersicht über die einzelnen notwendigen Schritte für eine optimale Antwort machen deutlich, dass von dem/der Befragten ein bedeutendes Ausmaß kognitiver Aktivität verlangt wird. Die gewissenhafte Beantwortung eines ganzen Fragebogens mit zahlreichen Items kann für eine Person dadurch eine erhebliche kognitive Anstrengung bedeuten. Das Ausmaß, in dem eine Person sich um eine vorurteilslose und gewissenhafte Antwort bemüht, nennt Krosnick „optimizing“. Die Motive dafür können ganz unterschiedlicher Natur sein: Selbstexpression, intellektuelle Herausforderung, Selbstfindung, Altruismus, u.a.. Andere Personen besitzen keine intrinsische Motivation für eine akkurate Beantwortung, z.B. weil es sich um einen Test handelt, den sie zum Erreichen eines Ziels durchlaufen müssen. Diese Personen befinden sich in einem Dilemma: auf der einen Seite keine oder nur eine geringe intrinsische Motivation, sich anzustrengen, auf der anderen Seite eine äußere Notwendigkeit zur vollständigen Beantwortung des Fragebogens. Sie stimmen vielleicht der Frage zu, um überhaupt zu antworten oder geben einige einzelne akkurate Antworten und beantworten den restlichen Teil relativ oberflächlich. Krosnick fasst diese unterschiedlichen Strategien

oberflächlicher Beantwortung der Fragen unter dem Begriff „satisficing“ zusammen, wobei er zwei Untertypen unterscheidet:

- *weak satisficing*: Damit ist das Verhalten von Personen gemeint, die insgesamt weniger Energie für die Antworten aufwenden. Die einzelnen kognitiven Schritte zur Beantwortung werden zwar durchlaufen, bleiben aber im Gegensatz zum optimizing relativ oberflächlich und sind weniger gewissenhaft. Anstatt die bestmögliche Antwort zu geben, begnügen sie sich mit einer befriedigenden Antwort.
- *strong satisficing*: Bei dieser Art der Antwortgenerierung werden die Informationsgewinnung und der Urteilsprozess zusammengeworfen; die oben aufgeführten kognitiven Teilprozesse werden nicht mehr getrennt durchlaufen. Die Interpretation der Fragen ist oberflächlich und die Antworten werden weniger nach inhaltlichen Gesichtspunkten ausgewählt, sondern danach, was nach Ansicht der Befragten dem Untersucher vernünftig erscheint. Die Befragten nutzen in diesem Fall nicht innere, sondern äußerliche Stimuli zur Beantwortung. Bei Fehlen eines Hinweises oder bei Unklarheiten geben sie eine willkürliche Antwort.

„Optimizing“ und „strong satisficing“ sind als Endpole eines Kontinuums zu verstehen, das den Grad der Gründlichkeit des kognitiven Prozesses bei der Antwortgenerierung repräsentiert (Krosnick 1999). Satisficing wird begünstigt (a) durch eine hohe Schwierigkeit der Aufgabe, (b) durch geringe Fähigkeiten des Probanden zur optimalen Beantwortung, (c) einer geringen Motivation des Befragten zur optimalen Beantwortung (z.B. bei fehlender persönlicher Bedeutung des Themas; fehlende Konsequenzen, die sich aus dem Ausfüllen ergeben; Ermüdung). Dieses Modell betrachtet Testpersonen nicht als passive, automatisierte Antwortlieferanten, sondern als aktive Teilnehmer eines interaktiven Prozesses, die in verschiedenem Ausmaß motiviert sind und alle ihnen zugängliche Information zur Beantwortung nutzen, insbesondere wenn sie unsicher bezüglich der Bedeutung von Items sind.

Abb. 1 zeigt auf der Grundlage dieser Überlegungen, welche Faktoren zu Verzerrungen von Antworten bei Fragebögen führen könnten. Auf der Ebene des Befragten sind dabei dessen persönliche Ziele an die Rehabilitation sowie die Zuschreibung von Zielen an die Institution zu sehen, die dann problematisch werden können, wenn sie ausgeprägt diskrepanz sind. Im Überblick dargestellt sind verschiedene motivationale und kognitive Faktoren auf Seiten des Patienten, die zu Verzerrungen beim Fragebogen führen können. Ebenso sollten Aspekte der Situation beim Ausfüllen berücksichtigt werden, da diese sowohl das optimizing im Sinne Krosnick beeinträchtigen können, zudem weitere soziale Einflussfaktoren, z.B. die Präsenz weiterer Personen beim Ausfüllen, zu berücksichtigen sind. Nicht zu vernachlässigen sind

dabei auch Eigenschaften des Messinstrumentes selber, sowohl inhaltliche als auch formale (wörtliche und pragmatische Bedeutung, s.o.). Die mögliche Bedeutung der unterschiedlichen Faktoren für mögliche Verzerrungen im Fragebogen soll im Folgenden für die Rehabilitationspatienten näher ausgeführt werden.

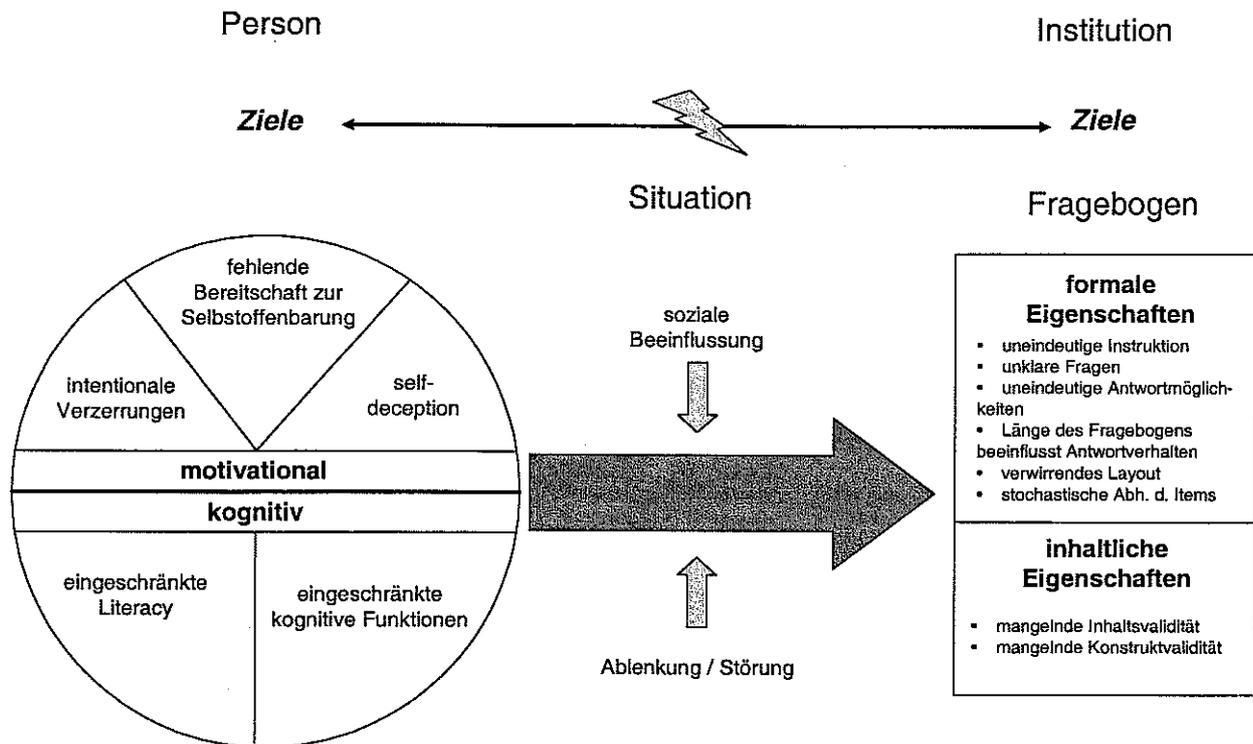


Abb. 1: Mögliche Ursachen für Verzerrungen in der Beantwortung des Fragebogens auf der Ebene der Person, der Situation beim Ausfüllen, der Institution bzw. des Fragebogens

Intentionale Verzerrungen

Der/die Betroffene verzerrt die eigenen Antworten bewusst in eine bestimmte Richtung, wobei zwei unterschiedliche Formen von intentionalen Verzerrungen voneinander zu unterscheiden sind: (1) eine Übertreibung, schärfere Konturierung, bewusste Überspitzung von tatsächlich vorhandenen Eigenschaften, um im Sinne einer angemessenen Kosten-Nutzen-Erwägung die eingeschränkten Möglichkeiten des Fragebogens für den eigenen Nutzen optimal zu verwenden, gleichsam die „Botschaft“ im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten wirkungsvoll zu transportieren („Ich habe wirklich unerträgliche Schmerzen“). (2) Simulation, d.h. eine bewusste, eindeutige Abweichung von den tatsächlichen vorhandenen Eigenschaften, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, z.B. Rentenbewilligung. In Bezug auf die Daten ließen sich folgende Erwartungen formulieren: (1) die Übertreibung sollte höhere Mittelwerte als erwartet zur Folge haben, die Untertreibung geringere

Mittelwerte, beides zusammen eine erhöhte Varianz der Werte; (2) die Simulation sollte zum Auftreten von „optimalen“ Typen führen auf der Basis der subjektiven Theorien der Betroffenen darüber, wie ein besonders kranker Rehabilitand auszusehen hat, der/die eine bestimmtes Ziel erreichen möchte.

Fehlende Bereitschaft zur Selbstoffenbarung

Die Beantwortung von Fragen über die eigene Person setzt voraus, dass diese überhaupt *bereit* sind, persönliche Belange einem (unbekannten) Dritten preiszugeben. Ist dies nicht der Fall, kann das dazu führen, dass Fragen gar nicht bzw. nur unvollständig beantwortet werden (Item-Nonresponse). Es kann sich zudem im Vorliegen von Response Sets ausdrücken (z.B. Akquieszenz, soziale Erwünschtheit).

Self-deception

Selbstbeschreibungen von Personen entstehen immer auch vor dem Hintergrund des Selbstbildes bzw. der eigenen, wahrgenommenen Identität. Es gibt Personen, bei denen aus sehr unterschiedlichen Gründen eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und den von außen wahrnehmbaren Eigenschaften besteht. In positiver Richtung kann dies dazu führen, dass eine Person sich Eigenschaften und Fähigkeiten zuschreibt, die er/sie zur Zeit nicht bzw. nicht mehr besitzt. In negativer Richtung kann eine Person spezifische Funktionseinschränkungen auf andere Lebensbereiche generalisieren und ein falsches negatives Bild von sich selber im Sinne einer depressiv-resignativen Grundhaltung aufweisen.

Zu dieser Form der Verzerrung sollten auch Formen der Ausrichtung an die vorgestellten Erwartungen der Untersucher gezählt werden. Für einen Rehabilitationspatienten könnte dies zur Darstellung des Bildes eines „problemlosen“ Patienten führen, oder auch die Darstellung einer für einen Rehabilitationspatienten typischen Patientenrolle. Hier ist je nach Ausmaß des Bewusstseins der eigenen Intentionen ein deutlicher Überschneidungsbereich mit der fehlenden Bereitschaft zur Selbstoffenbarung zu sehen.

Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Befragungen für Betroffene immer auch die Funktion der Selbstkonfrontation übernehmen (Bortz & Döring 1995). Die Wahrnehmung der eigenen Erlebens- bzw. Verhaltensweisen als widersprüchlich, unvernünftig oder unakzeptabel ist unangenehm und fördert die Tendenz, die Darstellung der eigenen Person zu glätten bzw. retouchieren.

Eingeschränkte kognitive Funktionsfähigkeiten

Schwierigkeiten beim Erfassen von der wörtlichen und pragmatischen Bedeutung der Instruktion und des gemeinten Frageinhalts, beim Abruf von Gedächtnisinhalten oder beim Prozess der Urteilsbildung können unabhängig von motivationalen Problemen auf kognitiven Funktionseinschränkungen beruhen, die insbesondere Patienten mit hirnganischen Störungen, mit Altersdemenzen oder mit deutlich ausgeprägter Intelligenzminderung betreffen dürfte.

Literacy

Z.Zt wird von etwa vier Millionen funktionellen Analphabeten (Lese- und Schreibkenntnisse niedriger als die notwendigen und als selbstverständlich vorausgesetzten) in Deutschland ausgegangen (6,3%, Hubertus & Nickel 2002). Inwieweit diese Zahl auf die Klientel der Rehabilitationskliniken mit vornehmlich LVA-Patienten zutrifft ist nicht genau zu sagen. Auf der einen Seite dürfte der Anteil der Analphabeten in der Arbeiterschaft höher sein als in den anderen Berufsgruppen. Auf der anderen Seite haben funktionelle Analphabeten von vornherein deutlich schlechtere Ausgangsbedingungen, überhaupt berufstätig zu sein. Welche Strategie die betroffenen Personen bei der Bearbeitung des Fragebogens anwendeten, bleibt unklar: Nicht-Ausfüllen, Hilfe von Dritten. Sicherlich dürfte die Bereitschaft von Betroffenen, überhaupt an der Befragung zum Fragebogen teilzunehmen, als geringer einzuschätzen sein, so dass diese Patienten in der Untersuchung möglicherweise nicht vertreten sein werden.

Wenn von der reinen klassifikatorischen Sichtweise des Vorliegens vs. Nicht-Vorliegens von funktionellen Analphabetismus auf eine Graduierung i.S. eines Ausmaß an Literacy ausgegangen wird, stellt sich die Frage, inwieweit es Personen mit geringerer Lese- und Schreibkompetenz und alltäglichen Umgang mit Wort und Schrift allein vor diesem Hintergrund deutlich schwerer fällt, den Fragebogen zu bearbeiten.

Situation beim Ausfüllen des Fragebogens

Es ist davon auszugehen, dass bestimmte **soziale Situationen** beim Ausfüllen des Fragebogens einen Einfluss auf die Gültigkeit der Antworten haben kann (Anwesenheitseffekt; Schnell et al. 1999). Aus der psychologischen Forschung ist bekannt, dass Öffentlichkeit beim Beantworten von Fragen Tendenzen der Selbstdarstellung fördern, die Abwesenheit von Publizität der Wahrscheinlichkeit stärkerer Selbstpräsentation verringert (Mummendey 1987). Wenn z.B. der Fragebogen zusammen mit dem (Ehe-)Partner oder mit

einem/r anderen Vertrauten ausgefüllt wird, kommt zu dem Element der Selbstdarstellung gegenüber der klinischen Institution auch das der Selbstdarstellung gegenüber der vertrauten Person hinzu. Dies könnte – je nach Konstellation – zu einer verzerrten Darstellung führen (z.B. Verheimlichung des tatsächlichen Alkoholkonsums). Ist zudem die beteiligte Person in der Interaktion deutlich dominant, könnte das Ergebnis des Fragebogens weniger das Selbstbild des/der Betroffenen als vielmehr das Fremdbild des Vertrauten darstellen.

Das Ausfüllen eines Fragebogens setzt ferner einen geschützten Rahmen voraus, der frei von allzu großer äußerer **Ablenkung und Störung** ist. Ein Fragebogen, der auf dem Weg zur Klinik in einem belebten Großraumabteil der Bahn ausgefüllt wurde, kann sicherlich nicht die gleiche Verarbeitungstiefe erreichen, wie ein Fragebogen, der in zeitlicher und räumlicher Ruhe bearbeitet wurde.

Inhaltliche und formale Merkmale des Fragebogens

Die Gültigkeit der Angaben im Fragebogen hängt auch von der inhaltlichen (Inhalts- und Konstruktvalidität) und formalen (Frageeffekte, Positionseffekte) Eigenschaften des Fragebogens ab. Eine kritische Analyse formaler Merkmale der Fragebögen kann über vorhandene Standards zur Gestaltung von Fragebögen erfolgen (z.B. Mummendey 1987, Prüfer & Rexrodt 2000). Entsprechende Verzerrungen lassen sich gut mithilfe des für die vorliegende Studie vorgesehenen kognitiven Survey identifizieren. Von der Inhaltsvalidität und (insbesondere bei den verwendeten standardisierten Fragebögen) der Konstruktvalidität ist auszugehen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang vielmehr die Frage der ökologischen Validität, d.h. der Übertragbarkeit der abgefragten Inhalte / Konstrukte auf die besondere Situation der Rehabilitations-Patienten.

Ergebnisse der Rehabilitationsforschung

In der PROTOS-Studie zur Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation wurden die betreuenden Ärzte gebeten einzuschätzen, ob ein Patient / eine Patientin die Symptome „dissimuliert“, subjektive Angaben gegenüber dem objektiven Befund „adäquat“ sind oder Symptome „aggraviert“ werden. Das Ergebnis war für die Autoren „völlig überraschend“ (S. 54): Aggravation war nur unter den psychosomatischen Patienten mit etwa 10%¹ der Fälle

¹ Angaben abgelesen aus Abb. 4.15, S. 54, Gerdes et al. (2000)

ein auf Gruppenebene betrachtetes bedeutsames Phänomen. Bei den orthopädischen Patienten lag dieser Anteil bei etwa 5%, bei den kardiologischen Patienten waren es Einzelfälle. Dissimulation fand sich wiederum bei den psychosomatischen Patienten in größerem Umfang (etwa 15%), bei den kardiologischen und orthopädischen Patienten nur in Einzelfällen.

Ziele / Fragestellungen der Untersuchung

1. die *Rekonstruktion der Hintergrundbedingungen und Gründe* für die im Fragebogen durch die Patienten angegebenen Informationen;
2. die *Überprüfung der Validität* der durch die Person angegebenen Informationen;
3. *Erklärung reduzierter Validität* durch die gefundenen Hintergrundbedingungen / Gründe bzw. durch weitere Merkmale der Patienten.

zu 1.: Dieser Punkt wurde in der Darstellung des theoretischen Hintergrundes näher ausgeführt. Mit der Rekonstruktion der Hintergrundbedingungen ist die Identifizierung jener situativen Merkmale gemeint, die einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen haben können. In der Literatur sind eine Vielzahl von potenziellen Einflussfaktoren aufgeführt, z.B. soziale Erwünschtheit bzw. das Ausmaß an Öffentlichkeit beim Ausfüllen des Fragebogens. Ebenso kann es auf Seite der Person Gründe geben, die bestimmte Antwortverzerrungen zur Folge haben, darunter motivationale Faktoren (bewussten Überspitzung von Antworten, fehlende Bereitschaft zur Selbst-Offenbarung, inkongruentes Selbstbild), aber auch kognitive Voraussetzungen (Lese- und Schreibkompetenzen, Intelligenzminderung). Zu den Gründen für mögliche Verzerrungen sind auch Faktoren zu zählen, die auf Seiten des Erhebungsinstruments zu verorten sind (inhaltliche oder formale Eigenschaften des Fragebogens).

Um zu entscheiden, ob die vom Patienten berichteten Hintergrundbedingungen beim Ausfüllen relevant für die Gültigkeit des Fragebogens sind, bedarf es einer expliziten Vorstellung darüber, wie eine „gute Situation“ bzw. gar eine „ideale Situation“ aussieht. Eine entsprechende Situation ist allerdings auch nach Rücksprache mit wissenschaftlichen Spezialisten aus dem Bereich der Fragebogenentwicklung bzw. Untersuchungsdurchführung in der Literatur noch nicht beschrieben. Sie müsste davon abhängig sein, welche Inhalte jeweils erfragt werden und in welchem motivationalen Kontext die Befragung stattfindet. Abb. 2 stellt einen Ansatz dar, eine „gute Fragebogensituation“ basierend auf der Systematisierung der Verzerrungen (Abb. 1) darzustellen.

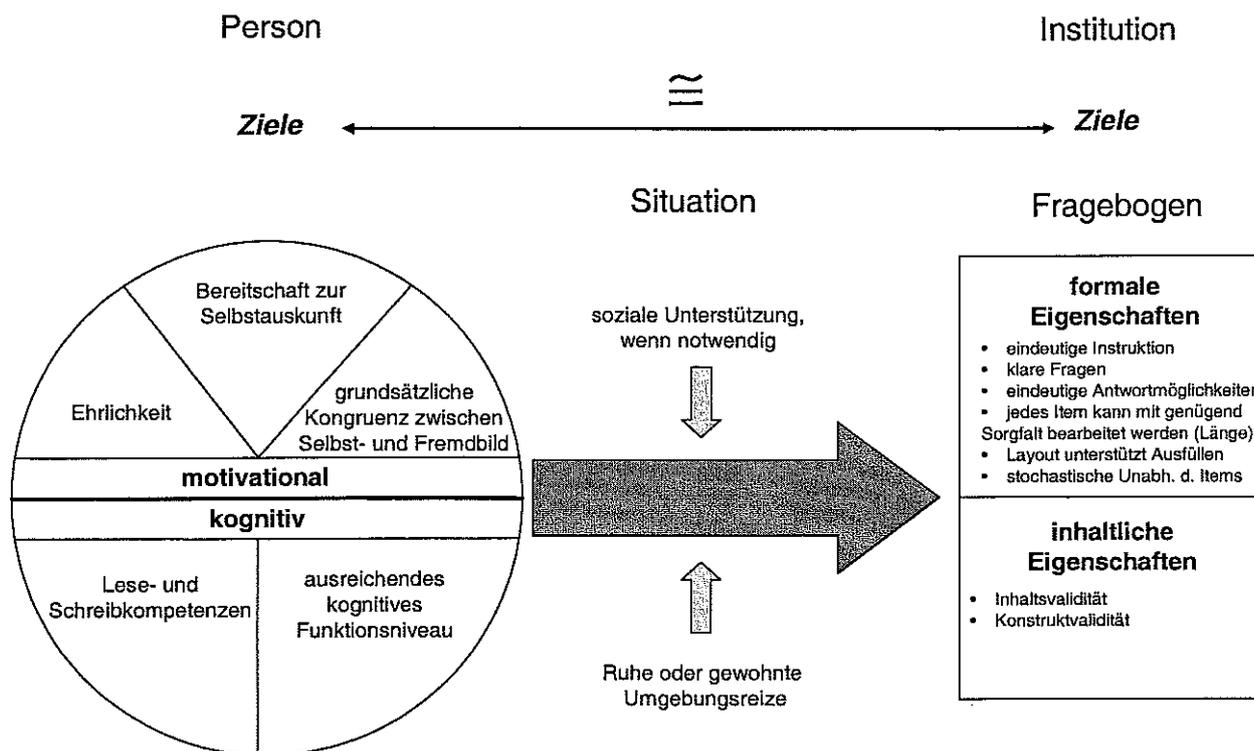


Abb. 2: „Die gute Fragebogensituation“: Merkmale für die Erfassung valider Informationen in der Beantwortung des Fragebogens auf der Ebene der Person, der Situation beim Ausfüllen, der Institution bzw. des Fragebogens

Abb. 1 und Abb. 2 zusammen sind komplementär zueinander. Allerdings stellt nicht immer nur die Negation der Verzerrung die ideale Fragebogensituation dar. Z.B. muss die Präsenz einer weiteren Person nicht automatisch eine verzerrende soziale Beeinflussung darstellen. Vielmehr gibt es Bereiche im Fragebogen, bei denen der/die Betroffene auf die Unterstützung einer anderen Person angewiesen sein könnte (z.B. Krankheitsanamnese, aktuelle Medikation, Erkrankungen in der Familie etc.). Diese Person kann auch als Korrektiv beim Ausfüllen von funktionellen Einschränkungen dienen. Beim Bearbeiten von psychischen Erlebnisinhalten (z.B. Ängstlichkeit, Depressivität) oder auch bei Konsumgewohnheiten (Alkohol, Nikotin) kann die gleiche Person jedoch zugleich Antwortverzerrende Einflüsse zeitigen. Auch andere äußerliche Einflüsse können sowohl positive als auch negative Folgen für die Antwortqualität haben. Ruhe beim Ausfüllen des Fragebogens ist sicherlich sinnvoll, muss aber keine notwendige Bedingung für eine valide Beantwortung des Fragebogens darstellen (Radio als Erhalt eines bestimmten levels of arousal). Hier gilt es Situationen zu unterscheiden, die notwendigerweise Aufmerksamkeit von dem Befragten abziehen, was nicht für tagtägliche, gewohnte Reize zutreffen muss. D.h. hier könnte als Kriterium die Neuigkeit / Ungewohntheit der äußeren Situation für den Befragten darstellen.

zu 2.: Das Kriterium für *die* Validität individueller Informationen gibt es nicht. Die Einschätzung der Gültigkeit der Aussagen eines/r Patienten/in muss vielmehr erschlossen werden. Die Kombination unterschiedlicher Informationen wird in verschiedenen Forschungsansätzen als Methode der Einschätzung von Validität verwendet, z.B. im Rahmen des multi-trait-multit-method Ansatzes (Campbell & Fiske 1959) oder dem ursprünglich aus der qualitativen Forschung stammenden Konzept der Triangulation (Flick 2000), bei dem quantitative und qualitative Daten systematisch miteinander in Beziehung gesetzt werden.

zu 3.: Eine graduierte Beurteilung der Validität der Patienteninformationen vorausgesetzt, ließe sich diese Beurteilung mit dem im offenen Interview erfassten Merkmalen der Interviewsituation sowie Schwierigkeit im Umgang mit dem Fragebogen in Beziehung setzen. Dies würde die Identifizierung erklärender Faktoren nicht nur aufgrund *theoretischer* Aussagen („die gute Fragebogensituation“, vgl. Punkt 1.) sondern ebenso auf *empirischer* Basis ermöglichen.

Methoden

Darstellung der Fragebögen

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie sind die Fragebögen, die routinemäßig im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme den Patienten von der Rehabilitationsklinik zugeschickt werden mit der Bitte, ihn zur Aufnahme ausgefüllt wieder mitzubringen (Klinikum Holsteinische Schweiz) bzw. per Post möglichst umgehend zurückzusenden (Fachklinik Aukrug). Diese Fragebögen sind eine Zusammenstellung verschiedener und auch für beide Kliniken weitestgehend unterschiedlicher standardisierter Instrumente im Sinne einer Fragebogenbatterie, zusätzlich sind einige spezifische Items in dem jeweiligen Fragebogen eingefügt, die primär medizinisch-anamnestischen Hintergrund haben. Die Inhalte der jeweiligen Fragebögen sind im Folgenden in einer kurzen tabellarischen Übersicht zusammengefasst (Tab. 1, S. 20). Die kompletten Fragebögen finden sich im Anhang 1 (Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz) und Anhang 2 (Fragebogen Fachklinik Aukrug).

Wie aus Tab. 1 ersichtlich besteht abgesehen von soziodemografischen und teilweise anamnestischen Informationen nur im Funktionsfragebogen Hannover eine Übereinstimmung zwischen beiden Erhebungen. Inhaltlich decken sich zudem die Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand (jeweils ein Item), Fragen zum Schmerzerleben in unterschiedlicher Form und Differenzierung, das Ausmaß an Depressivität und Ängstlichkeit sowie Fragen zu Rauchgewohnheiten.

Tab. 1: Inhalte der Fragebögen zur Rehabilitation aus dem Klinikum Holsteinische Schweiz und der Fachklinik Aukrug

Klinikum Holsteinische Schweiz	Fachklinik Aukrug
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Gesundheitszustand • Krankheiten in der Familie • Krankenhausaufenthalte, weitere Erkrankungen, Unfälle • aktuelle Beschwerden • Überempfindlichkeiten • für Frauen: Informationen zur Regelblutung und Geburten • Alkohol- und Nikotinkonsum • aktuelle Einnahme von Medikamenten • Dauer Krankschreibung • Inanspruchnahme von Heilverfahren • Schwerbehinderung • Kranken- und Rentenversicherung • Fragebogen zu körperlichen Beschwerden in den letzten sieben Tagen (aus dem SCL90-R)² • Schmerzen, Energieverlust und Schlafprobleme (Subskalen aus dem NHP)³ • Fragebogen zu Gedanken über gesundheitliche Beschwerden (FSS)⁴ • Allgemeine Depressionsskala (ADS-K von Hautzinger & Bailer 1993) • Fragebogen zum Alltagsfunktionsniveau (Funktionsfragebogen Hannover, FFbH-R, Kohlmann & Raspe 1989) • aktuelle Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit • Schmerzlokalisation, Schmerzstärke • soziodemografische Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> • soziodemografische Informationen • Renten- und Krankenversicherung • berufliche Situation (u.a. Arbeitsunfähigkeit) • Begleitkrankheiten bzw. -beschwerden • aktuelle Medikamenteneinnahme • medizinische Vorgeschichte • Allergien / Überempfindlichkeiten • Röntgenanamnese • sportliche Betätigungen • Schmerzorte, -dauer, -empfindungen, -stärke, -zeiten, -beginn, -veränderungen, Hilfen zur Schmerzreduktion • allgemeiner Gesundheitszustand • Fragebogen zum Alltagsfunktionsniveau (Funktionsfragebogen Hannover, FFbH-R, Kohlmann & Raspe 1989) • Fragen zu Behinderungen durch eine Atemwegserkrankung • Fragebogen zum psychischen Befinden in der letzten Woche (Hamilton Anxiety and Depression Scale, HADS-D, Hermann, Buss & Snaith 1995) • Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden (aus FEG, Dlugosch & Krieger 1995) • Fragebogen zu Rauchgewohnheiten (Fagerstrom 1978) • Fragebogen zu Erwartungen an die Rehabilitation (FREM-17, Deck et al. 1998b).

Erhebungsstrategien

Die Rekonstruktion der Hintergrundbedingungen und Gründe für die im Fragebogen durch die Patienten angegebenen Informationen (s. Fragestellung Nr. 1) erfolgt über ein individuelles Leitfadenterview in direkter Anlehnung an Techniken des kognitiven Survey aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich der Überprüfung von Interviews / Fragebögen (vgl. Prüfer & Rexrodt 2000; Mittag et al. subm.). Im Rahmen dieses Interviews wird die Situation beim Ausfüllen des Fragebogens erfasst (Präsenz bzw. Hilfen von weiteren Personen, Zeitpunkt, Unterbrechungen, Dauer). Ebenso werden Erwartungen, Ziele bzw. Motivation zum Rehaaufenthalt erfragt sowie der mögliche Einfluss von den eigenen Zielen auf das Ausfüllen des Fragebogens. Dazu gehört auch die Abklärung der Vorstellung,

² SCL90-R: Symptom Checklist, revidierte Fassung

³ Nottingham Health Profile (NHP)

⁴ Fragebogen zu schmerzbezogenen Selbstinstruktionen (modifiziert)

welche Funktion der Fragebogen im Kontext der eigenen Rehabilitationsmaßnahme übernimmt. Das Ausmaß an Lese- und Schreibschwierigkeiten („Literacy“) soll indirekt erfragt werden. Nach der Identifikation von generellen Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens sollen die einzelnen Teile des Fragebogens in unterschiedlicher Ausführlichkeit nach Problemen im Verständnis und der Bearbeitung mit Techniken des kognitiven Survey (retrospective think-aloud, probing) durchgegangen werden. Der für die Erhebungen in beiden Kliniken gleich Teil findet sich im Anhang 3, die jeweils speziellen Teile finden sich im Anhang 4 (Klinikum Holsteinische Schweiz) und Anhang 5 (Fachklinik Aukrug).

Die motivationalen und kognitiven Merkmale der Person sind in einem entsprechenden Interview jedoch nur indirekt und in Ansätzen zu ermitteln. Da die betreuenden Ärzte / Ärztinnen am Ende der Behandlung deutlich mehr Erfahrung in der Interaktion mit dem Patienten aufweisen, soll eine Einschätzung von den unterschiedlichen motivationalen und kognitiven Merkmalen der Person in Anlehnung an das Modell aus Abb. 1 und 2 von Seiten des Arztes / der Ärztin erfolgen (s.u.). Der Fragebogen für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte findet sich im Anhang 6.

Auswahl der Inhalte für eine Messwiederholung

Es erscheint nicht angebracht, den Patienten zu Beginn ihrer Behandlung den Fragebogen in der vorliegenden Form komplett zur erneuten Bearbeitung vorzulegen. Neben der zusätzlichen Belastung für die Patienten und einer zu erwartenden geringeren Teilnahmebereitschaft gibt es einige Fragen, die nur schwer ohne entsprechende Hilfen bzw. Hilfsmittel ausgefüllt werden können, z.B. die vorangegangenen Krankenhausaufenthalte, ebenso gegenwärtige Medikation. Daher soll dem Patienten nicht ein identischer kompletter Fragebogen, sondern eine Auswahl aus dem Fragebogen vorgelegt werden. Tab. 2 listet diese Inhalte auf. Dabei wurde darauf geachtet, eine möglichst gute inhaltliche Überschneidung zwischen beiden Kliniken zu erreichen. Aus beiden Studien liegen damit Informationen zur Bewertung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes vor, der körperlichen Funktionseinschränkungen, Schmerzerleben, psychischen Funktionseinschränkungen in Form von Ängstlichkeit und Depressivität sowie Nikotinkonsum (Tab. 2).

Tab. 2: Für die Messwiederholung ausgewählte Inhalte der Fragebögen zur Rehabilitation aus dem Klinikum Holsteinische Schweiz und der Fachklinik Aukrug

Klinikum Holsteinische Schweiz	Fachklinik Aukrug
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Gesundheitszustand • Schmerzlokalisierung, Schmerzstärke • aktuelle Hauptbeschwerden • Fragebogen zum Alltagsfunktionsniveau (Funktionsfragebogen Hannover, FFbH-R, Kohlmann & Raspe 1989) • Allgemeine Depressionsskala (ADS-K von Hautzinger & Bailer 1993) • Alkohol- und Nikotinkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeiner Gesundheitszustand • Schmerzorte, -dauer, -empfindungen, -stärke, -zeiten, -beginn, -veränderungen, Hilfen zur Schmerzreduktion • Fragebogen zum Alltagsfunktionsniveau (Funktionsfragebogen Hannover, FFbH-R, Kohlmann & Raspe 1989) • Fragebogen zum psychischen Befinden in der letzten Woche (Hamilton Anxiety and Depression Scale, HADS-D, Hermann, Buss & Snaith 1995) • Fragebogen zu Rauchgewohnheiten (Fagerstrom 1978)

Inhalte der offenen Befragung (kognitiver Survey)

Das offene Interview in Form des kognitiven Survey ist erstens in der Lage, Defizite in den formalen Eigenschaften der Fragebögen darzustellen. Zweitens lässt sich mittels der offenen Befragung die Situation beim Ausfüllen des Fragebogens rekonstruieren. Ob diese Faktoren einen Einfluss auf die Validität des Fragebogens haben, kann zum einen aus der Sicht der Betroffenen beantwortet werden, zum anderen im Sinne der 3. Fragestellung empirisch aus der gemeinsamen Betrachtung von Validität und Merkmalen der Erhebungssituation. Drittens könnte eine offene Befragung Informationen zur Literacy und auch grundlegender kognitiver Funktionseinschränkungen ermöglichen. Literacy ließe sich aus dem beobachteten und geschilderten Umgang mit den Fragebogensituationen sowie über allgemeine Aussagen zu Lese- und Schreiberfahrungen im Alltag erschließen. Grundlegende Einschränkungen kognitiver Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verständnis, Zerrahrenheit) lassen sich im Rahmen des Interviews in der Interaktion mit dem Patienten vom Interviewer beurteilen.

Deutlich schwieriger wird es sein, motivationale Hintergrundfaktoren zu objektivieren. Allenfalls zu Formen leichter intentionaler Verzerrungen oder fehlender Bereitschaft zur Selbstoffenbarung lassen sich direkte Fragen stellen. Das offene Interview kann jedoch nur in der Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den Fragebögen indirekte Hinweise für die mögliche Motivationslage des Betroffenen liefern. Entsprechende Hinweise sollten für Außenstehende nachvollziehbar gut dokumentiert werden. Wie diese Hinweise im Einzelfall aussehen, kann im Vorfeld der Erhebung nur ungenügend expliziert werden.

Einschätzung von Seiten des Klinikpersonals

Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen werden am Ende der Behandlung eine Einschätzung der motivationalen und kognitiven Eigenschaften der Patienten erlangt haben. Obschon nicht geklärt werden kann, inwieweit diese Einschätzungen als valide zu betrachten sind, sollten sie als Hinweise für den motivationalen Hintergrund aus klinischer Erfahrung als potenzielle Prädiktoren für die Validität des Fragebogens in Betracht gezogen werden. Auch hier gilt das Desiderat einer guten, nachvollziehbaren Dokumentation dieser Hinweise im Einzelfall.

Grenzen der Methoden

Die Bestimmung der Validität über die Konsistenz von unterschiedlichen Informationen ist nur begrenzt in der Lage, die tatsächliche Gültigkeit von Informationen abzubilden. In Bezug auf intentionale Verzerrungen ist davon auszugehen, dass Personen sowohl in der ersten als auch in der zweiten Erhebung die gleiche Strategie anwenden werden, was zu konsistenten Ergebnissen führen würde. Intentionale Verzerrungen sind vor diesem Hintergrund nur begründet zu vermuten, jedoch kaum wirklich festzustellen.

Es ist zudem zu berücksichtigen, dass bekannterweise auch das offene Interview als Methode den Gefahren von Verzerrungen unterliegt (insbesondere Interviewereffekte). Durch die Vorgabe eines Leitfadeninterviews, über das zuvor Einigkeit in Inhalt und Form erzielt wurde, lässt sich ein Teil dieses Interviewereffekts reduzieren.

Auswertungen

Die Darstellung der geplanten Auswertungen erfolgt in direkter Anlehnung der oben formulierten Ziele und Fragestellungen der Untersuchung.

ad 1: Rekonstruktion der Hintergrundbedingungen und Gründe für die im Fragebogen durch die Patienten angegebenen Informationen

Die *Hintergrundbedingungen* werden im Leitfadeninterview unter B (Situation beim Ausfüllen des Fragebogens) erfragt. Die Antworten sollen werden entweder in die vorgegebenen Kategorien kodiert oder wenn sie zusätzliche relevante Informationen beinhalten einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse unterzogen. Wenn möglich sollten die Erhebungssituationen zu unterschiedlichen Situationstypen zusammengefasst werden.

Die *Gründe* werden im Leitfadeninterview unter C (Erwartungen, Ziele, Motivation) erfragt. Auch sie werden einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Zudem erfolgt die Rekonstruktion der motivationalen Lage des Patienten zusätzlich durch eine

Einschätzung des behandelnden Arztes am Ende der stationären Reha-Maßnahme. Sie beziehen sich auf die intentionale Verzerrungen, fehlende Bereitschaft zur Selbstoffenbarung, Selbsttäuschung und diskrepante Erwartungen zwischen Patienten und Klinik an die Reha-Maßnahme, Motivation zur Teilnahme allgemein. Das Vorliegen von Hinweisen für verzerrende Einflüsse erfolgt durch ein 3-stufiges Rating. Entsprechende Hinweise sollen – falls vorhanden – von dem Arzt im Freitext spezifiziert werden.

Die Qualität des Fragebogens wird unter E (Schwierigkeiten beim Ausfüllen) erfasst. Dieser Teil bezieht sich auf einzelne Abschnitte der Fragebögen. Es soll dokumentiert werden, welche Schwierigkeiten bei welchen Fragen aufgetreten sind und der entsprechende Anteil der Personen mit spezifischen Problemen quantifiziert werden.

Zu diesen Punkt gehört die Einschätzung der kognitiven Funktion aus der Beurteilung durch den Arzt sowie die Literacy durch das Leitfadeninterview.

Zusammenfassend sollen die beschriebenen Ergebnisse im Anschluss in die beiden Modelle zur Fragebogensituation (Abb. 1, S. 11; Abb. 2, S. 17) eingeordnet und bewertet werden.

ad 2.: Überprüfung der Validität der durch die Person angegebenen Informationen

Basierend auf dem Ansatz der Kombination verschiedener Datenquellen soll die *Überprüfung der Validität* der durch die Person angegebenen Informationen über die *Untersuchung der Konsistenz von Patientenaussagen* auf zwei verschiedene Weisen erfolgen:

- (a) Im Rahmen einer Messwiederholung, wie sie im Rahmen der Testkonstruktionen als Retest-Untersuchung zur Reliabilitätsschätzung angewendet werden. Abzüglich eines als bekannt vorausgesetzten Messfehlers sollten sich die Angaben vor der Rehabilitation im Vergleich zu Beginn der Rehabilitation nicht bedeutsam unterscheiden – vorausgesetzt, es haben keine tatsächlichen Veränderungen der interessierenden Variablen stattgefunden (die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Ausfüllen des Fragebogens und dem Rehabeginn soll im Interview mit erfasst werden). Ein entsprechender Check, z.B. über die explizite Angabe relevanter Veränderungen von Seiten der Patienten, sollte entsprechend berücksichtigt werden. Die Bestimmung, ob sich Ausgangswert und Messwiederholungswert unterscheiden, erfolgt über die Bestimmung eines 95%-Konfidenzintervalls für die Werte der ersten Messung und die Überprüfung, ob der zweite Messwert innerhalb der angegebenen Grenzen liegt oder nicht. Dazu soll folgende Formel zur Berechnung des

Konfidenzintervalls verwendet werden (vgl. Rost 1996, S. 360):

$KI = \hat{\theta}_v \pm 1,96 \times \sqrt{Var(\hat{\theta})(1 - Rel(\theta))}$, mit $\hat{\theta}$ gleich dem geschätzten Personenwert und $Rel(\theta)$ gleich der Reliabilität der Messung. D.h. es wird eine Normalverteilung der Messfehler angenommen und die Fehlervarianzen der einzelnen Personenmesswerte sind über alle Personen gleich. Zudem sollte bei diesem Vorgehen die geschätzte Varianz der Messwerte und die Bestimmung der Reliabilität aus der gleichen Stichprobe kommen⁵, d.h. entweder aus einer verfügbaren Normstichprobe oder aus den zu erhebenden Daten selber. Das Ergebnis sollte die Information darstellen, ob der Wert der Person signifikant geringer, nicht signifikant verschieden oder signifikant höher als erwartet ist. Bei einem 95%-Konfidenzintervall ist von im Mittel fünf Unter- bzw. Überschreitungen der Signifikanzgrenze auszugehen.

- (b) Analyse von Response-Sets: Die Fragebögen sollen auf folgende Response-Sets analysiert werden: Akquieszenz (=Zustimmungstendenz), Nein-Sage-Tendenz, Tendenz zum mittleren Urteil, Item-Nonresponse. Das Vorhandensein eines Response-Sets ist als Einschränkung der Validität zu werten. Sie sollten zudem primär bei den Personen mit fehlender Bereitschaft zur Selbstoffenbarung auftreten. Als Operationalisierung der jeweiligen Antworttendenz wird ein Anteil der für die Antworttendenz charakteristischen Antworten über 80% definiert. Bei der Ja- bzw. Nein-Sage-Tendenz gilt das jeweilige Ankreuzen der Extrema der Antwortskalen, bei der Tendenz zur Mitte wird für ungerade Anzahl der Antwortkategorien die exakte Mittelkategorie, bei gerader Anzahl der Antwortkategorien die mittleren beiden Kategorien berücksichtigt.

ad 3.: Erklärung reduzierter Validität durch die gefundenen Hintergrundbedingungen / Gründe bzw. durch weitere Merkmale der Patienten.

Die empirisch basierte Erklärung reduzierter Validität durch die gefundenen Hintergrundbedingungen / Gründe bzw. durch weitere Merkmale der Patienten erfolgt in der

⁵ Reliabilitätsschätzung und Stichprobenvarianz stehen in einem direkten Verhältnis zueinander. Bei einer geringen Stichprobenvarianz ist auch ein geringer Reliabilitätskoeffizient zu erwarten, höhere Varianzen bedingen höhere Reliabilität. Durch die Multiplikation von Stichprobenvarianz und Reliabilität wird diese Stichprobeabhängigkeit wieder herausgerechnet.

Kombination der unterschiedlichen Datenquellen, mit einem Indikator für Validität als Kriteriums- bzw. abhängige Variable, und Merkmalen der Person, der Situation bzw. des Fragebogens als Prädiktor- bzw. unabhängige Variablen. Davon ausgehend, dass zumindest grob zwischen Personen (1) ohne Hinweis auf Validitätseinschränkung, (2) mit Hinweisen auf mögliche Einschränkungen der Validität sowie (3) Personen mit eindeutigen Hinweisen auf Validitätseinschränkungen unterschieden werden kann, würden logistische Regressionsmodelle zur Untersuchung dieser multivariaten Zusammenhänge zur Anwendung kommen.

Durchführung

Voraussetzungen

Beide kooperierenden Kliniken versenden routinemäßig vor Antritt der Rehamaßnahme einen standardisierten Fragebogen an alle Patienten. Patienten mit geplantem Aufenthalt im Klinikum Holsteinische Schweiz sind aufgefordert, den ausgefüllten Fragebogen mit in die Klinik zu bringen; Patienten mit geplantem Aufenthalt in Aukrug sollen den Fragebogen möglichst umgehend wieder an die Klinik zurückschicken.

Vorbereitung der Erhebungen

Organisatorisch und inhaltlich erfolgt die Studie in enger Zusammenarbeit mit den beiden beteiligten Kliniken. Das Projekt wurde in beiden Kliniken im Vorfeld vorgestellt und diskutiert, sowie organisatorische Vereinbarungen zur Durchführung getroffen. Die konsekutive Befragung der Patienten in der Klinik konnte in die Routineaufnahmeprozedur integriert werden. Es wurden Kontaktpersonen als Ansprechpartner vor Ort gefunden (Aukrug: Dr. Nagel; Malente: Dr. Kirmse).

Pretest

Um das Vorgehen und den Interviewleitfaden zu prüfen, wurde ein Pretest mit sechs Patienten im Vorfeld der Befragungen in beiden Kliniken von TM und RD durchgeführt. Er diente dazu, zum einen die Anwendbarkeit und Akzeptanz des Leitfadens zu prüfen und Formulierungen bzw. Frageninhalte anzupassen, zum anderen die organisatorischen Durchführungsbedingungen ggf. adaptieren zu können. Im Anschluss an den Pretests wurde der Leitfaden sprachlich und inhaltlich leicht modifiziert.

Erhebungsphase

Die konsekutive Befragung der Patienten in der Klinik konnte in die Routineaufnahmeprozedur integriert werden. Der größte Teil der Patienten konnte innerhalb der erste drei Tage nach Aufnahme befragt werden, maximal lagen sieben Tage zwischen Aufnahme und Befragung. Der Ablauf der Erhebung war folgendermaßen strukturiert (zur Übersicht vgl. Abb. 3):

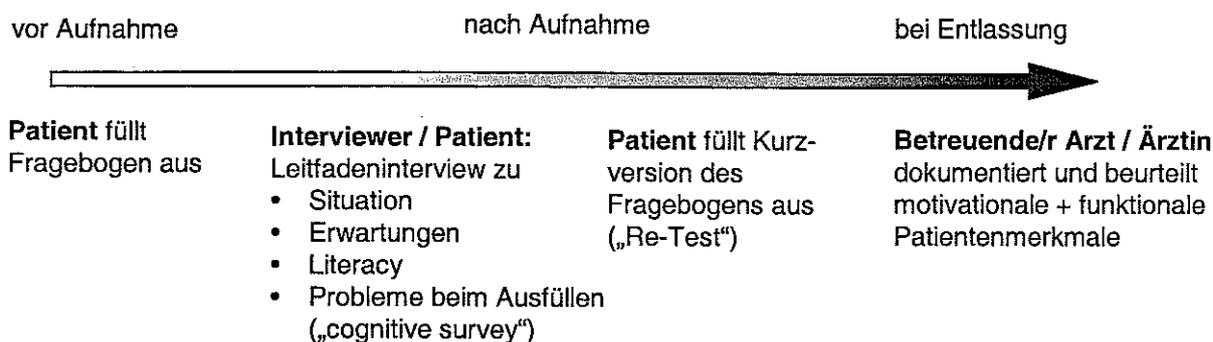


Abb. 3: Ablauf der Erhebung

1. Den Patienten wurde ein einstündiger Gesprächstermin mit TM in ihren Tagesplan eingetragen. In diesem Gespräch wurde der/die Betroffene über die Untersuchung und ihren Ablauf informiert, TM als externer Forscher ausgewiesen, die Freiwilligkeit der Befragung herausgestellt sowie um Teilnahme gebeten (schriftliche Einwilligung). Wurde die schriftliche Einwilligung gegeben, begann anschließend der inhaltliche Interviewteil.
2. Es war im Vorfeld geplant, dass der Patient / die Patientin in einer räumlich und zeitlich geschützten Umgebung selbständig und alleine noch einmal ausgewählte Teile des Fragebogens beantworten sollte (Re-Test). Aus zeitlichen Gründen fand diese Erhebung in den meisten Fällen nicht während des 1-stündigen Interviews statt, sondern der Retest-Bogen wurde vielmehr den Patienten nach dem Interview mitgegeben mit der Bitte, ihn vollständig auszufüllen und entweder unmittelbar oder an vereinbarter Stelle abzugeben. Dabei wurde der Patient darauf aufmerksam gemacht, dass die Bearbeitung ungestört und in Ruhe erfolgen sollte. Ein weiterer Grund für die Ausgliederung des Re-Tests aus der Interviewsituation lag in der verminderten Compliance durch die Patienten, die davon überzeugt werden mussten, den Fragebogen ein zweites Mal auszufüllen (s. Ergebnisse, Non-Response).

Zur weiteren Verarbeitung der Daten

Um die Zuordnung der Fragebögen (Originalfragebögen, Retest-Fragebogen) zu den Aussagen im Interview und den Beurteilungen von Klinikseite bei gleichzeitiger Bewahrung der Anonymität der Daten zu ermöglichen, erhielt jeder Dokumentationsbogen ein gesondertes Deckblatt mit einem pseudonymisierten Kürzel (Initialen, Geburtsjahr 2-stellig). Nach Vorliegen aller vier Informationsquellen (Fragebogen zu Hause, Fragebogen Re-Test, Leitfadeninterview, Beurteilungen von Klinikseite) wurden die Bögen einander zugeordnet

und das pseudonymisierte Kürzel auf dem Deckblatt durch ein anonymisiertes Kürzel in Form einer laufenden Nummer auf den jeweiligen Dokumentations- bzw. Fragebögen ersetzt.

Für die Eingabe und Auswertung der Daten wurden einzelne MS Access Datenbanken erstellt. Die Eingabe der Prä-Fragebögen erfolgte vor Ort in den Kliniken durch TM. Obwohl die Fragebögen bereits im Rahmen der regulären Verarbeitungsroutine durch die Klinik eingegeben worden waren, ermöglichte dieses Vorgehen die zusätzliche Dokumentation von Auffälligkeiten im Umgang mit dem Fragebogen, die nicht im Interview zur Sprache kamen, und gleichzeitig eine einfachere Integration der Daten für die gemeinsame Auswertung. Bei der Eingabe der Fragebögen vor Ort wurden ggf. fehlende soziodemografische Angaben nachgetragen sowie die ICD-Diagnosen aus den Entlassungsbriefen übernommen. Die Eingabe der offenen Interviews erfolgte am Institut für Sozialmedizin durch eine studentische Hilfskraft.

Die Analyse der offenen Antworten erfolgte auf der Basis von MS Access (ein vergleichbares Vorgehen ist dokumentiert in Meyer et al. 2002). Dabei wurden die Antworten der Patienten auf die einzelnen Fragen bzw. Fragekomplexe in einem ersten Schritt durchgesehen und verschiedene inhaltliche Antworten voneinander unterschieden. Dann wurden entsprechend Kategorien formuliert, die die Antworten möglichst gut zusammenfassen konnten und möglichst disjunkt sein sollten. In einem nächsten Schritt wurden die gesamten Antworten wiederum durchgegangen und mit in Access angelegten dichotomen Variablen kodiert. In der Regel mussten die Kategorien dabei modifiziert und weitere hinzugefügt werden. Diese Form der Auswertung erfolgte sukzessive für alle Fragen bzw. Fragenbereiche.

Im Anschluss daran wurde die Analyse zu Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen beiden standardisierten Erhebungsformen bzw. -zeitpunkten durchgeführt, die Beurteilung durch die Klinik ausgewertet sowie die soziodemografischen Merkmale aufgearbeitet.

Damit die Auswertung des „weichen“, relativ „interpretationsoffenen“ Materials nicht mit dem Wissen um Abweichungen zwischen den standardisierten Informationen konfundiert, wurden die Daten aus den offenen Auswertungen erst nach deren Abschluss mit den Daten der standardisierten Auswertungen kombiniert.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichproben

Tab. 1 fasst soziodemografische Merkmale der untersuchten Personen zusammen. Insgesamt wurden n=105 Patienten befragt, davon 40 Frauen (38%), 65 Männer (62%). Sie waren im Mittel 50 Jahre alt, mit einer Spannweite von 18 bis 68 Jahren. Über zwei Drittel der Befragten waren verheiratet (n=71, 69%). 61 Befragte hatten einen Hauptschulabschluss (60%), 65 eine betriebliche Ausbildung (64%), 20 keine Ausbildung (20%).

Tab. 3: Soziodemografische Merkmale der Stichproben (Häufigkeit und gültige Prozent bzw. Mittelwert und Standardabweichung)

Merkmals	Gesamt	Malente n=52	Aukrug n=53
Alter	M = 5 (SD = 9,7)	M = 51 (SD=10,0)	M = 49 (SD=9,5)
Geschlecht	Männer Frauen	28 (54%) 24 (46%)	37 (70%) 16 (30%)
Familienstand	ledig verheiratet geschieden / getrennt verwitwet	4 (8%) 41 (79%) 4 (8%) 3 (6%)	10 (19%) 30 (58%) 10 (19%) 2 (4%)
Schulabschluss	Hauptschule Realschule Abitur / Polytechnik / FH-Reife sonstiger Abschluss kein Schulabschluss	30 (58%) 12 (23%) 9 (17%) 0 1 (2%)	31 (63%) 11 (22%) 3 (6%) 4 (8%) 0
Ausbildung	Lehre (berufliche-betriebliche Ausbildung) Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- Fachakademie) Fachhochschule, Ingenieurschule, Universität, Hochschule keine Berufsausbildung	31 (62%) 5 (10%) 4 (8%) 10 (20%)	34 (65%) 4 (8%) 4 (8%) 10 (20%)
Rentenversicherung	LVA BfA Sonstige	42 (82%) 8 (16%) 2 (4%)	45 (85%) 8 (15%) 0
ICD-Diagnosegruppen (mit Mehrfachdiagnosen)			
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	74 (71%)	31 (60%)	43 (81%)
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	59 (56%)	33 (64%)	26 (49%)
Krankheiten des Kreislaufsystems	48 (46%)	27 (52%)	21 (40%)
Psychische und Verhaltensstörungen	29 (28%)	8 (15%)	21 (40%)
Krankheiten des Atmungssystems	12 (11%)	0	12 (23%)

Die meisten Patienten waren durch die LVA rentenversichert (n=87, 83%), weitere 16 Personen über die BfA (15%). Eine Person war nicht rentenversichert, eine weitere Person über die Beamtenversorgung. Eine Übersicht über die Diagnosen gibt Tab. 4. Tab. 1 differenziert die vorliegenden Hintergrundinformationen zu den Patienten zusätzlich nach den beiden Untersuchungsorten.

Tab. 4: Diagnosen nach ICD 10 (Häufigkeit und Angabe gültiger Prozent)

	Diagnosen (mit Mehrfach- kodierungen)	Erstdiagnose
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 (1,0%)	1 (1,0%)
C00-D48 Neubildungen	7 (6,7%)	6 (5,9%)
D50-D89 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1 (1,0%)	0
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	59 (56,2%)	6 (5,9%)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	29 (27,6%)	6 (5,9%)
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	5 (4,8%)	0
H60 –H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1 (1,0%)	0
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	48 (45,7%)	16 (15,8%)
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	12 (11,4%)	7 (6,9%)
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	7 (6,7%)	3 (3,0%)
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1 (1,0%)	0
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	74 (70,5%)	54 (53,5%)
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	1 (1,0%)	0
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosom	1 (1,0%)	1 (1,0%)
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1 (1,0%)	1
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	3 (2,9%)	1 (1,0%)
Gesamt		101* (100%)

* Entsprechende Angaben zu vier weiteren Patienten lagen nicht vor

Non-Response und Vollständigkeit der Daten

In der Fachklinik Aukrug haben 4 von 57 Patienten (7%) die Befragung komplett verweigert. Die Ankündigung, Teile des Fragebogens nochmals ausfüllen zu müssen, überraschte am ersten Tag zwei männliche Patienten. Daher wurde ab dem 2. Erhebungstag dazu übergegangen, den Re-Test in der Einführung des Gesprächs nicht zu erwähnen bzw. nur dann, wenn die Patienten selber danach gefragt haben, ob sie den Fragebogen noch einmal ausfüllen sollen. Vielmehr wurde am Ende des Interviews ein Einschnitt gemacht („Vielen Dank...“). Den Patienten wurde dann erklärt, dass es für uns noch einen zweiten wichtigen Weg gibt, den Fragebogen zu bewerten. Dazu wurde ausgeführt, dass Fragen wenig Sinn machen, wenn sie vor der Rehabilitation und zu Beginn der Rehabilitation nicht vergleichbare Informationen liefern. Da mittlerweile das Vertrauensverhältnis im Gespräch aufgebaut worden ist, wurden die Patienten dann gefragt, ob sie bereit wären, noch einmal Teile des Fragebogens auszufüllen. Faktisch haben auf diesem Wege die meisten Patienten dann der Re-Testung zugestimmt. Im weiteren Verlauf der Befragungen in Aukrug haben nur noch zwei Patientinnen abgelehnt an der Befragung teilzunehmen. Eine Patientin hatte schon einmal schlechte Erfahrungen mit Befragungen gemacht, die zweite hatte deutliche Sorge etwas zu unterschreiben, was sie nicht richtig einordnen konnte, da sie schon einmal zu ihrem Nachteil zu einer Unterschrift gedrängt worden war. In Malente ist eine ältere Patientin am letzten Erhebungstag nicht erschienen, die Gründe dafür waren unklar. Insgesamt lag damit die Verweigererrate bei 4,5% (5/110) bzw. die Response-Rate bei 95,5%.

Über die Vollständigkeit der einzelnen Erhebungsinstrumente /-teile gibt Tab. 5 einen Überblick. Nicht berücksichtigt sind dabei, ob einzelne Fragen innerhalb der Studienteile nicht beantwortet wurden. Während für alle Patienten Angaben aus dem Interview sowie zur Soziodemografie vorliegen, fehlt bei einem Patienten der Fragebogen vor Reha-Beginn. An der Wiederholungstestung haben 77% der Befragten teilgenommen. Aufgrund der geschilderten Erfahrungen am ersten Erhebungstag mit den Verweigerern war die Testwiederholung für die Patienten optional und hat auch in der Mehrzahl nicht in den Räumlichkeiten des Interviewers stattgefunden. Dies drückt sich in den niedrigeren Response-Raten aus. Allerdings unterschätzt die Zahl 77% die wahre Teilnahmebereitschaft, da einzelne Patienten aufgrund ihrer sprachlichen oder funktionalen Defizite nicht in der Lage gewesen wären, alleine einen Fragebogen auszufüllen; diese Personen haben keinen Testwiederholungsfragebogen ausgehändigt bekommen. Die Arzt ratings in der Fachklinik Aukrug waren z.T. komplett nicht ausgefüllt worden, einige waren mit uneindeutigen Pseudonymisierungen versehen, so dass sie im Nachhinein nicht mehr genau einem Patienten / einer Patientin zugeordnet werden konnten. Dieses Manko wurde leider erst am Ende der Erhebungen deutlich, so dass eine rückwirkende Befragung nicht mehr möglich war.

Tab. 5: Vollständigkeit der Informationen der Studie

	Insgesamt	Klinikum Holsteinische Schweiz	Fachklinik Aukrug
Interview	100%	100%	100%
Soziodemografie	100%	100%	100%
Fragebogen Patienten vor Rehabeginn	99%	98% (51/52)	100% (53/53)
Fragebogen Patienten Wiederholungsbefragung bei Reha-Beginn (Retest)	77%	73% (38/52)	81% (43/53)
Beurteilung der Ärztinnen/Ärzte	79%	92% (48/52)	66% (35/53)

Reaktionen auf den Fragebogen: allgemeine Anmerkungen

Ein wesentliches Ergebnis aus den Interviews, das empirisch zwar schwer zu fassen, aber dennoch sehr eindrücklich war, bestand in dem Respekt vor dem geschriebenen Wort bzw. dem schriftlichen Dokument, das viele Patienten zeigten. Während es für Personen mit akademischer Ausbildung zum Alltag gehört, mit schriftlichem Material umzugehen, hatten entsprechende Dokumente für einen größeren Teil der Befragten eine besondere Bedeutung. Fragebögen auszufüllen kannten viele nur von Behörden (einige Patienten haben bspw. die Unterscheidung zwischen der LVA und der Klinik als Urheber des Fragebogens nicht vorgenommen). Der Fragebogen wurde so zu einem offiziellen Dokument wie z.B. ein Rentenantrag, entsprechend penibel wurde er bearbeitet. Im Sinne der Dichotomie von Krosnick (1999) zwischen „optimizing“ und „satisfizing“ kann dieser Umstand zu einem deutlichen „optimizing“ beitragen. Vor diesem Hintergrund lässt sich möglicherweise ein z.T. ausgeprägter Ärger der Betroffenen erklären, wenn sie die Fragen oder Antwortmöglichkeiten nicht verstanden oder als nicht passend für ihre Situation empfunden haben. Umso ärgerlicher wurden die Betroffenen, wenn sie feststellen mussten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Angaben überhaupt nicht zur Kenntnis genommen hatten. Die Antizipation möglicher Desinteresses von Seiten der Klinik gegenüber den Angaben der Patienten im Fragebogen kann sich in Richtung eines „satisfizing“ auswirken, wie folgendes Zitat über das Ausfüllen des Depressionsfragebogens ADS-K nahe legt: *„nicht mehr lange drüber nachgedacht, liest sich sowieso keiner durch“*.

Auf die einführende Frage A5 **„Was haben Sie sich gedacht: wozu schicken die mir so einen Fragebogen, wozu brauchen die diese Angaben?“** haben nahezu zwei Drittel der Befragten (68/105; 65%) die primäre Funktion des Fragebogens, wie er sich für die Klinik darstellt, angegeben: er diene dazu, sich ein erstes Bild von dem Rehabilitanden zu machen, zur Vorbereitung für die Ärzte auf den Patienten und auch zur Zuordnung und Planung von Rehabilitationsleistungen. Ein Patient verwies in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit,

mit diesem Fragebogen Verbesserungen während der Rehabilitation zu dokumentieren. Acht Befragte sprachen dem Fragebogen keine individuelle Funktion für ihre Rehabilitation zu, sondern sahen ihn als statistisches Instrument für die Dokumentation der Klinik, der LVA bzw. der Sozialpolitik. Weitere drei hatten den Fragebogen als Teil einer wissenschaftlichen Studie interpretiert. Etwas kritischer zu bewerten sind folgende einzelne Reaktionen: zwei Befragte dachten, dass Ergebnisse aus dem Fragebogen noch als Kriterien für die Aufnahme in die Klinik dienen könnten. Zwei weitere sahen in dem Bogen eine Form von Diagnostik, die doch eigentlich die Aufgabe des Arztes sei. Jeweils ein Befragter gab an, man wolle mit diesem Fragebogen Personen mit Gedanken an einen Rentenantrag herausfiltern, oder man versuche mit diesem Instrument herauszubekommen, ob die Person tatsächlich die Wahrheit sagen würde.

Neun Befragte gaben an, sie hätten nicht großartig über den Sinn des Fragebogens nachgedacht sondern ihn einfach ausgefüllt. Ein Patient gab spontan an, positiv überrascht über die ganzheitliche, psychosomatische Sichtweise der Klinik gewesen zu sein.

Die erste Reaktion von neun Befragten auf diese Frage war jedoch deutlich negativ, sie waren mehr oder weniger entsetzt über „das Paket“ und die Fülle an Informationen, die von Ihnen verlangt wurde.

Der folgende Kasten 1 stellt beispielhaft verschiedene Reaktionen auf diese Frage zusammen.

Kasten 1: Ausgewählte Antworten auf die Frage A5: „Was haben Sie sich gedacht: wozu schicken die mir so einen Fragebogen, wozu brauchen die diese Angaben?“

- „das letzte Mal Bad W. war kein Fragebogen; hier geht man mehr auf meine Belange ein“
- „[das Ausfüllen war] auch für mich persönlich interessant“
- „Was ist das denn, so bekloppt, was die hier wissen wollen, wollte das zurückschicken: leider nicht ausfüllbar“
- „das weiß ich auch nicht; vielleicht nicht verkehrt, dass sie das hier brauchen“
- „bei der LVA war ich doch schon zu Untersuchung, das wussten die doch schon alles“
- „die werden schon wissen wozu, hab es einfach gemacht“

An späterer Stelle des Leitfadenterviews wurde als Überleitung zum Umgang mit dem Fragebogen folgende Fragen gestellt: E1: *Wie fanden Sie das, den Fragebogen auszufüllen? War das eine lästige Pflicht, hat Ihnen das Spaß gemacht, haben Sie sich über bestimmte Dinge geärgert, hat der Fragebogen Sie schon auf die Rehabilitation eingestimmt?*

Hier wurde in erster Linie die emotionale Reaktion auf den Fragebogen thematisiert, wobei mit der zweiten Frage gewollt mögliche positive und negative Reaktionen formuliert wurden, was z.T. erklärt, dass diese Begrifflichkeiten eher genannt wurden. Unterschieden nach positiven, neutralen und negativen Reaktionen finden sich die Ergebnisse der Kategorisierung der Antworten in folgender Abb. 4.

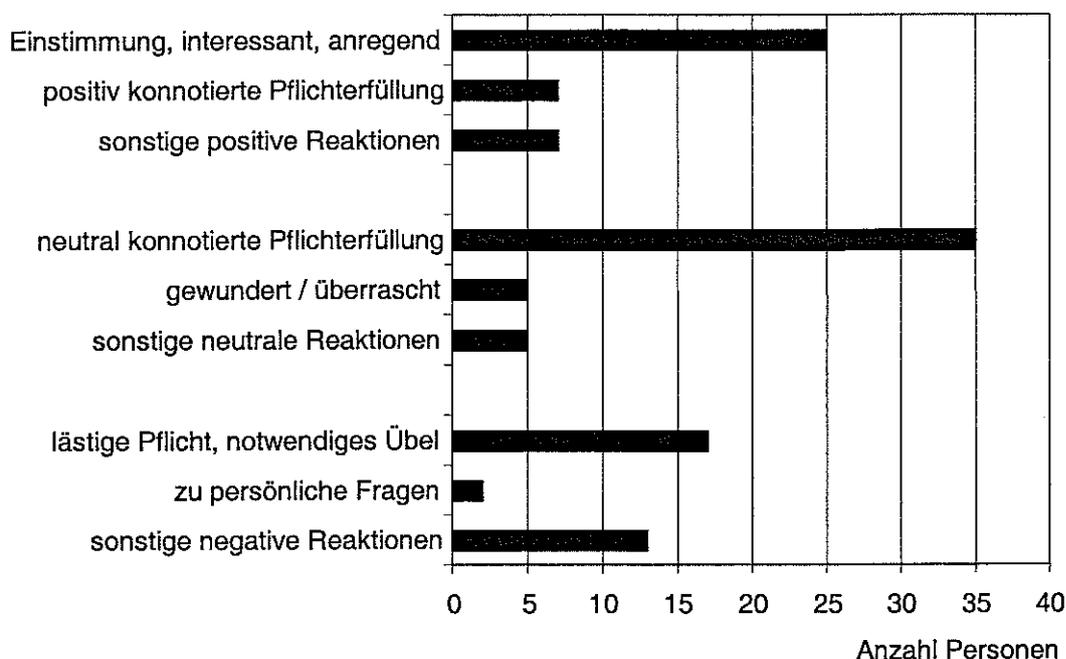


Abb. 4: Allgemeine Reaktionen auf den Fragebogen (Frage E1) (Mehrfachnennungen möglich)

Es zeigt sich, dass sich positive, neutrale und negative Reaktionen weitestgehend die Waage halten. „Pflichterfüllung“ war dabei ein Begriff, auf den die Befragten am meisten zurückgegriffen haben, er findet sich in jeder der drei Valenzen (positiv, neutrale und negative) wieder. Erfreulich ist sicherlich der Anteil derjenigen, die den Fragebogen als interessant bzw. anregend bzw. als Einstimmung für Ihren Aufenthalt gekennzeichnet haben.

ad 1: Situation beim Ausfüllen des Fragebogens

Unter welchen situativen Bedingungen wurden die Fragebögen ausgefüllt? Hier wurde im Modell (vgl. Abb. 2) unterschieden zwischen raum-zeitlichen und sozialen Bedingungen.

Raum-zeitliche Bedingungen

Die meisten Patienten (n=88, 84%) haben den Fragebogen im Zeitraum von einem Monat vor der Aufnahme in die Klinik ausgefüllt. Im Einzelfall sind jedoch deutlich längere Zeiträume zu verzeichnen gewesen, mit einem Maximum von einem halben Jahr. Diese Daten dürften den aktuellen Zustand der Patienten nur sehr bedingt wiedergeben.

Tab. 6: Wie lange ist es her, seit Sie den Fragebogen ausgefüllt haben?

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
bis zu 15 Tagen	61	58	58
16 bis 30 Tage	27	26	84
31 bis 60 Tage	9	9	93
über 60 Tage	8	8	101*
Gesamt	105	101*	

* Werte > bzw. < 100% durch Rundungen bedingt

Die meisten Befragten haben ihren Fragebogen zu Hause bearbeitet (n=100; 95%). Zwei Personen gaben an, ihn im Betrieb bzw. im Büro während einer Pause ausgefüllt zu haben. Eine Person hat den Bogen bei einer Autofahrt ausgefüllt, eine weitere während des Urlaubs im Campingwagen. Eine Person hat den Bogen zusammen mit einer rechtlichen Betreuerin in deren Büro ausgefüllt, eine weitere Person hat mit dem Ausfüllen des Bogens zu Hause begonnen und ist dann damit zur Krankenkasse gegangen, um offene Fragen zu klären und den Rest des Fragebogens dort auszufüllen.

69% der Befragten (n=72) haben den Fragebogen ohne Unterbrechung ausgefüllt. Von denjenigen, die eine größere Unterbrechung vorgenommen haben, haben n=4 Personen den Fragebogen noch am gleichen Tag, n=6 am darauffolgenden Tag, n=10 mit zwei Tagen und n=2 mit drei Tagen Differenz ausgefüllt. Bei zwei weiteren Personen lagen 5 bzw. 7 Tage dazwischen.

Wie lange haben die Befragten zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht? Die Angaben zur Bearbeitungsdauer weisen eine große Variationsbreite auf (fehlende Angaben von insgesamt n=12 Befragten). Die Angaben schwanken von 10 Minuten bis über 6-7 Stunden. Die Verteilung der Angaben auf der Basis einer Kategorisierung der Antworten zeigt Abb. 5.

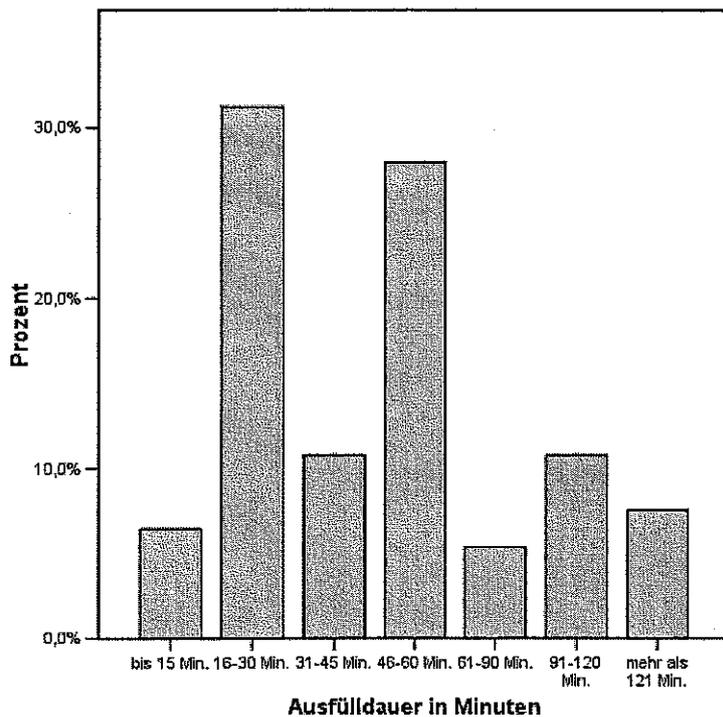


Abb. 5: Ausfülldauer der Fragebogens in Minuten

Bedeutsame statistische Unterschiede in der Ausfülldauer des Fragebogens zwischen den beiden Kliniken finden sich nicht (Mann-Whitney U-Test), der Median der Angaben von den Malenter Patienten liegt bei Md=60, von den Aukruger Patienten bei Md=45.

Soziale Bedingungen

*„Meine Frau hat [beim Ausfüllen der Frage: Ich bin andauernd müde] gesagt:
 ‚Da hast Du Dich aber verschrieben!‘ Du kannst doch überall und immer schlafen.“*

N=60 (57%) der Befragten haben den Fragebogen alleine ohne Beteiligung Anderer ausgefüllt. Allerdings waren bei 12 von diesen Befragten noch weitere Personen beim Ausfüllen zugegen (*„Wetter war schön, meine Frau hat draußen meistens rumgewuselt“*, *„wenn ich etwas lustig fand, dann hab ich es erzählt“*), ein Einfluss auf die Beantwortung der Fragen wurde von den Befragten jedoch verneint. Zusammen mit dem/der (Ehe-) Partner/in haben weitere n=23 (22%) Befragte den Fragebogen bearbeitet, n=6 (6%) zusammen mit einem der eigenen Kinder. Fünf Befragte (5%) haben professionelle Unterstützung zu Hilfe gezogen (zwei Ärzte, eine gesetzliche Betreuerin, eine Krankengymnastin und einen Krankenkassenmitarbeiter), vier eine/n Freund/in (3%). Die übrigen Befragten nannten nahe Verwandte (die eigene Schwester, die Cousine, die gleichzeitig Arzthelferin war, die Schwiegertochter, Schwiegersohn und eigene Tochter), und eine Person hat den Bogen im

Kreis seiner kompletten Familie ausgefüllt („Die anderen wollten das auch sehen...Ich habe keine Geheimnisse, können die anderen gerne sehen“).

Wenn mindestens eine Person beim Ausfüllen mit beteiligt war, wurden die Patienten danach gefragt, worin die Beteiligung der Person bestanden hat, ob sie die Unterstützung gebraucht habe, die Person der/m Befragten einen Gefallen tun bzw. am Ausfüllen des Fragebogens teilhaben wollte. Mit diesen Fragen haben wir versucht, die Situation beim Ausfüllen des Fragebogens näher zu fassen, Hinweise für eine mögliche Einflussnahme der sozialen Situation auf das Ausfüllen zu finden und zudem die Notwendigkeit der Unterstützung auf Seiten des/r Befragten einzuschätzen.

Von den $n=45$, die den Fragebogen nicht alleine ausgefüllt haben, sind sechs Situationen primär als „Interviewsituationen“ zu kennzeichnen, in der die unterstützende Person die Fragen vorliest, der Befragte antwortet und die andere Person wiederum die Antworten in den Fragebogen einträgt. Hier stand weniger die Diskussion der Inhalte im Mittelpunkt, sondern die Unterstützung mit dem Medium Fragebogen, insbesondere die Personen mit anderer Muttersprache als Deutsch haben diesen Zugang gewählt. Weitere sechs Personen haben den Fragebogen erst einmal alleine ausgefüllt und sind ihn dann anschließend mit dem Partner/ der Partnerin noch einmal durchgegangen. Die übrigen 23 Gesprächssituationen sind am treffendsten als „gemeinsames Ausfüllen“ zu bezeichnen, in der eine Auseinandersetzung über die Inhalte und Antwortmöglichkeiten die Gesprächssituation mit kennzeichnete.

Inwieweit die beteiligten Personen direkten Einfluss auf die Daten genommen haben, ist nur sehr begrenzt nachvollziehbar. Mit Sicherheit kann festgestellt werden, dass einige (insbesondere männliche) Befragte Hilfe bei katamnestischen Krankheitsdaten benötigten. Ein Befragter erzählte, dass er mit seiner Ehefrau über Funktionseinschränkungen gesprochen habe und sie ihn auf Überschätzungen aufmerksam gemacht hat. Auch die Einschätzung von Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum wurde zumindest bei drei Befragten nach oben korrigiert. Ein junger Erwachsener berichtet, er habe den Fragebogen zusammen mit seiner Mutter ausgefüllt. Die intimeren Fragen habe er jedoch alleine für sich beantwortet. Bei den übrigen Konstellationen ist von der Beeinflussung von Seiten der unterstützenden Person auszugehen, wobei unklar bleibt, ob davon eine positive Korrektur oder eher eine Verzerrung der Antworten ausging.

Vor dem Hintergrund der Aussagen der Befragten und deren Umgang mit dem Fragebogen in dem Interview wären etwa elf Personen ohne Unterstützung mit dem Fragebogen nicht zurechtgekommen, weitere fünf Personen benötigten auf jeden Fall Hilfe für katamnestische Daten, sechs benötigten sprachliche Unterstützung zum Ausfüllen. Bei den anderen Befragten entstand der Eindruck, dass eine Unterstützung nicht unbedingt notwendig war,

sie sich jedoch sicherer fühlten, Bestätigung und auch mögliche Kontrolle finden konnten. Etwa jeder zehnte Befragte gab an, Schriftwechsel oder ähnliches immer zusammen mit dem Partner/ der Partnerin zu machen, so dass der faktische Unterstützungsbedarf völlig unklar blieb.

Motivationale Aspekte

Die folgenden Ausführungen basieren, wenn nicht anders angegeben, auf die Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte am Ende der Reha-Maßnahme.

Ehrlichkeit

N=78 von 81 (96%) Personen wurde bescheinigt, dass sie im Verlauf der Reha-Maßnahme um ehrliche Aussagen zur eigenen Person bemüht waren. Bei drei Personen lagen Hinweise für eine bewusste Verzerrung von persönlichen Angaben vor im Sinne einer **bewussten Überspitzung tatsächlich vorhandener Eigenschaften** (Aggravation, Verdeutlichungstendenz). Bei einer Patientin bestand ein Verdacht auf gestörte Krankheits- und Schmerzverarbeitung vor dem Hintergrund einer psychosomatischen Überlagerung. Bei einer zweiten Person fanden sich Hinweise für eine bewusste Überspitzung tatsächlich vorhandener Eigenschaften vor dem Hintergrund eines Rentenwunsches. Diesen beiden Personen wurde zusätzlich attestiert, dass Sie möglicherweise **simulieren**, d.h. bewusst und eindeutig in ihren Angaben von tatsächlich vorhandenen Eigenschaften abweichen.

Bei der dritten Person wurde auf Mobbingprobleme verwiesen, ohne dass daraus deutlich wurde, in welcher Form diese Probleme Einflüsse auf die Ehrlichkeit der Aussagen nehmen würden. Es gab noch eine weitere Person, die nur eingeschränkt ehrliche Angaben gemacht haben soll, allerdings wurde eine bewusste Überspitzung vorhandener Eigenschaften sowie Simulationshinweise verneint.

Offenheit / Bereitschaft zur Selbstauskunft

N=77 Patienten (95%) wurde eine angemessene Bereitschaft zur Selbstauskunft über persönliche Belange attestiert. Bei zwei Personen gaben die Ärzte/innen an, diesen Umstand nicht beurteilen zu können. Für zwei weitere Personen traf diese Offenheit nur eingeschränkt zu. Einer Person war schon unter dem Punkt „Ehrlichkeit“ (s.o.) eine gestörte Krankheits- und Schmerzverarbeitung zugeschrieben worden, die auch auf die Bereitschaft zur Selbstauskunft über persönliche Belange einschränke. Bei der zweiten Person handelte es sich um einen jungen Erwachsenen, der mit dem Arzt/der Ärztin kaum über persönliche

Dinge gesprochen hat und daher wichtige Information über die Mutter eingeholt werden mussten.

Kongruenz und Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild

In drei Viertel der Fälle (n=62 von 82; 76%) stimmten die Ärztinnen und Ärzte der Aussage (nahezu) uneingeschränkt zu, dass das Bild, das der Patient von seinem psychischen, körperlichen und funktionellen Zustand hat, im Großen und Ganzen mit dem eigenen Bild vom Patienten übereinstimmt. Bei den übrigen n=20 Befragten trifft diese Aussage nur eingeschränkt zu. Bei zwei Patienten wurden deutliche Hinweise für eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild gefunden. Eine Person fühlte sich nur in der Lage mit Gehstützen zu gehen, eine orthopädische oder neurologische Ursache dafür war allerdings nicht vorhanden. Als Erklärung verwies der Arzt / die Ärztin auf eine zugrundeliegende psychosomatische Erkrankung. Eine weitere Person zeigte eine Überschätzung der eigenen körperlichen Fähigkeiten, als Erklärung wurde „Selbstdarstellung nach außen“ angegeben.

Bei den übrigen Patienten mit möglichen Hinweisen für eine entsprechende Inkongruenz steht in erster Linie eine Unterschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund (n=5), vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung (n=3) oder auch einem Rentenbegehren (n=2). Vier weitere Kommentare verweisen auf eine generelle Diskrepanz bzw. auf Über- und Unterschätzung der eigenen Möglichkeiten, in einem Fall aufgrund einer depressiven Episode, in einem anderen in Zusammenhang mit einem Rentenwunsch, in dem dritten aufgrund eines sekundären Krankheitsgewinns. Einer Person wird eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden bescheinigt, da sie trotz verbesserten klinischen Befunds nicht entlassen werden möchte, einer weiteren Person deutliche Katastrophisierungstendenzen. Auch die unter „Ehrlichkeit“ genannte Person mit gestörter Krankheits- und Schmerzverarbeitung aufgrund psychischer Probleme findet sich unter den hier genannten.

Übereinstimmung der Erwartungen von Patient und Klinik

Auf die Frage(n) aus dem Leitfaden-Interview „Was erwarten Sie sich von Ihrem Aufenthalt in der Klinik hier? Was ist Ihr persönliches Ziel Ihres Aufenthalts? Gibt es weitere Ziele, die Sie sich vorgenommen haben?“ ergaben sich folgende Antworten, die auf der Basis der Arbeiten von Deck et al. (1998) zu den vier inhaltlichen Bereichen „Diagnose / Therapie“, „Krankheitsbewältigung“, „Rente / Beruf“ sowie „Wohlbefinden / Erholung“ zugeordnet wurden (Abb. 6 - Abb. 8).

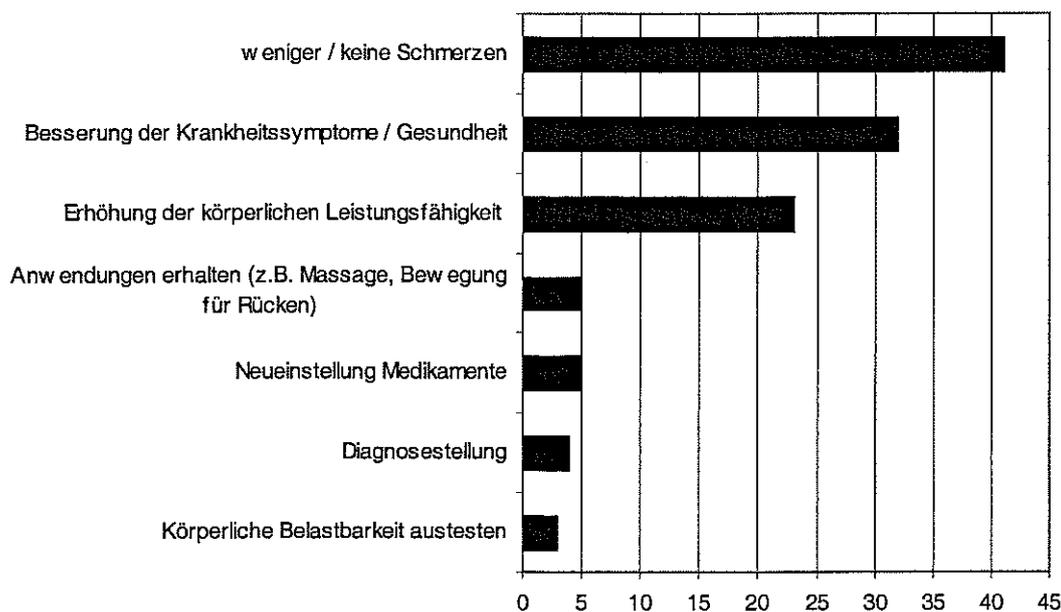


Abb. 6: Erwartungen / Ziele der Patienten im Bereich Diagnose / Therapie (Anzahl der Personen, die den jeweiligen Aspekt im Interview genannt haben)

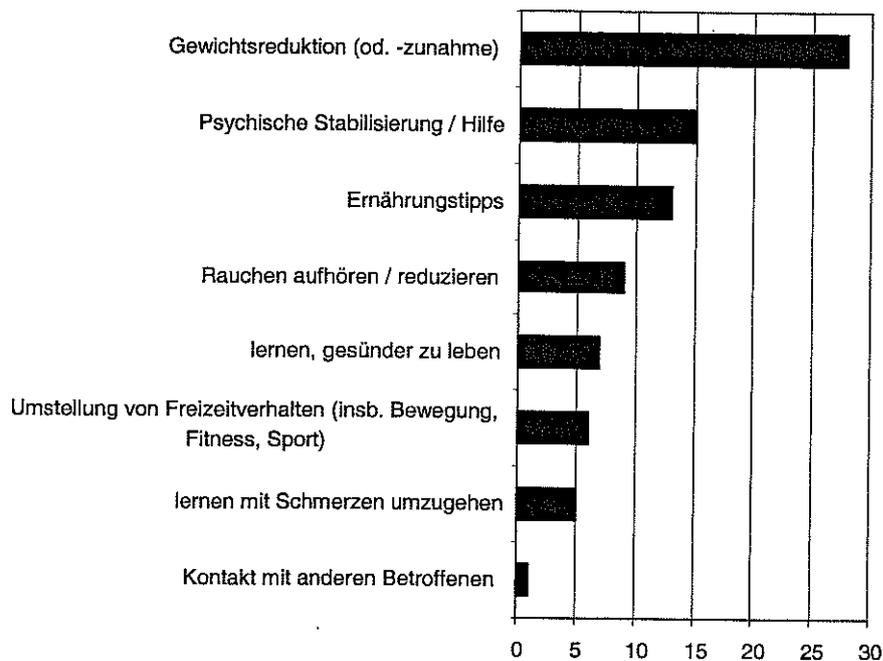


Abb. 7: Erwartungen / Ziele der Patienten im Bereich Krankheitsbewältigung (Anzahl der Personen, die den jeweiligen Aspekt im Interview genannt haben)

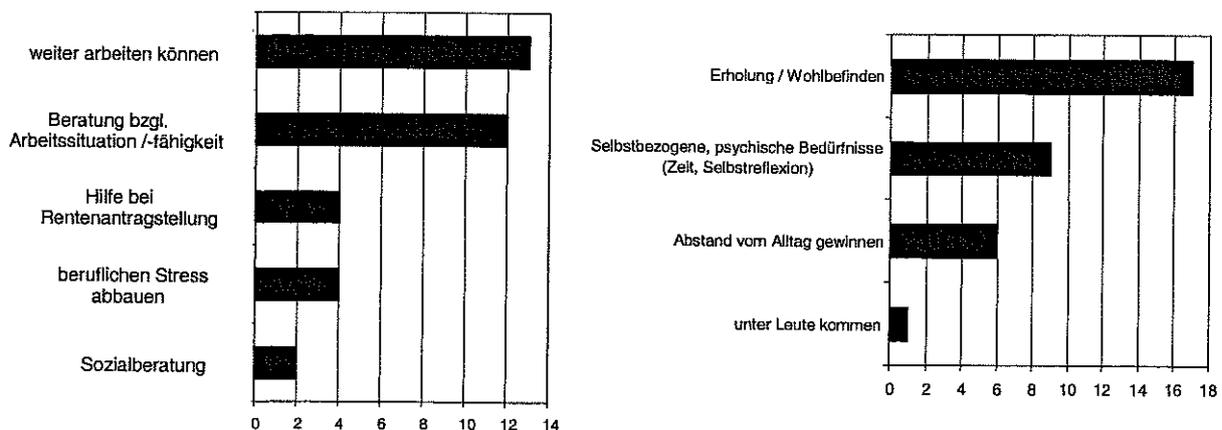


Abb. 8: Erwartungen / Ziele der Patienten in den Bereichen Beruf / Rente und Erholung / Wohlbefinden (Anzahl der Personen, die den jeweiligen Aspekt im Interview genannt haben)

Personen wurden ggf. auf einen möglichen Rentenanspruch bzw. Gedanken an Rentenanspruch angesprochen und mit der Frage konfrontiert, ob dieser Umstand einen Einfluss darauf gehabt hat, wie sie mit dem Fragebogen umgegangen sind (D2: *Haben Ihre Erwartungen an die Reha beim Ausfüllen des Fragebogens eine Rolle gespielt? D.h. haben Sie sich gedacht, wenn ich das jetzt so-und-so ausfülle, dann denken die etwas Falsches von mir?*; D3: *Gab es Fragen, die Sie so beantwortet haben, dass Sie Ihre Ziele für Ihren Aufenthalt hier oder Ihre längerfristigen Ziele besser erreichen?*). Offenheit bei der Beantwortung dieser Frage

konnte nur bedingt erwartet werden, dafür wäre eine deutlich längere Interaktion mit einigen Patienten notwendig gewesen. Aber anhand der ersten Reaktion auf die Frage wurden eine einfache Kategorisierung vorgenommen: eine spontane, klare Verneinung ohne übermäßigen Affekt wurde als „glaubhafte Verneinung“ kodiert, hingegen diejenigen Reaktionen, die entweder reserviert waren oder von übermäßigem Affekt begleitet waren als „unklar / keine eindeutige Aussage ableitbar“. Zur ersteren Reaktion wurden n=6 Personen zugeordnet, zur letzteren n=7.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden am Ende der Behandlung gebeten einzuschätzen, ob die Ziele bzw. Erwartungen, die der Patient von seiner medizinischen Rehabilitation hat, im Großen und Ganzen mit denen der Klinik übereinstimmen. Dem wurde für n=68 von 82 Patienten (83%) (nahezu) uneingeschränkt zugestimmt, bei weiteren 13 Patienten (16%) trifft dies nur eingeschränkt zu, bei einer Person gar nicht. Letzterer erwartete mehr Behandlungen, z.B. Einzel-Krankengymnastik. Es handelte sich um eine körperbehinderte Person mit einer langen medizinischen und psychosozialen Leidensgeschichte, die mit sehr hohen Erwartungen an ihren Rehaaufenthalt gekommen war. In den meisten Fällen haben die Ärztinnen und Ärzte Diskrepanzen zwischen den erwarteten und erreichten Behandlungserfolg dokumentiert, dass z.B. eine erwartete Schmerzlinderung nicht eingetreten sei, völlige Beschwerdefreiheit nicht hergestellt wurde. Diese Aspekte sind für die Beurteilung der Validität der Fragebogenangaben durch die Patienten vor der Reha Maßnahme nur indirekt relevant, sie könnten vielmehr einen Indikator für eine hohe Motivation der Patienten zu Beginn der Reha darstellen. Bei zwei Patienten wurde auf motivationale Probleme bei Rehabeginn verwiesen. Ein Patient sei primär zur Erholung gekommen, ein anderer habe zunächst nur geringe Erwartungen an die Klinik und an die eigene Mitarbeit gehabt, so dass in erster Linie ein Motivationsaufbau erfolgen musste.

Die Einschätzung der Motivation der Rehapatienten durch die Ärztinnen und Ärzte ist deutlich positiv, wie nachfolgende Abb. 9 verdeutlicht. Nur ein Patient hat eine negative Beurteilung erhalten.

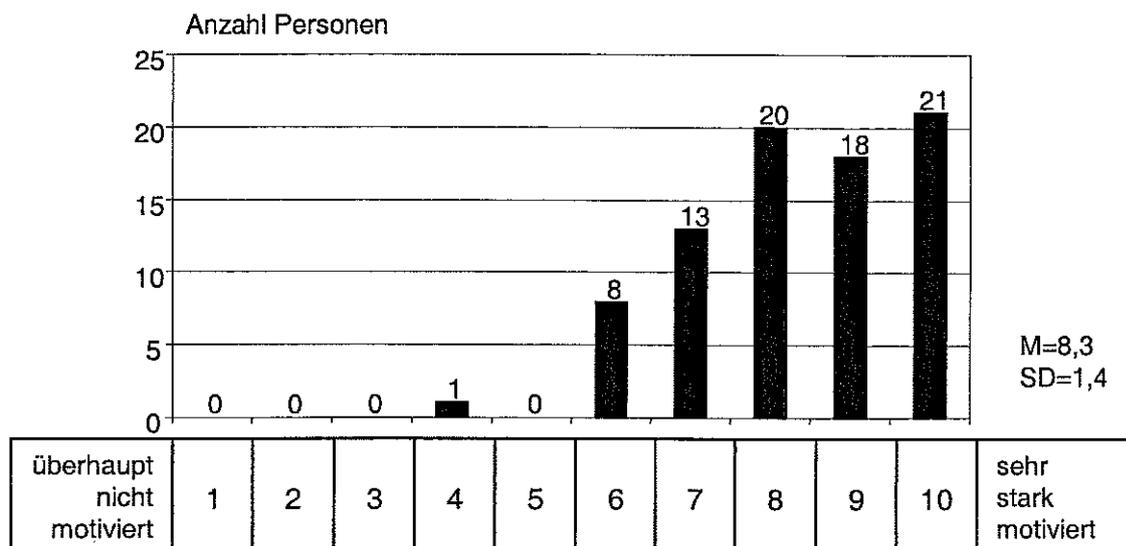


Abb. 9: Wie stark ist der Patienten insgesamt motiviert, an der Reha-Maßnahme teilzunehmen? (Einschätzung der betreuenden Ärztin / des Arztes)

Kognitive Aspekte

Kognitive Leistungsfähigkeit

Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte wurden gebeten, nach Abschluss der Rehamaßnahme u.a. die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten einzuschätzen. Die genaue Formulierung lautete: *Das kognitive Funktionsniveau (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verständnis, kognitive Strukturiertheit) des Patienten ist ausreichend, um Fragebogenmaterial eigenständig ausfüllen zu können.* Als Beurteilungsalternativen standen die Antwortkategorien „trifft (nahezu) uneingeschränkt zu“, „trifft nur eingeschränkt zu“ und „trifft nicht zu“ sowie die Restkategorie „kann ich nicht beurteilen“ zur Verfügung. Die gleiche Frage wurde auch negativ formuliert in Richtung kognitiver Einschränkung: *Es liegen Hinweise für eingeschränkte kognitive Funktionen vor.* Mögliche Antwortalternativen waren „nein, keine“, „möglicherweise“ und „ja, deutliche“. Dabei wurde darum gebeten, mögliche kognitive Einschränkungen in einem Freitextfeld zu spezifizieren und mögliche Gründe für die kognitiven Einschränkungen aufzuführen. Abb. 10 fasst die Ergebnisse der Frage nach den Hinweisen für eingeschränkte kognitive Funktionen zusammen. Die Antworten auf die erste Frage entsprechen mit zwei Ausnahmen denen der zweiten Frage.

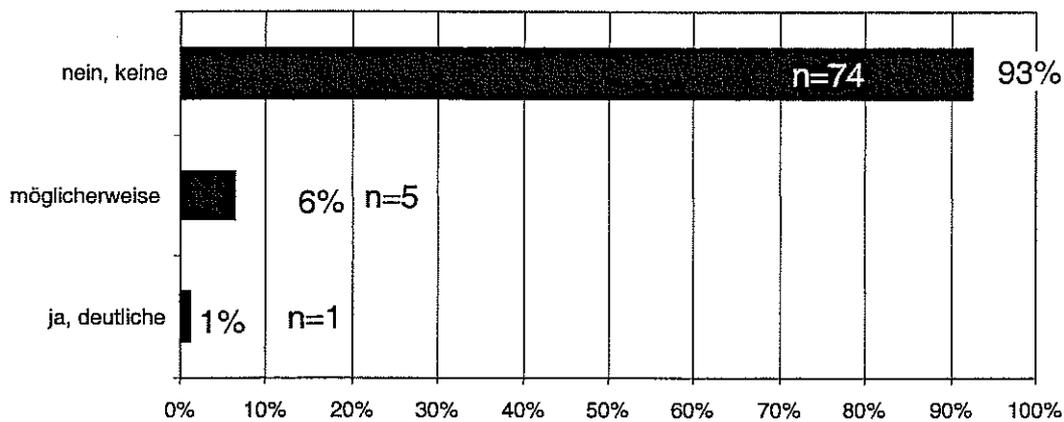


Abb. 10: Beurteilung durch Ärztinnen und Ärzte, inwieweit Hinweise auf eingeschränkte kognitive Funktionen des Patienten vorliegen, die ihn daran hindern, das Fragebogenmaterial eigenständig ausfüllen zu können (gültige Prozent; Einschätzungen von n=80 Patienten)

Bei der Person mit den deutlichen Einschränkungen bezog sich die Bewertung auf Konzentrations- und Aufmerksamkeitseinschränkungen, für die eine psychische Störung (Depression) verantwortlich gemacht wurde. Bei zwei als möglicherweise kognitiv eingeschränkt beurteilte Personen bezog sich die Bewertung auf sprachliche Schwierigkeiten (Deutsch nicht Muttersprache). Bei einer Patientin wurden kognitive Schwierigkeiten aufgrund der seelischen Belastung durch den Tod ihres Mannes vermutet. Eine weitere Person wies einen frühkindlichen Hirnschaden mit resultierender Hirnleistungsschwäche auf. Bei der letzten verbleibenden Person fehlten genauere Spezifikationen und Gründe.

Lese-Rechtschreibkompetenzen (Literacy)

Die Lese-Rechtschreibkompetenzen wurden vom Interviewer (TM) auf der Basis zu Fragen nach Lese- und Schreibgewohnheiten im Alltag sowie indirekt aus dem Umgang mit der Einverständniserklärung und dem Fragebogen eingeschätzt. In Abb. 11 sind diese Einschätzungen dargestellt. Analphabetismus in seiner ausgeprägten Form lag bei zwei männlichen Patienten vor. Vier Patienten, für die Deutsch nicht ihre Muttersprache war, waren dadurch sprachlich so beeinträchtigt, dass sie den Bogen alleine nicht ausfüllen konnten. Bei fünf Personen war eine post-hoc Bewertung ihrer Kompetenzen aufgrund der Informationslage nicht möglich, bei weiteren 24 Patienten waren Grundkenntnisse deutlich vorhanden, allerdings konnte diesen Patienten die Mühe im Umgang mit verschriftetem Material angemerkt werden. Die übrigen zwei Drittel aller Befragten wiesen völlig ausreichende Lese-Rechtschreibkenntnisse zur Bearbeitung des Fragebogens auf.

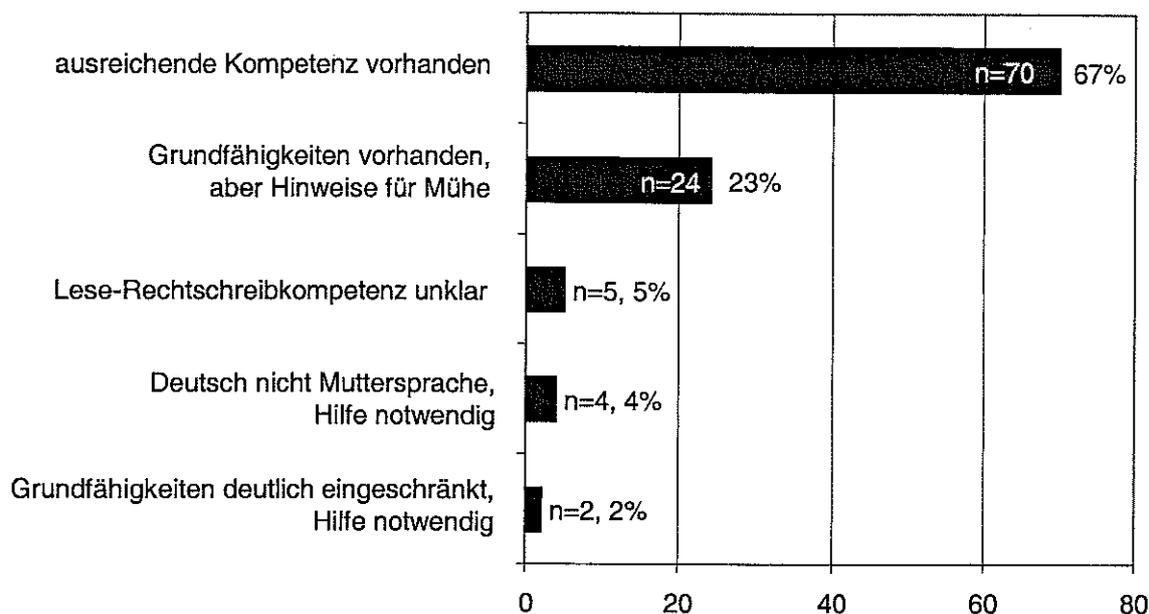


Abb. 11: Lese-Rechtschreibkompetenzen (Einschätzung aus dem Leitfadeninterview)

Umgang der Patienten mit den Fragebögen

In diesem Teil der Analyse gilt es, den Umgang der Patienten mit den Fragebögen und ihr Verständnis bzw. ihre besonderen Probleme mit den Fragen und Antworten zu beschreiben. Diese Analyse ist notwendigerweise abhängig von dem betrachteten Fragebogen, weshalb sie Klinikweise durchgeführt wurde. Die Fragebögen beider Kliniken finden sich im Anhang 1 und 2.

Fragebogen Fachklinik Aukrug

Für den Fragebogen aus der Fachklinik Aukrug wurde der Schwerpunkt der vertiefenden Befragung auf den zweiseitigen Schmerzfragebogen gelegt. Um festzustellen, inwieweit Schmerzen eine wesentliche Komponente der Symptomatik der jeweiligen Patienten darstellen (und damit die Frage, ob diese Fragen auf die jeweiligen Personen überhaupt zugetroffen haben), wurden die Patienten zuerst nach ihren aktuellen Schmerzen befragt. N=44 (83%) der Befragten bejahten aktuelle Schmerzen, weitere n=4 Befragte (8%) hatten zwar Schmerzen, diese waren jedoch für ihren gegenwärtigen Zustand nicht bedeutsam. Bei einem von diesen, ein Patient mit Atemwegsbeschwerden, lag keine Schmerzsymptomatik vor; er hatte die Angaben im Schmerzfragebogen auf das Druckgefühl bezogen, das er auf

der Lunge hatte. N=5 Befragte wiesen keine Schmerzen auf. Letztere hatten diesen Schmerzteil vom Fragebogen nicht ausgefüllt. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich daher maximal auf n=48 Personen.

Schmerzmannequin

Die überwiegende Mehrheit der befragten Schmerzpatienten (n=41, 41/48=85%) kam mit der Schmerzzeichnung gut zurecht bzw. hatte keine Probleme, die eigenen Schmerzorte einzutragen. Drei Personen gaben an, beim Ausfüllen Hilfe von anderen Personen benötigt zu haben. Sie haben entsprechend ihre Schmerzorte gezeigt bzw. genannt, die beteiligte Person (der „Interviewer“) hat diese Orte dann in die Zeichnung eingetragen. Eine Person hatte etwas Schwierigkeiten mit den unterschiedlichen Körperseiten (links/rechts), eine weitere mit der Zuordnung von Vorder- und Rückseite. Vorhandene Kopfschmerzen hat eine Befragte nicht in die Figur eingezeichnet.

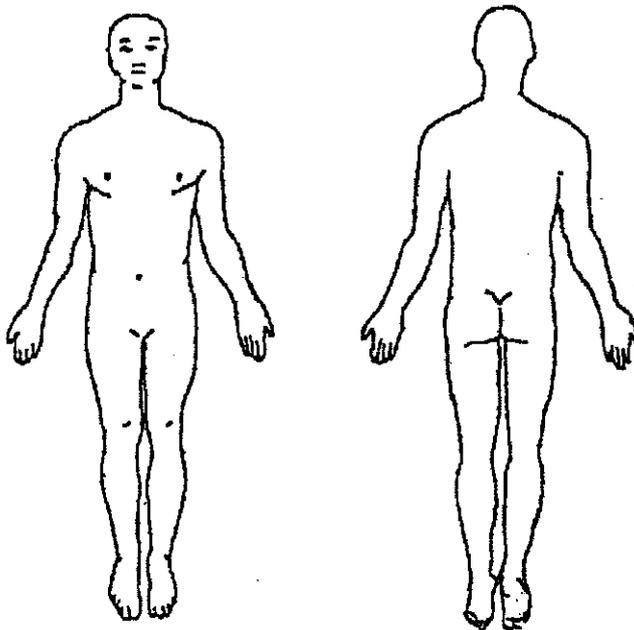


Abb. 12: Schmerzmannequin / Schmerzzeichnung

Nur drei Befragte gaben an, ihre Schmerzen nicht genau genug eintragen zu können. Eine Person bat um eine größere Vorlage des Schmerzmannequins. Eine andere könnte ihre Angaben „wirbelgenau“ machen. Für n=42 Befragte (88%) war die Genauigkeit ihrer Angaben ausreichend (keine näheren Angaben von drei Befragten).

Die Verwendung des Schmerzmannequins setzt die zeitliche Konstanz der Schmerzorte voraus. Dies ist nach Angaben der Patienten in 85% der Fälle der Fall (n=41). Vier Patienten gaben geringe Veränderungen an, begründet dadurch dass sich das Gefühl der Ausstrahlung verändert, die Schmerzlokalisierung innerhalb des betroffenen Organs (Lunge), oder dass ein Schmerz an einer weiteren Stelle hinzugekommen ist. Ein Patient, der die Schmerzzeichnung „super“ fand („das einzige was super an dem Fragebogen war“), und der

mithilfe von Buntstiften seine verschiedenen Schmerzpunkte mit unterschiedlichen Farben kenntlich gemacht hatte, gab an, dass sich seine Schmerzorte deutlich ändern würden („die Damen bei der KG waren schon am verzweifeln“).

Insgesamt konnte bei dieser Schmerzzeichnung von einer hohen Akzeptanz ausgegangen werden, wenn Schwierigkeiten vorlagen, waren sie gut zu bewältigen.

Schmerzdauer

Im Folgenden stellt sich die Frage, auf welche Schmerzen sich die Patienten bezogen haben, als sie die durchschnittliche Schmerzdauer angeben sollten (vgl. Abb. 13). Von den Patienten, die in der Schmerzzeichnung verschiedene Schmerzlokalisationen angegeben hatten ($n=31$), haben die meisten ihre Angabe auf einen bzw. den wichtigsten Schmerzort bezogen ($n=22$, $22/31=71\%$), vier Befragte bezogen die Frage auf alle ihre Schmerzen zusammengenommen. Vor das Problem unterschiedlicher Schmerzdauern der verschiedenen Schmerzlokalisationen gestellt, haben zwei Patienten die Frage nach der durchschnittlichen Schmerzdauer nicht ausfüllen können. Eine Person mit ständigen Dauerschmerzen hat einen Wert unter 100 angegeben, „weil sie nicht immer so stark sind“. D.h. bei dieser Person waren Schmerzdauer und Schmerzintensität eindeutig konfundiert, ein Wert von 100 hielte diese Person für eine Übertreibung (s.u.). Diese Konfundierung ist in der Instruktion dieses Items begründet (s. Abb. 13): während in der ersten Zeile nach der Dauer der Schmerzen gefragt wird, werden die Patienten im zweiten Satz dazu aufgefordert, ein Kreuz auf der Skala „entsprechend der Stärke des Schmerzen“ zu machen.

Die o.g. Person mit den farbig gekennzeichneten Schmerzlokalisationen hat sich die unterschiedlichen Farben zunutze gemacht, mehrere Angaben je nach Schmerzlokalisation auf dem Schmerzdauer-Kontinuum machen zu können.

3. Wie lange dauerten Ihre Schmerzen in der letzten Zeit durchschnittlich?

(Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)

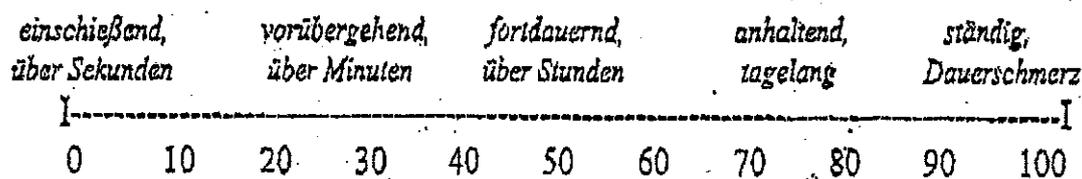


Abb. 13: Erfassung der durchschnittlichen Schmerzdauer im Fragebogen der Fachklinik Aukrug

Die folgenden Ausführungen sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Patienten mit einer unklaren Instruktion beim Ausfüllen zurecht kommen mussten: Die Art und Weise, wie die Befragten zu einer Antwort bzgl. ihrer durchschnittlichen Schmerzdauer gekommen sind, variiert beträchtlich. Eher einfach hatten es diejenigen, die unter Dauerschmerzen litten, sie konnten sich klar im oberen Bereich der Skala verankern. Allerdings gab es vier Befragte, die sich, wie oben in einem Fall dargestellt, trotz Dauerschmerzen nicht auf dem rechten Ende der Skala verankert haben, da die Intensität ihrer Schmerzen nicht stark genug für eine Extremantwort war. Einer dieser Patienten hatte sich beispielsweise auf der „40“ eingeordnet. Für diese Person war die *„Verankerung [...] nicht klar, 0 keine Schmerzen, 100 nur noch Morphinum; dann hätte ich das einordnen können“*. Auch das andere Extrem wurde beschrieben: ein Patient mit Schmerzen, die wie ein Stromschlag über Sekunden einschließen, überwiegend bei ruckartigen Bewegungen, hat sich nicht ganz links auf der Antwortskala zuordnen können, sondern in der *„goldenen Mitte“*.

Ein weiterer substanzieller Teil der Befragten gab an, sich nach den verbalen Ankern der Antwortskala gerichtet zu haben (n=11, 23%). Vier Befragte haben sich explizit an den Zahlen orientiert, wobei deren Interpretation unterschiedlich ausfiel: als Prozent oder sogar als konkrete Zeitangaben (*„sind das Stunden oder Sekunden?“*). Eine ähnliche Strategie wählten zwei Befragte, die 50 als „normal“ verstanden haben – und sich selber als normal bzw. etwas stärker belastet als normal einstufen konnten.

Zusätzliche Schwierigkeiten rührten aus dem Umstand, dass auch die Schmerzdauer individuell stark variieren kann, über verschiedene Erkrankungsphasen hinweg oder in Abhängigkeit von bestimmten Verhaltensweisen (*„nein, was da oben steht traf nicht auf mich zu, ist abhängig von meiner Haltung“*). Fünf Befragte gaben an, die Angaben zu den Schmerzdauern auf die Phasen bezogen zu haben, in denen ihre Schmerzen am ausgeprägtesten waren. Zwei Befragte gaben keine Angabe zur durchschnittlichen Schmerzdauer, da ihre Schmerzen zu verschieden erlebt wurden, zwei weitere nutzten die Möglichkeit, differenzierte Angaben zur Dauer einzelner Schmerzen zu machen (s.o.).

Gefragt danach, was sie selber unter „ständigen Dauerschmerzen“ verstünden (Frage F8), verwiesen die meisten Patienten auf Schmerzen bei Tag und bei Nacht (n=22, 46%), für andere war primär der längere Zeitraum (über Tage, Wochen oder Monate) ausschlaggebend (n=5, 10%). Für vier Patienten (8%) war es entscheidend, dass der Schmerz auch bei unterschiedlichen Belastungen oder auch bei Ruhe präsent wäre, sieben Patienten (15%) bezogen explizit die Dimension der Intensität in ihre Vorstellungen von ständigen Dauerschmerzen ein.

Hat sich aus der Sicht der Patienten vom Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bis zum Zeitpunkt des Interviews an der Dauer ihrer Schmerzen irgendetwas geändert? Etwa zwei Drittel der Patienten mit verwertbaren Antworten auf diese Frage gab an, dass sich ihre Schmerzdauer nicht verändert habe ($n=26$, $26/40=65\%$). Für ein Viertel der Patienten ($n=10$, 25%) ist sie geringer geworden, für $n=4$ (10%) ist sie eher gestiegen.

Zusammengefasst ist davon auszugehen, dass die vorliegende Frage zur durchschnittlichen Schmerzdauer selbst auf der Ebene der Gruppenanalyse keine hinreichende Validität aufweisen kann. Insbesondere erscheinen die deutlich unterschiedlichen Referenzpunkte für die Antworten der Patienten validitätsmindernd, da somit gleiche Antworten der Patienten unterschiedliche Bedeutung aufweisen müssen. Es ist zu vermuten, dass dieser Umstand entscheidend durch die Konfundierung von Schmerzdauer und Schmerzintensität in der Instruktion bedingt sind.

Schmerzqualitäten

Die eigenständige, qualitative Beschreibung ihrer eigenen Schmerzen bereitete den Befragten in der Interviewsituation deutlich Mühe. Nur acht der vierzig Schmerzpatienten gaben explizit zum Ausdruck, dass die verbalen Beschreibungen – elektrisierend, stromartig, dumpf, pochend, schneidend, hell – genügend kennzeichnend für die eigenen Schmerzen waren (vgl. Abb. 14). Andere versuchten sich im Gespräch über die Begriffe klar zu werden. U.a. wurde deutlich, dass die Kategorie „elektrisierend, stromartig“ unterschiedliche Assoziationen induzierte: „Blitz“, „einschießend“, „wie ein Stich“, aber auch „Kribbeln“, „Pochen“ oder „Fließen“.

4. Wie wird der Schmerz empfunden? Bitte kreuzen Sie die nachstehenden Schmerzmerkmale an, ggf. notieren Sie den zugehörigen Schmerzort.

(z.B. Stromartiger Schmerz deutlich Nacken-Arm)

Schmerz	mässig	deutlich	stark	Schmerzort
elektrisierend, stromartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schneidend, hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Abb. 14: Erfassung von Schmerzqualitäten im Fragebogen der Fachklinik Aukrug

Gefragt danach, wie sie ihre eigenen Schmerzen beschreiben würden, wurden folgende Begriffe verwendet (Kasten 2):

Kasten 2: Antworten auf die Frage F10: [Wenn die Begriffe elektrisierend, stromartig, dumpf, pochend, schneidend, hell - nicht auf Ihr Erleben zutreffen]...: Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben? (Anzahl der Nennungen in Klammern, von n=48 Patienten mit Schmerzsymptomen)

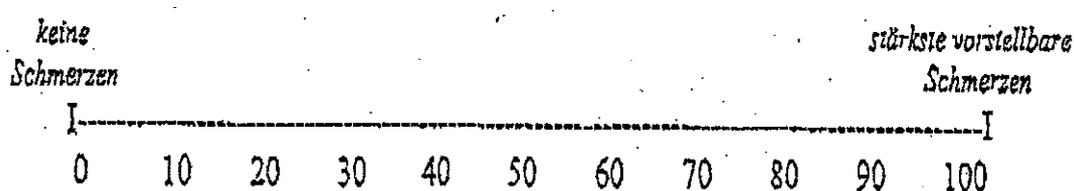
- schneidend (8)*
 - ziehend (7)
 - schießend (3)
 - brennend / heiß (3)
 - Druck (3)
 - gleichmäßig (2)
 - reißend (2)
- weitere einzelne Nennungen:
- explosionsartig
 - tut einfach weh
 - derb, heftig
 - "dauernd"; dumpf, pochend ("hämmernd"); Arthrose: zieht
 - Hand: als wenn die geschwollen ist, reißt, "das reißt mir alle Sehnen ab"
 - als wenn Blitz durch Körper schlug; Krampf
 - einschneidend (wie Messer reingejagt)
 - wie Schrecksituation (großer Schmerz ist weg, aber Herz rast immer noch)
 - durchbrechend (-> Ärztin hat gesagt „Brachial-Syndrom“)
 - auch so'n Kribbeln
 - wie kein Gefühl haben und mir etwas aus der Hand fällt; stechend
 - Druck (im Kopf, auf den Ohren), fließend -> Strom
 - langsam vor sich hinschleichende, ganz sachte Schmerzen
 - pochend bis zum richtigen Knall/Großschmerz; Regelmäßigkeit; impulsartig
- *) Begriff ist Bestandteil des Fragebogens zum Schmerzerleben

Als Interviewer war ich erstaunt darüber, wie schwer es den Patienten gefallen ist, ein für ihr Leben so zentrales und präsenten Phänomen wie das Erleben von chronischen Schmerzen in Worte zu fassen. Ein Patient mit einer kognitiven Leistungseinschränkung brachte es für sich auf den Punkt: „das war eine ganz schwierige Frage, ich wusste nicht wie ich das [den Schmerz] empfinden sollte“. Er hat entsprechend diese Frage unbeantwortet gelassen, ebenso wie drei weitere Befragte. Für n=18 Befragte (38%) stellte dies (eher) eine schwierige Frage dar, die sie aber dennoch beantwortet hatten. Über die Hälfte der Patienten (n=25, 52%) ist mit der Frage zurechtgekommen. Zwei Patienten haben die Möglichkeit übersehen, die Qualität ihrer Schmerzen nach verschiedenen Schmerzarten zu differenzieren (vgl. Abb. 14, rechte Spalte).

Schmerzintensität

Die Patienten wurden mit zwei verschiedenen Fragen nach ihrer Schmerzintensität befragt (vgl. Abb. 15), zum einen nach der durchschnittlichen Schmerzintensität in der letzten Zeit, und auf der nächsten Fragebogenseite anschließend nach den Schmerzen in der letzten Zeit, wenn es **am schlimmsten** war.

5. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Zeit durchschnittlich?
(Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)



6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Zeit, wenn es am schlimmsten war?
(Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)

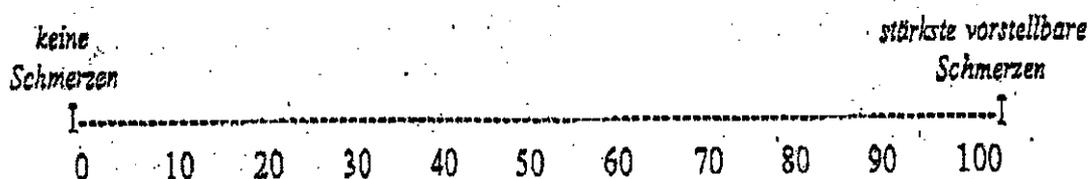


Abb. 15: Fragen nach Schmerzintensität im Fragebogen der Fachklinik Aukrug

Auch hier stellte sich wiederum die Frage, auf welche Schmerzen die Befragten ihre Antworten bezogen haben. Wiederum hat der weitaus größte Teil der Befragten mit mehreren Schmerzlokalisationen sich auf einen bzw. die wichtigsten Schmerzlokalisationen bezogen ($n=27$, $27/31=87\%$). Vier weitere Personen hätten alle vorhandenen Schmerzlokalisationen bei der Beantwortung dieser Frage berücksichtigt.

Davon unabhängig haben vier Befragte explizit berichtet, dass sie schon bei der ersten Frage nicht den Durchschnitt, sondern die schlimmste Situation zur Grundlage ihrer Entscheidung genommen haben.

Der Anteil derjenigen, die mit der Frage der Schmerzintensität Schwierigkeiten hatte, war vergleichsweise hoch. Vier Personen haben diese Frage nicht ausgefüllt, weil sie ihnen zu

schwierig war, weitere 13 Personen empfanden die Frage zwar als schwierig, haben sie aber dennoch ausgefüllt. Worin bestanden diese Schwierigkeiten? Sieben Befragte empfanden die Angaben als zu relativ bzw. die Verankerung als nicht klar genug. Ein Befragter hat dieses Spannungsfeld auf den Punkt gebracht: *„Stärke [des Schmerzens] ist eine Sache, Leiden etwas anderes“*. Damit einher geht die Erfahrung, dass *„die einen empfindlicher [sind], die anderen können mehr wegstecken“*. Sechs Befragte gaben explizit an, Schwierigkeiten beim Bilden eines Durchschnittwertes gehabt zu haben: *„Da Schmerzen mal da sind, mal nicht so stark sind, ist Angabe vom Durchschnitt schwierig“*; *„Da habe ich nachdenken müssen, Querschnitt ziehen schwierig, manche Tage 20, andere Tage liege ich da bei 90“*. Zwei dieser Befragten haben aus ihrer Not eine Tugend gemacht und nicht einen Wert sondern einen Wertebereich vom Minimum bis Maximum angegeben. Zwei Befragte haben den Wechsel von der Frage nach der Dauer zur Intensität nicht nachvollzogen und versuchten, die Zahlen der Skala als Stunden oder Tage zu interpretieren. Hier zeigt sich sehr explizit, dass die Bedeutung der Zahlen für die Befragten unklar verblieben ist. Bei vier Befragten hat dies eindeutig zur Tendenz zur Mitte geführt: *„...ganz wenig Kopp drum gemacht. Mitte nehmen, kannst nichts verkehrt machen“*. Die größeren Schwierigkeiten mit dieser Skala sind möglicherweise damit zu erklären, dass entgegen der Skala zur Dauer der Schmerzen bis auf die Extreme keine verbalen Anker vorhanden sind, die in der Frage zur Schmerzdauer eher zur Grundlage der Entscheidung genutzt wurden. Zudem lag mit dem Begriff „stärkste vorstellbare Schmerzen“ ein verbaler Anker vor, dessen Relativität sich die Befragten durchaus bewusst waren.

Die Antworten auf die Frage F13 „An was haben Sie bei ‚stärkste vorstellbare Schmerzen‘ gedacht?“ verweisen auf eben diese Relativität der Angaben. Ein Teil der Befragten nannte eher Alltagsbezogene Schmerzsituationen, wie extreme Zahnschmerzen oder auch Hexenschuss (*„dass man kaum laufen kann, schlecht aufstehen kann, Hexenschuss, da konnt ich keine Luft kriegen“*). Insbesondere die Bewegungsunfähigkeit spielte dabei in verschiedenen Aussagen eine bedeutsame Rolle (*„im Bett liegen, nur Morphin kriegen“*; *„dann könnte ich mich vielleicht gar nicht mehr oder nur noch unter Schmerzen bewegen“*). Andere Befragte verwiesen eher auf existenzielle Grenzerfahrungen: *„die treiben einen zum Wahnsinn, als wenn einem alles zerreißt“*; *„ich möchte ´n Strick haben, ich halt das nicht mehr aus“*. Für zwei Befragte war auch die lange Dauer der Schmerzen ein zentrales Merkmal: *„dass man die immer hat, Dauerschmerz“*.

Gefragt danach, was bisher die eigene stärkste Schmerzintensität auf dieser Skala gewesen sei (zweiter Teil von Frage F13), zeigte sich, dass die Hälfte der Befragten angab, eine solche Extremsituation mit „stärksten vorstellbaren Schmerzen“ schon erlebt zu haben (vgl. Abb. 16).

Mit der Frage F14 „An welche Situation haben Sie bei dieser Frage gedacht? Wann war das?“ wurde versucht herauszufinden, woran die Befragten bei der Beantwortung der Frage nach der Stärke der schlimmsten Schmerzen in der letzten Zeit gedacht haben. Insgesamt haben 14 Personen eine konkrete Situation benannt, z.B. „am Flughafen, Dieselmotor heben“. Der größere Teil (n=26) hat allgemeine Situationen aus dem Alltag genannt, z.B. „morgens, kurz nach dem Aufstehen“, „wenn man sich komisch dreht, im Knie“, oder „länger sitzen auf der Arbeit“. Fünf weitere Personen haben keine entsprechenden Situationen oder Umstände genannt.

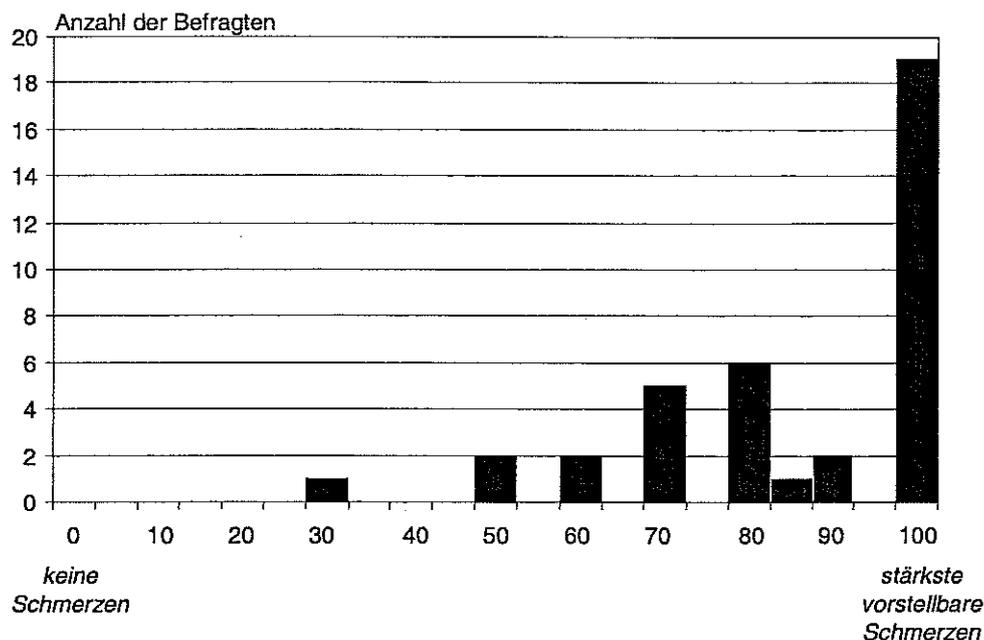


Abb. 16: Eigene Beurteilung der Schmerzstärke von den bisher am stärksten erlebten Schmerzen

Zeitpunkt, Beginn und Änderung der Schmerzen

Die Fragen wann die Schmerzen bestehen, seit wann die Schmerzen bestehen, und ob sie sich im Verlauf der Zeit verändert haben, waren für drei Viertel der Befragten (n=36, 75%) weitestgehend unproblematisch zu beantworten. Probleme beim Antworten hatten wiederum diejenigen mit unterschiedlichen Schmerzen bzw. deutlichen zeitlichen Schwankungen der Schmerzen. Einige Befragte hätten sich gerne eine größere Differenzierung gewünscht, wann die Schmerzen bestehen (z.B. morgens nach dem Aufstehen). Es war zudem nicht allen klar, dass bei diesen Fragen Mehrfachantworten möglich waren. Insgesamt waren die Probleme mit diesen Fragen jedoch vergleichsweise gering, und mit der Ausnahme des Problems der Variabilität der Schmerzen für die Validität der Angaben nicht von Gewicht.

Methoden der Schmerzlinderung

Die Patienten wurden im Fragebogen danach gefragt, welche Methoden ihnen aus eigener Erfahrung helfen, ihre Schmerzen zu lindern. Bei dieser Frage wurden keine Schwierigkeiten beim Ausfüllen berichtet. Im Interview wurden die Patienten gefragt, ob es eine Methode der Schmerzlinderung gibt, die Ihnen geholfen hat, die jedoch in der vorgegebenen Liste fehlt. Dreißig der Befragten (63%) hatten der Liste nichts hinzuzufügen. Die Nennungen der übrigen Befragten finden sich im nachfolgenden Kasten 3.

Kasten 3: Von den Patienten zusätzlich genannte Methoden, die ihnen geholfen haben, ihre Schmerzen zu lindern

- *Strombehandlung (3x)*
- *Wassergymnastik (3x)*
- *Bewegungsbad*
- *evtl. Naturheilmittel*
- *Akupunktur*
- *neue Matratze (Latex)*
- *Halskrause*
- *andere Schuhe*
- *Winkellage mit Würfel*
- *Stützgurt um die Niere und für die Fußgelenke*
- *Streckbank*
- *spazieren gehen*
- *aus Alltag rauskommen, Urlaub macht (-> Ablenkung)*
- *kürzer treten, sich nicht so belasten, die Dinge, die nicht wichtig sind, nicht zu tun*
- *Austausch mit Menschen, die ähnliche Probleme haben*
- *Anderung der Körperhaltung*
- *arbeite einfach weiter, manchmal ist es plötzlich weg*

Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands

Im Fragebogen wurden die Patienten gebeten, ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer visuellen Analogskala mit verbalen und numerischen Verankerungen anzugeben (Abb. 17). Vorweg sei angemerkt, dass die Platzierung dieser Frage am Ende der zweiten Seite der Fragen zum Schmerzerleben dazu geführt hat, dass Patienten ohne Schmerzen die Beurteilung des Gesundheitszustandes z.T. nicht vorgenommen haben.

11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt einschätzen?
 (Machen Sie bitte entsprechend des Gesundheitszustandes ein Kreuz auf der Skala.)

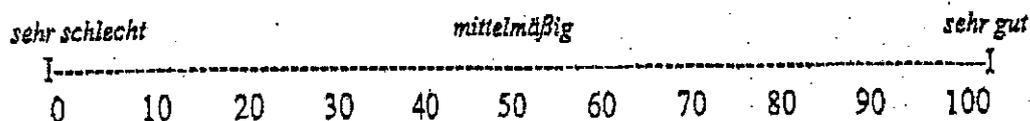


Abb. 17: Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands im Fragebogen der Fachklinik Aukrug

Mit der Beantwortung dieser Frage haben sich elf Befragte explizit eher schwer getan. Die Probleme lagen im Einzelnen darin, dass Zahlen als Antwortvorgaben nicht so verständlich sind wie verbale Beschreibungen, entsprechend Kategorien zum Ankreuzen präferiert wurden und die Antwortskala als zu differenziert empfunden wurde. Die Frage zum Gesundheitszustand insgesamt sei nicht konkret genug, um sie beantworten zu können, oder eine Selbsteinschätzung sei generell schwer. Zwei Befragte hatten das Problem formuliert, nicht zu wissen, ob sie ihre eigene Erkrankung in der Beurteilung des Gesundheitszustands mit einbeziehen sollten oder nicht. Der letzte Aspekt verweist auf die Bedeutung der subjektiven Vorstellung vom Begriff Gesundheit.

Diesen persönlichen Vorstellungen von Gesundheit wurde versucht, über folgende Frage F20 näher zu kommen: „Als Sie Ihren Gesundheitszustand beurteilen sollten, an was haben sie dabei gedacht?“. Ein bedeutsamer Teil der Patienten gab ausschließlich körperbezogene Vorstellungen von Gesundheit an ($n=17$, 32%), dazu gehören die eigene Erkrankung bzw. weniger Schmerzen zu erfahren. Sechs weitere Personen haben zusätzlich zu rein körperbezogenen Vorstellungen im weiteren Sinne die eigene Funktionstüchtigkeit (z.B. „körperliche Fitness“, „arbeitsfähig“) als Teil der eigenen Gesundheit genannt. Körperliche und psychische bzw. eher unspezifische Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens (z.B. „Allgemeinbefinden“) wurden von weiteren elf Personen genannt. Fünf Personen haben ausschließlich Aspekte der Funktionstüchtigkeit genannt. Andere einzelne Aussagen beinhalteten Kombinationen aus psychischen Aspekten, Allgemeinbefinden und auch Funktionstüchtigkeit. Ein Patient bezog explizit ein Aspekt der sozialen Integration in seine Vorstellung von Gesundheit mit ein („[Ich denke] nicht speziell an jetzigen [Zustand], d.h. nicht nur an Krankheit, die ich habe; allgemein Bäume ausreißen können, Fahrradfahren, Freunde treffen, Autofahren; Lebensqualitäten, Umfeld“).

Die folgende Abb. 18 zeigt die Valenzen der genannten Vorstellungen über Gesundheit, d.h. ob diese Vorstellungen positiv formuliert waren (z.B. fit sein, Wohlbefinden), oder ob Gesundheit als das Fehlen einer oder mehrere negativen Eigenschaften definiert wurde (z.B.

keine Schmerzen haben), bzw. die Kombination aus beiden Valenzen. Es zeigte sich bei den entsprechend auswertbaren Aussagen ein leichter Überhang negativer Valenzen, wobei nahezu die Hälfte dieser Patienten mindestens eine positive Formulierung von Gesundheit vorgenommen hatte.

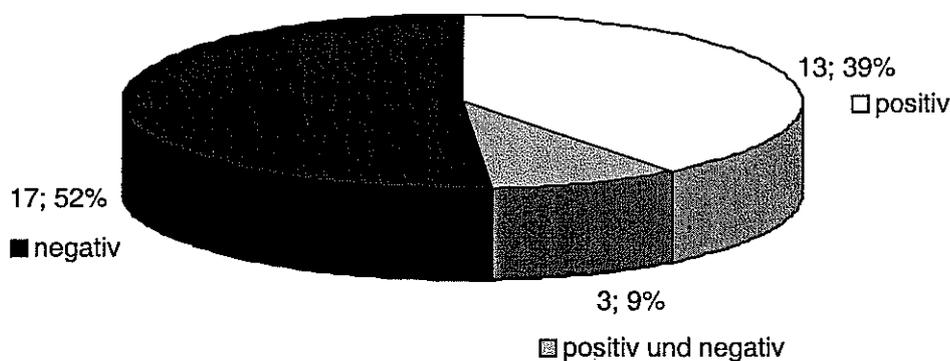


Abb. 18: Positiv formulierte Vorstellungen über Gesundheit (z.B. Fit sein), negativ formulierte (z.B. keine Schmerzen haben), sowie die Kombination aus positiven und negativen Formulierungen (n und gültige Prozent; keine entsprechend zuordenbare Aussagen von n=20 Patienten)

Zum Abschluss dieses Fragenteils zum allgemeinen Gesundheitszustand wurden die Befragten gebeten anzugeben, ob und in welcher Form sich ihr Gesundheitszustand seit dem Ausfüllen des Fragebogens verändert hat. 70% der Befragten (n=37) gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verändert habe. Bei acht Befragten (15%) sei er eher besser geworden, bei einer Person gibt es Hinweise für eine Verschlechterung (unklare oder fehlende Antworten bei n=7 Befragten).

Die weiteren Instrumente des Fragebogens der Fachklinik Aukrug

Die folgenden Ausführungen basieren nicht mehr auf gezielte Exploration anhand von a priori spezifizierten Fragen. Im Interview wurde der Fragebogen zusammen mit dem Befragten Seite für Seite durchgegangen. Der Interviewer hat jede Seite inhaltlich eingeführt, z.B. mit den Worten „Auf dieser Seite wurden Sie gebeten Angaben über ihr seelisches Befinden zu machen“, gefolgt von einem oder mehreren Sätze, die einen Beurteilungsprozess initiieren sollten, z.B. „Gab es für Sie Unklarheiten / Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieser Seite?“, „Haben Sie sich über bestimmte Fragen gewundert? geärgert?“. Die Antworten zu den einzelnen Fragebögen wurden ebenfalls protokolliert, allerdings nicht mehr einer quantifizierenden Inhaltsanalyse unterzogen.

Allgemeine Anmerkung: Ein zentrales Problem beim Einsatz der meisten Fragebögen liegt in der möglichen zeitlichen Variation der Beschwerden. Insbesondere einige Rückenschmerzpatienten berichten von Phasen extremer Belastung bis hin zu Beschwerdefreiheit. Die Befragten wissen dann nicht, auf welchen Zustand sie sich beziehen sollen. Sie stehen bei aktueller Beschwerdefreiheit bzw. vergleichsweise geringen Beschwerden vor dem Konflikt, entweder ihren jetzigen Zustand anzugeben und damit letztlich einen falschen Eindruck zu erwecken, da ihr Zustand unter den Beschwerden – wegen derer sie den Rehaaufenthalt durchführen – ein gänzlich anderer ist. Oder die Patienten müssen Beschwerden angeben, die sie zum Zeitpunkt der Erhebung gar nicht haben. Diese Personen stehen somit vor dem grundsätzlichen Problem, dass sie ihr Krankheitsbild mit Hilfe des Instruments nicht angemessen darstellen können.

Funktionsfragebogen Hannover – Rückenschmerzen (FFbH-R)

Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigungen durch Rückenschmerzen (FFbH-R; Kohlmann & Raspe 1996) ist von dem überwiegenden Teil der Befragten als problemlos aufgenommen worden. Diejenigen mit Rückenschmerzen fanden ihn sehr relevant für ihre Beschwerden. Die von den Befragten genannten Problembereiche sind im Folgenden aufgeführt:

Wie unter den allgemeinen Anmerkungen zu den Instrumenten des Fragebogens angemerkt, variieren Rückenschmerzen und ihre Funktionseinschränkungen bei einigen Befragten sehr stark. In der vorliegenden Version des FFbH-R im Fragebogen der Fachklinik Aukrug wird dieses Problem jedoch dadurch erschwert, dass die Instruktion modifiziert und dabei der zeitliche Bezug weggelassen wurde. In der Originalversion des FFbH-R werden die Personen gebeten die Fragen so zu beantworten, wie sie „...im Moment (wir meinen mit Bezug auf die letzten 7 Tage)“ auf sie zutreffen. Diese Formulierung ist in der vorliegenden

Version nicht mehr vorhanden, der zeitliche Bezug bleibt unklar. Allerdings ändert dies nichts an dem grundsätzlichen Problem der validen Abbildung von zeitlich stark fluktuierenden Zuständen.

Ein weiteres Problem sind Alltagstätigkeiten, von denen die Befragten zwar sagen können, dass sie sie (ggf. mit Mühe) leisten können, sie aber faktisch im Alltag nicht durchführen. Erstens wären die möglichen Folgen zu gravierend: eine Person gab an, zwar einen 10 kg schweren Gegenstand hochheben und 10 Meter weit tragen zu können (Item 2), dass sie aber hinterher „mit den entsprechenden Schmerzen“ leben müsse. Gleiches gelte für die Items 4 (sich bücken, um einen Gegenstand aufzuheben) und Item 8 (aus der Rückenlage aufsetzen). Für eine valide Erfassung der Antworten von Patienten mit diesen Problemen, wäre eine Klarstellung in der Instruktion zu den drei Antwortkategorien notwendig. Zweitens gibt es Dinge, die aus kulturellen Gründen heute kaum noch jemand tun würde, z.B. die Haare im Waschbecken zu waschen (Item 5) oder sich aus der Rückenlage im Bett aufzusetzen (Item 8), was einem die „Rückenschule“ verbieten würde. Dazu gehören auch Dinge, die eine Person individuell nicht mehr tun würde, z.B. sich auf einen ungepolsterten Stuhl zu setzen – was natürlich im Alltag durchaus Probleme bereiten könnte, z.B. in Wartebereichen von Behörden oder auch Ärzten. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass einige Patienten den Fragebogen zum Anlass genommen haben auszuprobieren, ob sie zu bestimmten Dingen in der Lage sind, z.B. einen Gegenstand vom Boden aufzuheben.

Zwei weitere Kommentare von Befragten beziehen sich darauf, dass einige Items anfällig dafür sein könnten, etwas anderes als Funktionseinschränkungen durch Rückenschmerzen zu erfassen. Dazu gehört Item 12 („Können Sie 100 Meter laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?“), das ein COPD-Patient deutlich verneint hat. Ein anderer Patient gab an, dass er durchaus Schwierigkeiten hat, 30 Minuten ohne Unterbrechung in einer Warteschlange zu stehen, allerdings eher aus Zeitdruck und Ungeduld.

Eine Patientin hatte Schwierigkeiten in der Differenzierung zwischen den Antwortkategorien. Diesem Problem würde dadurch Abhilfe geschafft werden können, dass die Original-Instruktion des FFbH-R, in der die Antwortkategorien näher erläutert werden, in die vorliegende Fragebogenversion mit aufgenommen würde.

Fragebogen zu Behinderungen durch eine Atemwegserkrankung

Zu diesem Fragebogen liegen nur wenige Anmerkungen vor. Probleme mit dem Bogen wurden so gut wie gar nicht berichtet. Lediglich ein Patient gab an, dass er als Antwortvorgaben eher „Ja“ und „Nein“ erwartet hätte, oder „stark – mittel – wenig“. Auf der anderen Seite hat gab es Personen mit Atemwegserkrankungen, die einen nicht intendierten

Umgang mit den Fragen aufwies. Eine Person hatte Probleme mit den Nebenhöhlen, hat dies aber nicht als Atemwegserkrankung eingeordnet. Das hatte zur Folge, dass er die Frage nach Husten mit Auswurf verneinte, obwohl er bei sich dieses Symptom kannte! Auch seine nächtliche Luftnot hat er in dem Bogen verneint. Eine weitere Person hat nur die Items bearbeitet, die auf ihn zutrafen (vgl. Phänomen des „Listenfragen-Effekts“, Meyer et al., eingereicht). Ein asthmatischer Patient hat den Bogen „angekreuzt wie ein Gesunder“, da sein Asthma „auf Ultimo gedämpft“ sei.

Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Die HADS-D (Hermann et al. 1995) wurde in der vorliegenden Fragebogenversion als „Fragebogen zu Ihrem derzeitigen seelischen Befinden“ eingeführt. Sie stieß bei den Befragten auf ein sehr geteiltes Echo, ebenso unterschiedlich war die Art und Weise, mit dem Fragebogen umzugehen. Insbesondere dieser Fragebogen machte das Thema Ehrlichkeit bzw. Offenheit bei den Patienten virulent.

Auf der einen Seite steht bei einzelnen offene Ablehnung gegenüber Fragen nach dem seelischen Befinden: „Auch so'n Scheiß, hab nichts mit der Seele sondern mit den Knochen“, oder „Was geht Euch das an!“, „Was interessiert Euch, ob ich glücklich bin“. Während die einen als Konsequenz die Fragen des HADS-D gar nicht erst ausfüllen (*„mit seelisch und so alles in Ordnung, haben wir beide dann gesagt nicht auszufüllen“*), füllen andere ihn trotzdem aus (*„Schietkram, ist ja richtig, dass man fragt“*) – mit einer gewissen Überwindung (*„fand ich sehr privat, war ich mir nicht sicher, ob ich die Fragen beantworten sollte, was hat die das zu interessieren... → dann aber wahrheitsgemäß ausgefüllt“*). Die Grundhaltung, trotz dieser ersten Abwehr die Fragen ehrlich zu beantworten, ist bei vielen Befragten spürbar (*„fand ich das eine oder andere komisch; 14jährige freut sich sowieso anders als 40jährige, alles sowieso sehr relativ; wenn ich das so und so ausfülle, was denkt der Arzt von mir; rumschönen ist völliger Blödsinn, sich selbst gegenüber ehrlich sein“*). Zwei haben explizit gesagt, dass sie diesen Teil nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt haben: *„ging eigentlich im Groben niemanden was an, habe es ausgefüllt, im Groben so das angegeben, im einzelnen aber schon etwas verschwiegen, was vorhanden war“*; *„dabei bin ich vorsichtig gewesen (→ hat eher geringere Symptombelastung angekreuzt)“*.

Es gab einige Patienten, die bei diesem Teil länger überlegen mussten. Sie waren offensichtlich mit Fragen konfrontiert, die sie im Alltag nicht gestellt bekommen: *„hat Mühe gemacht, bin ich nicht gewohnt, habe Tochter gefragt, die hat geantwortet ‚das musst Du doch wissen!‘; wurde Sachen gefragt, über die ich mir selber sonst nicht Gedanken mache“*; *„man braucht doch schon länger, musste schon überlegen“*.

Auffallend waren ebenfalls viele positive Kommentare, sowohl zu den Formulierungen des Fragebogens, als auch zur Tatsache, dass das seelische Befinden in dem Fragebogen thematisiert wird: *„einleuchtend, gut geschrieben, sind so die Punkte, wie man sich fühlt“*, *„war eindeutig und war auch angemessen, damit Ärzte und Personal sich darauf einstellen können“*; *„gehört alles zusammen, chronisch Krankheit kann seelisch krank machen“*, *„interessant“*.

Inhaltlich ist bei diesem Bogen mit zu berücksichtigen, dass Patienten aufgrund ihrer Rückenschmerzen zumindest zwei Items mit großer Wahrscheinlichkeit in Richtung größerer Symptombelastung ankreuzen: „Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen“ (Item 7) und „Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst“ (Item 8).

Eine Gefahr für die Validität dieses Fragebogens besteht unzweifelhaft in einer Funktion, die ihm zugeschrieben wurde: *„damit die Psychologen die Wirklichkeit rauskriegen“*; *„Mutter hatte Sorge, ob sie mich zum Seelenforscher stecken wollten; wollten doch ein bisschen ehrlich bleiben und nicht rumlügen“*.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Fragebogen dann überinterpretiert wird, wenn er als Abbild des tatsächlichen seelischen Zustands der Patienten dienen soll. Von einem gewissen Bias in Richtung geringerer Symptomausprägung ist auszugehen. Unklar ist jedoch, ob diejenigen, die diesen Bogen erst gar nicht ausfüllen, dies aufgrund fehlender Symptome tun („trifft nicht zu“), oder etwas nicht preisgeben wollen, was die Klinik aus ihrer Sicht nichts angeht. Die Sorge, als psychisch auffällig zu gelten, könnte auch dazu führen, geringere Symptombelastung anzugeben. Gleichzeitig nimmt dieser Fragebogen eine wichtige Funktion darin ein, die Patienten auf eine psychosomatische Sichtweise der Rehabilitation einzustimmen. Sie werden mit Fragen konfrontiert, über die sie sich z.T. bisher keine Gedanken gemacht haben.

Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden

Der „Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden“ (entnommen aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens, FEG, von Dlugosch & Krieger 1995) stieß wiederum auf ein geteiltes Echo unter den Befragten. Auch hier ging es um das Thema, inwieweit sich die Reha-Klinik für die persönlichen Belange der Patienten interessieren sollte bzw. darf. Zudem wurden Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Fragebogenteil deutlich, insbesondere im zweiten Teil zu den Veränderungswünschen. Im Einzelnen:

Das Ausmaß an positiver Resonanz auf diesen Bogen war nicht so deutlich ausgeprägt wie beim Fragebogen zum seelischen Befinden (HADS-D): *„Interesse von Reha-Klinik, dazu ist sie ja da; bin ja hier, damit mir geholfen wird, wenn ich das nicht sage, bin ich selber schuld“*;

„sehr gut, habe ich auch dabei geschrieben“; „fand ich gar nicht schlecht, wurde nach was wichtigem gefragt“. Auf der anderen Seite waren Anmerkungen dazu zu finden, dass sich die Klinik hier für Dinge interessiere, die sie nicht primär etwas angehe. Z.T. sahen sich die Patienten einem Rechtfertigungsdruck für ihre Lebensumstände ausgesetzt: „finanzielle Probleme gibt's ja überall, nicht nur bei mir“; „ich habe meinen ganzen Kram auf der Reihe“; „Finanzielle Situation: was hat das damit zu tun?“, „da fingen meine Nerven an: Wohnsituation, geht die das jetzt was an? Bin doch hier wegen meiner Gesundheit“. Diese Einstellung hat auch Auswirkungen auf das Ankreuzverhalten: „Wenn ich tatsächlich Probleme hätte, würde ich das nicht mit Euch diskutieren“. Ein Patient gab an, seine Unzufriedenheit mit seiner Arbeitssituation so darstellen zu können. Dass er ausgeprägte Partnerprobleme hatte, kam dagegen nur im Gespräch heraus, diese hatte er in diesem Bogen nicht angegeben.

Einige Befragte hatten Probleme mit der Relativität ihrer Angaben: „was ich nicht gut fand [war die Frage nach der] finanziellen Situation: für den einen sind 1000 Euro viel, für den anderen wenig“. Die Abbildung ihrer Lebenssituation auf Zahlenstrahlen bereitete ebenfalls einigen Befragten Schwierigkeiten: „für mich kann ich das [mit den Zahlen] nicht deutlich machen“, ein anderer Befragte befürwortete verbale Beschreibungen, ein weiterer Kästchen zum Ankreuzen. Um mit den Zahlen besser zurecht zu kommen, hat sich ein Befragter diese als Schulnoten vorgestellt, was allerdings inhaltlich nur für die Fragen unter 3. zu den Schwierigkeiten und Probleme passend erscheint. Ein Patient hatte das Gefühl, mit den Fragen unter 2. (Zufriedenheit und Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen) und 3. (Schwierigkeiten und Probleme in verschiedenen Lebensbereichen) identische Dinge ausfüllen zu müssen.

Substanzielle Probleme ergaben sich beim Bearbeiten der Veränderungswünsche (S. 7 des Fragebogens). Ein Problem ergab sich inhaltlich: ab wann ist ein Veränderungswunsch ein Veränderungswunsch? „Wer möchte sich da nicht verändern?“ D.h. werden an dieser Stelle eher gedankliche Phantasien angesprochen oder vielmehr konkrete Vorhaben, deren Schritte oder Ziele schon ausformuliert sind? „WG wäre nicht schlecht in 1-2 Jahren, noch nicht angegeben, noch undenkbar, da es kaum WGs gibt“. Was ist mit Veränderungswünschen in Bereichen, in denen die Betroffene Person selber nichts ändern kann? „...wenn sie könnten' müsste dort stehen; daher kann ich das nicht ankreuzen“; „Gesundheit: natürlich würde ich das gerne ändern, aber ich kann mir kein neues Kreuz kaufen“. Was ist, wenn man etwas nicht verändern möchte, sondern vielmehr verändern muss (z.B. den Beruf)?

Diese Art der Reflektion über das eigene Leben in Form eines Fragebogens hat einige Befragte deutlich überfordert: „bei so viel, da mach ich grad dicht“; „haben wir ganz ausgelassen →Überforderung“; „konnte ich wenig mit anfangen“; „wurde nachher zu viel,

Frage ratterte schon durch den Kopf“. Für einen anderen waren diese Fragen „zu komplexe Dinge, kann ich nicht einfach hier eingeben, steckt natürlich viel mehr dahinter“.

Es ist insgesamt deutlich geworden, dass ein substanzieller Teil der Befragten den Fragebogenteil zu den Veränderungswünschen (S. 7 des Fragebogens) nicht angemessen bearbeiten konnte. Die Fragen nach Zufriedenheit / Wohlbefinden bzw. Schwierigkeiten / Probleme in einzelnen Lebensbereichen stießen auf ein geteiltes Echo. Es liegen Hinweise dafür vor, dass einige Befragte Unzufriedenheiten bzw. Schwierigkeiten in einzelnen Lebensbereichen nicht kenntlich gemacht haben.

Fragen zu Rauchgewohnheiten

Dieser Fragebogenteil, der auf die Arbeiten von Fagerström (1978) zurückgeht, war nur für aktuelle Raucher vorgesehen bzw. für solche Personen, die erst vor kurzen Zeit mit dem Rauchen aufgehört hatten. Zu diesem Fragebogen finden sich nur wenige Kommentare. Inwieweit es sich bei den Angaben der Patienten um realistische Angaben handelte, wurde in diesem Befragungsteil nicht eingehender untersucht. Eine entsprechende Analyse findet sich zum Fragebogenteil „Lebensgewohnheiten“ aus dem Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz (s.u.).

Eine Befragte war sich unsicher, ob sie den Fragebogen noch ausfüllen sollte, sie habe „vor 2 Jahren aufgehört, mit Mann besprochen, wie sie es ausfüllen sollten“. Drei Befragte gaben Unverständnis für die Antwortmöglichkeiten zu Frage 3 („Auf welche Zigarette würden sie nicht verzichten wollen?“) an: „Die erste am Morgen“ vs. „Andere“. „Dämlich, irgendwann ist es die erste“.

Dass Fragen stellen auch immer eine Form von Intervention darstellen kann, zeigt folgendes Zitat: „Fragebogen hat mir schon zu denken gegeben“. Ein Befragter bemerkte zudem positiv: „...waren nicht so viele Fragen. Wenn es zu viele Fragen sind, nehme ich erst einmal die nächste [Seite]“.

Weitere Probleme im Umgang mit dem Fragebogen wurden nicht angesprochen.

Fragebogen zu Erwartungen und Motivation von Reha-Patienten (FREM-17, modifizierte Version)

Den letzten Teil des Gesamtfragebogens der Fachklinik Aukrug stellt eine gekürzte Version des Fragebogens zu Erwartungen und Motivation bei Reha-Patienten (Deck et al. 1998b) dar. Fast alle Befragten sind mit diesen Fragen gut zurecht gekommen. Ein Befragter hat die sprachliche Verankerung der Antworten positiv hervorgehoben, ein anderer fand dagegen

die „*Antwortskala gewöhnungsbedürftig*“. Ein Befragter hatte offensichtlich Schwierigkeiten damit, Erwartungen zu bewerten, die er gar nicht mehr haben kann: „*wie früher arbeiten können, trifft für mich nicht zu, kann es nicht mehr*“. Ein anderer Befragter hat darauf verwiesen, dass viele der genannten Erwartungen auf ihn nicht zutrafen. Möglicherweise würde die Antwortalternative „*trifft auf mich nicht zu*“ diesen Umstand besser abbilden. Ein Patient hätte gerne angekreuzt, nicht eine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt zu bekommen sondern seine verminderte Leistungsfähigkeit zu steigern.

Zusammenfassend finden sich für den FREM-17 keinerlei substantielle Einschränkungen der Validität der Angaben von Patientenseite.

ad 2: Testwiederholungs-Untersuchung, Fragebogen Fachklinik Aukrug

Eine wichtige Voraussetzung für die Validität von Angaben im Fragebogen ist die Reliabilität der Angaben. Für die Klinik ist es wichtig zu wissen, inwieweit die Angaben, die sie vor Beginn der Reha erhoben haben, noch zum Zeitpunkt bei Rehabeginn Gültigkeit beanspruchen können. Es sei angemerkt, dass die folgenden Analysen nicht als Test-Retest Untersuchung interpretiert werden sollten, da eine solche Untersuchung die Stabilität der zu untersuchenden Phänomene voraussetzt. Dies ist jedoch bei den vorliegenden Indikatoren nicht notwendigerweise der Fall, insbesondere in Anbetracht der z.T. beträchtlichen zeitlichen Schwankungen im Schmerzerleben.

Skalen: FFbH-R, HADS-D, Rauchverhalten

Tab. 7 stellt die Ergebnisse der Test-Wiederholung bei den einzelnen Instrumenten mit zusammenfassenden Skalenwerten dar. Zur Schätzung der Reliabilität der Skalen wurde Cronbachs Alpha zu t_1 berechnet (Fragebogen vor Reha). Bei allen vier Fragebögen liegt der Anteil von Personen mit vergleichbaren Werten von t_1 zu t_2 (Fragebogen zu Rehabeginn) bei über 80%. Die zufallsbedingten Abweichungen sind inhaltlich jedoch teilweise schon substantiell, z.B. beim FFbH-R eine Abweichung von 15 Punkten nach oben oder unten, bei einer theoretischen Spannweite von 0-100.

Die im Vergleich zur internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) niedrigere Korrelation zwischen t_1 zu t_2 beim FFbH-R verweist darauf, dass dieses Merkmal tatsächlichen Schwankungen ausgesetzt ist. Diese Unterschiede sind bei der Ängstlichkeit geringer ausgeprägt, bei der Depressivität sind beide Werte vergleichbar. *Höhere* Testwiederholungswerte im Vergleich zur internen Konsistenz, wie sie beim Fagerström-Fragebogen zum Rauchverhalten

gefunden wurden, können ein Hinweis auf fehlende Itemhomogenität darstellen und sind eher psychometrisch als inhaltlich von Bedeutung.

Tab. 7: Ergebnis der Test-Wiederholungs-Untersuchung: Stabilität der Antworten von t_1 (Fragebogen vor Rehabeginn) zu t_2 (Teile des Fragebogens zu Beginn der Reha)

Instrument	Theoretischer Range	n ^{a)} (t_1)	Cronbachs Alpha (t_1)	Varianz (t_1)	Fehlerterm ^{b)} (t_1)	Korr. t_1 mit t_2 Pearson r	Abweichung der Werte von t_1 zu t_2 (n und gültige Prozent ^{c)})		
	Min - Max						Keine signifikante Abweichung	Erhöhter Wert	Niedrigerer Wert
FFbH-R	0-100	40	.854	400,23	14,98	.69	30 (81%)	3 (8%)	4 (11%)
HADS-D Ängstlichkeit	0-21	46	.885	25,44	3,35	.80	30 (83%)	3 (8%)	3 (8%)
HADS-D Depressivität	0-21	49	.845	18,83	3,35	.87	37 (93%)	2 (5%)	1 (3%)
Rauchverhalten (Summenwert)	0-9	23	.767	5,57	2,23	.92	17 (100%)	0	0

^{a)} Anzahl von Personen, die alle Items des jeweiligen Instruments beantworten haben

^{b)} Fehlerterm zur Bestimmung der Konfidenzintervalls: $1,96 \times \sqrt{\text{Var}(\hat{\theta})(1 - \text{Re } I(\theta))}$; entspricht den Wert, den die individuellen Werte der Befragten nach oben oder unter von t_1 zu t_2 abweichen und als Zufallsschwankungen auf dem 5%-Niveau interpretiert werden können

^{c)} Prozentwerte auf ganze Zahl gerundet

Visuelle Analogskalen: Allgemeiner Gesundheitszustand und Schmerzen

Im Vergleich zu diesen Skalenwerten ist eine Einschätzung der Stabilität der Angaben auf der Ebene von Einzelitems schwieriger, da eine Schätzung der Reliabilität zu einem Messzeitpunkt nicht erfolgen kann. Das betrifft die Skala zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie die drei Skalen zur Erfassung der Dauer und Intensität von Schmerzen.

Die folgende Abb. 19 zeigt die Differenz zwischen den Werten von t_2 und t_1 der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung. Unter der Annahme ähnlicher Reliabilitäten wie beim FFbH-R, der ebenfalls von 0-100 skaliert ist, und damit einer zufälligen Schwankungsbreite von ± 15 Skalenpunkten, würden nur bei 24 von 39 Patienten (62%) keine zufallsbedingten Veränderungen vorliegen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Reliabilität dieses 1-Item-Maßes deutlich geringer ausfallen dürfte. Auf der einen Seite würde dies zwar die zufallsbedingte Schwankungsbreite erhöhen, auf der anderen Seite stellt sich die Frage der *inhaltlichen* Bedeutung, wenn der tatsächliche Wert auch bspw. 30 Punkte über oder unter dem ermittelten Wert liegen könnte. Die Korrelation zwischen beiden Erhebungszeitpunkten liegt bei $r_{\text{Rho}}=.17$. Eine mögliche Erklärung läge in tatsächlichen Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustands. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden die Patienten während des Leitfadeninterviews ebenfalls danach gefragt, ob sich ihr Gesundheitszustand seit dem Ausfüllen des Fragebogens verändert hat. Von denjenigen, die

auch an der Wiederholungsmessung teilgenommen haben, haben sieben Befragte gesagt, ihr Gesundheitszustand habe sich insgesamt verbessert, bei allen weiteren sei er konstant geblieben. Vier dieser Befragten wiesen tatsächlich deutliche Verbesserungen auf (Differenzwerte 15, 30, 40 und 70, vgl. graue Balkenbereiche in Abb. 19), zwei weitere Patient hatten einen (nahezu) identischen Wert (0 bzw. -5), ein Patient dagegen ein Wert von -55. Somit ist nur ein Teil dieser Abweichungen inhaltlich zu erklären.

Zudem verweisen die weiteren z.T. extremen Abweichungen von über 40 Skalenpunkten darauf, dass für einen nicht unbedeutenden Anteil der Patienten diese Art der Erfassung keine Gültigkeit beanspruchen kann. Möglicherweise bilden sich in diesem Ergebnis die bei einigen Patienten dokumentierten Schwierigkeiten mit dem Antwortformat und die eher spärlichen verbalen Verankerungen der Antwortskala ab.

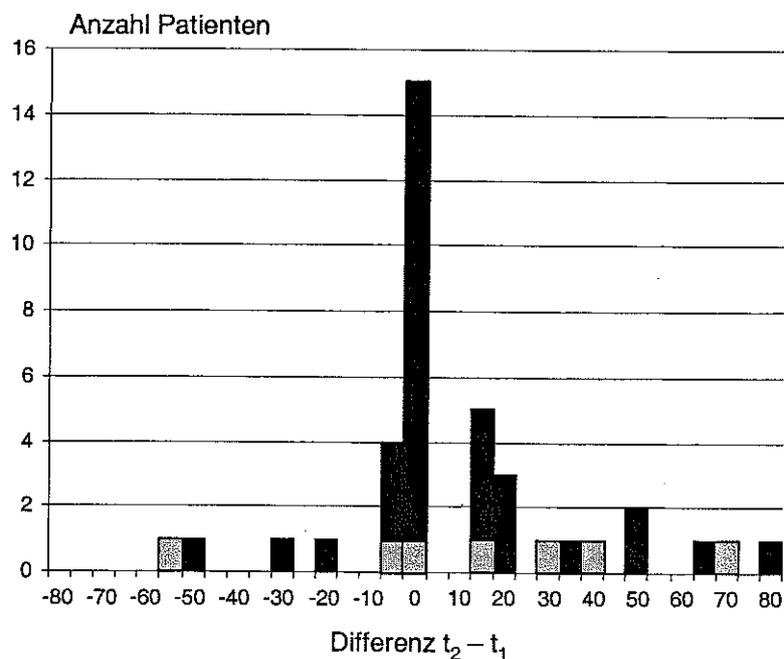


Abb. 19: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (zur Erfassung vgl. Abb. 17, S. 56): Differenz zwischen Wert bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha (in grau diejenigen Patienten, die im Interview eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands angegeben hatten)

Auf der gleichen VAS-Skala von 0-100 wurden Fragen zur Schmerzdauer, durchschnittlichen sowie maximalen Schmerzintensität gestellt (vgl. Abb. 13, S. 48; Abb. 15, S. 52; Abb. 16, S. 54). Die Ergebnisse zu den Differenzen zwischen t_2 und t_1 finden sich in Abb. 20. Wiederum von einer zufälligen Schwankungsbreit von ± 15 Skalenpunkten ausgehend, ist bei diesen Fragen der Anteil derjenigen ohne substantielle Veränderungen höher als bei den Angaben zum Allgemeinen Gesundheitszustand: 68% (19/28) bei der Angabe der durchschnittlichen

Schmerzdauer, 83% (25/30) bei der Angabe der durchschnittlichen Schmerzintensität sowie 86% (24/28) bei der Angabe der in letzter Zeit erlebten maximalen Schmerzintensität. Die Korrelationen zwischen den beiden Messzeitpunkten sind deutlich ausgeprägt: für die durchschnittliche Schmerzdauer beträgt sie $r_{\text{Rho}}=.62$, für die durchschnittliche Schmerzintensität $r_{\text{Rho}}=.86$, für die maximale Schmerzintensität $r_{\text{Rho}}=.79$.

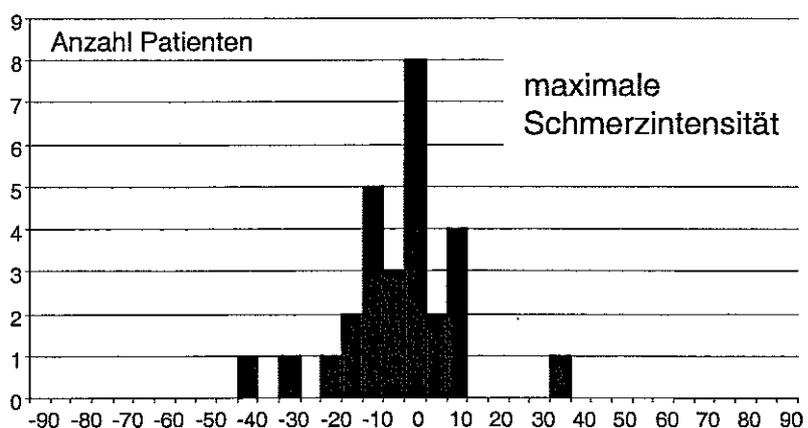
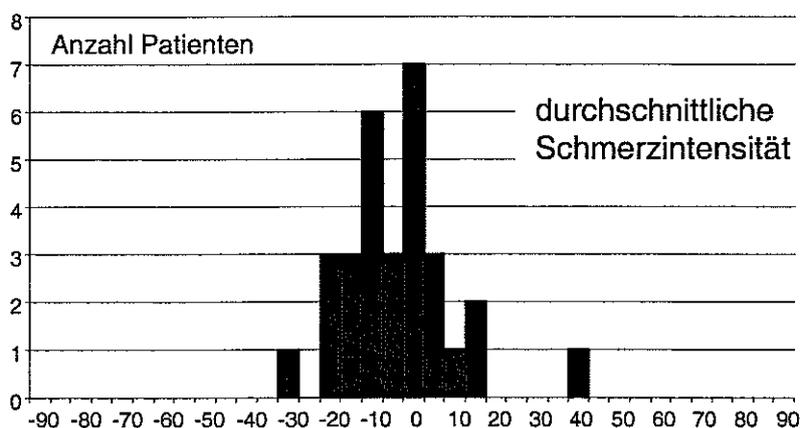
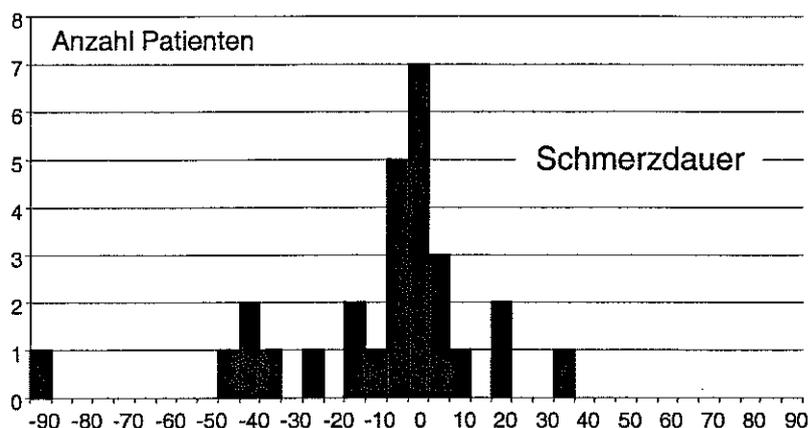


Abb. 20: Schmerzdauer, durchschnittliche sowie maximale Schmerzintensität: Differenz zwischen Wert bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha (t_2-t_1)

Zumindest für die Frage nach der durchschnittlichen Schmerzdauer kann wiederum überprüft werden, ob eine mögliche Erklärung für die Nicht-Übereinstimmung der Werte durch tatsächliche Veränderungen zu erklären ist. Die Patienten wurden während des Leitfadeninterviews danach gefragt, ob sich an der durchschnittlichen Dauer ihrer Schmerzen seit dem Ausfüllen des Fragebogens etwas verändert habe. Von denjenigen, die auch an der Wiederholungsmessung teilgenommen haben, haben sechs Befragte gesagt, ihr Zustand habe sich verbessert, drei er habe sich insgesamt verschlechtert, bei allen weiteren sei die Schmerzdauer konstant geblieben. Diejenigen mit Verbesserungen der Schmerzdauer wiesen folgende Veränderungswerte auf (negative Werte stehen für Verringerungen der Schmerzdauer): -40, -5, 0, 0, 5, 5; d.h. nur bei einem Patienten fanden sich deutliche Verbesserungen. Demgegenüber hatten diejenigen mit angegebenen Verschlechterungen der Schmerzdauer Veränderungswerte von -15, 5 und 10. Somit sind größerer Veränderungswerte kaum mit angegebenen tatsächlichen Veränderungen zu erklären.

Weitere Daten der Schmerzerfassung

Inwieweit die Patienten identische Schmerzqualitäten zu den beiden Erhebungszeitpunkten bei der Beschreibung ihrer Schmerzen angegeben haben, zeigt Tab. 8. Nicht berücksichtigt wurde dabei die in dieser Frage zusätzlich vorgenommen Differenzierung nach der Stärke der Schmerzen. Angesichts der Schwierigkeiten, die die Befragten hatten, mit eigenen Begriffen ihre Schmerzen zu beschreiben, ist die Übereinstimmung der beiden Erhebungszeitpunkte als zufriedenstellend zu bewerten.

Tab. 8: Schmerzqualitäten: Übereinstimmung der Schmerzqualitäten in der Erfassung vor der Reha (t₁) und zu Rehabeginn (t₂)

Schmerzqualität	4-Felder Tafel Übereinstimmung t ₁ und t ₂			% absolute Überein- stimmung	Cohens Kappa ^{x)}	
elektrisierend / stromartig	t ₁	t ₂			71%	.412
			-	+		
		-	19	7		
		+	6	13		
dumpf	t ₁	t ₂			76%	.486
			-	+		
		-	22	5		
		+	6	12		
pochend	t ₁	t ₂			82%	.524
			-	+		
		-	30	6		
		+	2	7		
schneidend / hell	t ₁	t ₂			80%	.475
			-	+		
		-	29	5		
		+	4	7		

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Die nachfolgende Tab. 9 stellt die Übereinstimmung der Antworten auf Fragen nach den Situationen, in den die Schmerzen vornehmlich vorhanden sind. Die Übereinstimmungskoeffizienten sind hier etwas höher als in den Antworten zu den Schmerzqualitäten. Dennoch überrascht das Ausmaß nicht-übereinstimmender Angaben vor dem Hintergrund, dass in diesem Bereich von den Patienten keine größeren Schwierigkeiten beim Ausfüllen identifiziert werden konnten. Möglicherweise ist die schon mehrfach genannte zeitliche Variation des Schmerzgeschehens mit für dieses Ergebnis verantwortlich.

Tab. 9: Wann bestehen die Schmerzen: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t₁) und zu Rehabeginn (t₂)

Frage7: Wann bestehen Schmerzen?	4-Felder Tafel Übereinstimmung t ₁ und t ₂			% absolute Überein- stimmung	Cohens Kappa ^{x)}	
tagsüber	t ₁	t ₂			80%	.544
			-	+		
		-	10	6		
		+	3	26		
nachts	t ₁	t ₂			78%	.514
			-	+		
		-	24	4		
		+	6	11		
bei Körperruhe	t ₁	t ₂			80%	.410
			-	+		
		-	31	2		
		+	7	5		

Frage7: Wann bestehen Schmerzen?	4-Felder Tafel Übereinstimmung t_1 und t_2	% absolute Übereinstimmung	Cohens Kappa ^{x)}	
	t_2			
bei Körperbelastung nach...	t_1			
		-	11	6
		+	6	22
		73%	.433	
...längerem Stehen	t_1			
		-	13	5
		+	4	23
		80%	.579	
...Bücken	t_1			
		-	17	5
		+	5	18
		78%	.555	
...Heben	t_1			
		-	16	5
		+	5	19
		78%	.554	
...längerem Sitzen	t_1			
		-	17	2
		+	6	20
		82%	.646	
bei Wetterwechsel	t_1			
		-	33	2
		+	3	7
		89%	.667	
bei außergewöhnlichen Belastungen	t_1			
		-	14	4
		+	7	20
		76%	.505	
bei Ärger, Stress, innerer Anspannung	t_1			
		-	31	1
		+	4	9
		89%	.710	

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Ausgeprägt schwierig scheint jedoch der Rückblick auf die Entwicklung der Schmerzen zu sein. Die Frage, seit wann die Schmerzen bestehen (Angabe in Jahren, Monaten und Tagen möglich), ist offenbar alles andere als genau zu beantworten, die Angaben zum zweiten Messzeitpunkt in der Klinik waren deutlich geringer (vgl. Abb. 21), in sechs Fällen lag die Abweichung um etwa 10 Jahre. Die Korrelation beider Werte war mit $r_{\text{Rho}}=.56$ eher gering. Eine Ursache für diese Variation könnte darin liegen, dass die Patienten an unterschiedliche Schmerzen bzw. unterschiedliche Schmerzlokalisierung bei der Beantwortung dieser Frage gedacht haben. Die Interviews haben deutlich gemacht, dass die Patienten eher den zurzeit aktuellen Schmerz für die Beantwortung der Fragen heranziehen.

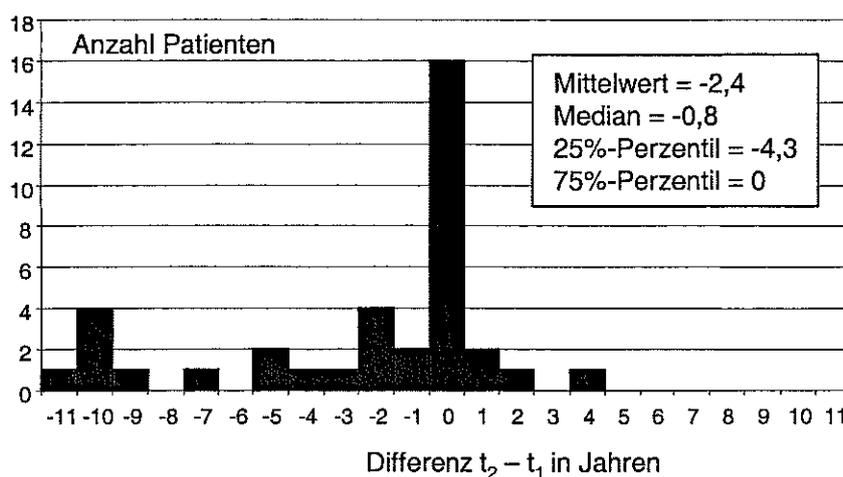


Abb. 21: Seit wann bestehen die Schmerzen (Angabe in Jahren): Differenz zwischen Angabe bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha ($t_2 - t_1$)

Auch die folgenden Angaben sprechen dafür, dass Antworten auf Fragen nach der Entwicklung der Schmerzen kaum eindeutig ausfallen. Während beispielsweise sechs Befragte zum ersten Befragungszeitpunkt noch angegeben hatten, dass ihre Schmerzen nach plötzlichem Beginn entstanden waren, traf dies zum zweiten Befragungszeitpunkt nicht mehr zu. Noch größere Diskrepanzen fanden sich bei der Beurteilung, ob die Schmerzentwicklung eher langsam war.

Tab. 10: Seit wann bestehen die Schmerzen: Übereinstimmung der Schmerzqualitäten in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)

Schmerzqualität	4-Felder Tafel Übereinstimmung t_1 und t_2		% absolute Übereinstimmung	Cohens Kappa ^{x)}	
plötzlicher Beginn nach Verheben, Unfall, Sport	t_2		84%	.295	
		-			+
	t_1	-			+
langsame Schmerzentwicklung	t_2		69%	.274	
		-			+
	t_1	-			+

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Ebenfalls fand sich bei der Frage, welche Methoden der Schmerzlinderung aus eigener Erfahrung helfen würden, z.T. ein erstaunliches Ausmaß an zeitlicher Instabilität der Angaben (Tab. 11).

Tab. 11: Erfahrungen mit Methoden der Schmerzlinderung: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)

Was hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung – die Schmerzen zu lindern?	4-Felder Tafel Übereinstimmung t_1 und t_2	% absolute Übereinstimmung	Cohens Kappa ^{x)}		
Nichts	t_2		93%	-.031	
		-			+
	t_1	-			+
	-	+	89%	.384	
t_1	-	+			
	-	+			
Entspannung		-	+	80%	.400
	t_1	-	+		
		-	+		
Aktivitäten / Sport		-	+	93%	.366
	t_1	-	+		
		-	+		
Änderung der Körperhaltung		-	+	78%	.432
	t_1	-	+		
		-	+		
Tabletten		-	+	78%	.531
	t_1	-	+		
		-	+		
Wärmeanwendungen		-	+	87%	.676
	t_1	-	+		
		-	+		
Krankengymnastik		-	+	84%	.644
	t_1	-	+		
		-	+		
Ruhigstellung, Bettruhe		-	+	80%	.400
	t_1	-	+		
		-	+		
Spritzen		-	+	89%	.725
	t_1	-	+		
		-	+		
Kälteanwendungen		-	+	100%	1
	t_1	-	+		
		-	+		
Massage		-	+	87%	.730
	t_1	-	+		
		-	+		
Ablenkung		-	+	96%	.775
	t_1	-	+		
		-	+		

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

ad 2: Antworttendenzen

Folgende Formen von Antworttendenzen wurden untersucht: Akquieszenz („Ja-Sage-Tendenz“), Nein-Sage-Tendenz, Tendenz zum mittleren Urteil und Item-Nonresponse. Die eindeutige Identifikation von Antworttendenzen unterliegt jedoch deutlichen Einschränkungen. Auf der einen Seite ist die rein empirische Operationalisierung von Antworttendenzen über einen bestimmten Anteil von Aussagen mit bestimmten Ausprägungen theoretisch nicht fundiert. Natürlich können die Antworten von Personen, die in einem Instrument in über 80% der Fälle den Aussagen zustimmen, nicht nur auf eine „Ja-Sage-Tendenz“ zurückzuführen sein, sondern ebenso auf eine tatsächliche hohe Ausprägung der Symptomatik. Die Wahrscheinlichkeit, entsprechende Antworttendenzen zu identifizieren, steigt dabei, umso weniger Antwortalternativen zur Verfügung stehen. Bezeichnenderweise finden sich in den Fragen zum Wohlbefinden mit dem 7-stufigen Antwortformat keine bestimmten Antworttendenzen, bei dem FFbH-R mit dem 3-stufigen Antwortformat jedoch mehrere. Aus diesem Grund wird in der Tabelle die Formulierung „Hinweis auf....[eine bestimmte Antworttendenz]“ verwendet.

Die Anzahl der identifizierten Antworttendenzen in den jeweiligen Fragebögen und für alle auf Antworttendenzen analysierbaren Fragebögen zusammen finden sich für die Fachklinik Aukrug in Tab. 12. Hier waren zwei Instrumente (HADS und Fragebogen zum Rauchverhalten von Fagerström) aufgrund ihres Antwortformates nicht dazu geeignet, die genannten Antworttendenzen zu identifizieren, mit der Ausnahme des Anteils fehlender Werte.

Von den n=53 Befragten lagen n=51 Fragebögen zur Auswertung vor. Bei einem Patienten lagen zwar die zusammengefassten Skalenwerte in der Akte vor, jedoch nicht der Original-Fragebogen; er konnte somit nicht dokumentiert werden. Ein weiterer Patient verweigerte die Bereitschaft, zusätzlich zum Interview weitere Informationen zur Verfügung zu stellen, weshalb keine Zuordnung zu den Fragebogendaten erfolgen konnte.

Tab. 12: Häufigkeit von Antworttendenzen in den Instrumenten im Fragebogen der Fachklinik Aukrug

Fragebogen	Hinweis auf Akquieszenz („Ja-Sage Tendenz“) ^{*)}	Hinweis auf Nein-Sage Tendenz ^{*)}	Hinweis auf Tendenz zum mittleren Urteil ^{*)}	Item-Nonresponse Gesamtwert des Instruments nicht berechenbar ^{*)}	Item-Nonresponse >50%
FFbH-R	5/48 (10%)	0/48 (0%)	4/48 (8%)	3/51 (6%)	3/51 (6%)
Atemwegserkrankungen	0/19 (0%)	2/19 (11%)	0/19 (0%)	4/27 (15%)	1/27 (4%)
HADS	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	1/51 (2%)	1/51 (2%)
Fragen zum Wohlbefinden	0/39 (0%)	0/39 (0%)	0/39 (0%)	12/51 (24%)	6/51 (12%)
Fragen zum Rauchverhalten	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	1/27 (4%) ^{o)}	0/27 (0%) ^{o)}
FREM (gekürzte Vers.)	6/44 (14%)	0/44 (0%)	3/44 (7%) [#]	7/51 (14%)	4/51 (8%)

^{*)} Berechnung des Gesamtwertes sowie die Identifikation von Antworttendenzen basiert auf folgenden maximalen fehlenden Werten pro Instrument: FFbH-R: maximal 2 fehlende Angaben von 12 Items; HADS maximal 1 von 7 Items (Skalen Ängstlichkeit und Depressivität); für die anderen Fragebögen wurden folgende Schwellenwerte festgelegt: FREM: maximal 2 von 9 Items; Fragebogen zu Atemwegserkrankungen: maximal 2 von 9 Items; Fragen zum Wohlbefinden: maximal 3 von 17 Items; Fragen zum Rauchverhalten: maximal 1 von 6 Items.

^{x)} Aufgrund der Form der Antwortskalen ist die Berechnung dieser Antworttendenzen nicht sinnvoll.

^{o)} Im Gegensatz zur Befragung in Malente liegen für die Patienten in Aukrug keine sekundären Informationen darüber vor, ob der/die Patient/in als aktuelle Raucher/in einzustufen ist. Die Angaben zum Non-Response basieren daher auf denjenigen Personen, die im Fragebogen an mindestens ein Item angegeben haben, Rauchen zu sein. Nicht identifiziert werden damit diejenigen Raucher, die den Fragebogen komplett nicht ausgefüllt haben.

[#] Dieser Fragebogen hat jeweils zwei mittlere Antwortkategorien.

Mit Ausnahme einer möglicherweise auffälligen Ja-Sage-Tendenz im FREM, war der Anteil der identifizierten Antworttendenzen (Hinweis auf Akquieszenz, Nein-Sage Tendenz, Tendenz zum mittleren Urteil) bei maximal 10%. In **keinem Fall** war eine bestimmte Antworttendenz in einem Fragebogen gleichzeitig in irgendeinem anderen Fragebogen nachzuweisen, was deutlich gegen eine generelle Antworttendenz spricht. Fehlende Werte fanden sich besonders häufig bei den Fragen zum Wohlbefinden (24%), über 10% ebenso bei den Fragen zu den Atemwegserkrankungen und bei dem modifizierten Fragebogen zu Erwartungen und Motivation (FREM).

Von der Berechnung eines postulierten Zusammenhangs zwischen Antworttendenzen und einer fehlenden Bereitschaft zur Selbstoffenbarung musste aufgrund der geringen Prävalenzen abgesehen werden.

Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz

Bei dem Fragebogen aus dem Klinikum Holsteinische Schweiz lagen verschiedene Schwerpunkte der vertiefenden Befragung vor: die Frage zum allgemeinen

Gesundheitszustand, das Rauch- und Trinkverhalten, sozialmedizinische Angaben, die Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie die Einschätzung der Schmerzen.

Die folgenden Angaben basieren auf den Aussagen von maximal n=51 Befragten, da eine Person nur den ersten Teil des Interviews mit durchgeführt hatte. Es handelte sich um einen türkischen Patienten, der zwar schon seit etwa drei Jahrzehnten in Deutschland lebte, mit dem aber dennoch deutliche Verständnisschwierigkeiten vorlagen. Er hatte den Fragebogen nur mit Hilfe seiner Tochter ausfüllen können. Das Interview selber wurde sowohl aus zeitlichen als auch Verständigungsgründen abgebrochen, nachdem die Angaben aus dem allgemeinen Teil vorgelegen hatten.

Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands

Ebenso wie im Fragebogen der Fachklinik Aukrug wurden die Patienten gebeten, ihren eigenen Gesundheitszustand anzugeben, allerdings nicht auf einer visuellen Analogskala mit verbalen und numerischen Verankerungen (vgl. Abb. 17), sondern mit einem Fragebogenitem (Abb. 22).

1. Wie würden Sie im großen und ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist zur Zeit
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| gut..... | <input type="checkbox"/> |
| zufriedenstellend | <input type="checkbox"/> |
| weniger gut | <input type="checkbox"/> |
| schlecht..... | <input type="checkbox"/> |

Abb. 22: Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz

Achtunzwanzig Befragte haben angegeben, mit dieser Frage (eher) gut zurecht gekommen zu sein, für zehn Befragte war sie (eher) schwer zu beantworten. Probleme gab es primär mit den Inhalten der verbalen Verankerung, insbesondere mit der Differenzierung zwischen „zufriedenstellend“ und „weniger gut“. Z.T. wurde das Spannungsfeld zwischen subjektiver und vermeintlich objektiver Beurteilung des Gesundheitszustands deutlich; es war die Sorge zu vernehmen, den eigenen Gesundheitszustand nicht angemessen einschätzen zu können: *„Zufriedenstellend für wen? Für mich nicht? Bestimmt geht es anderen Menschen noch schlechter, dann kann ich ja nicht schlecht ankreuzen“*. Eine Person beschrieb die Schwierigkeit, unterschiedlich bewertete Aspekte der Gesundheit in einem Urteil zu integrieren: *„zwischen 3 [zufriedenstellend] und 4 [weniger gut], ist schon etwas schwer gefallen, körperlich wäre ich eher 2-3, nur psychisch eher 4“*.

Welche Vorstellungen von Gesundheit haben die Patienten genannt? Ein eher kleinerer Teil der Patienten gab ausschließlich körperbezogene Vorstellungen von Gesundheit an (n=8; 16%), dazu gehörten die eigene Erkrankung bzw. weniger Schmerzen zu erfahren. Fünf weitere Personen (10%) haben zusätzlich zu rein körperbezogenen Vorstellungen im weiteren Sinne die eigene Funktionstüchtigkeit (z.B. „körperliche Fitness“, „arbeitsfähig“) als Teil der eigenen Gesundheit genannt. Körperliche und psychische bzw. eher unspezifische Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens (z.B. „Allgemeinbefinden“) wurden von fünf Personen genannt (10%). Vier Personen (8%) haben ausschließlich Aspekte der Funktionstüchtigkeit genannt. Andere einzelne Aussagen beinhalteten Kombinationen aus psychischen Aspekten, Allgemeinbefinden und auch Funktionstüchtigkeit.

Die folgende Abb. 18 zeigt, ob diese Vorstellungen eher positiv ausgedrückt wurden, d.h. ob ein positives Gut beschrieben wurde (z.B. fit sein, Wohlbefinden), oder ob Gesundheit das Fehlen einer oder mehrere negativen Eigenschaften definiert wurde (z.B. keine Schmerzen haben), bzw. die Kombination aus beiden Valenzen. Im Gegensatz zur Analyse der Interviews aus der Fachklinik Aukrug zeigte sich bei den entsprechend auswertbaren Aussagen ein deutlich höherer Anteil von Patienten, die sowohl positive als auch negative Aspekte von Gesundheit bei der Beantwortung dieser Frage thematisiert hatten.

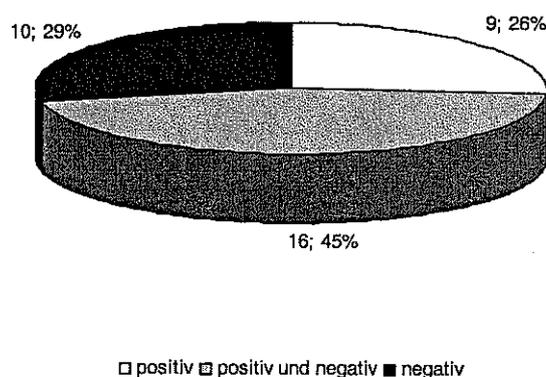


Abb. 23: Positiv formulierte Vorstellungen über Gesundheit (z.B. Fit sein), negativ formulierte (z.B. keine Schmerzen haben), sowie die Kombination aus positiven und negativen Formulierungen (n und gültige Prozent; keine entsprechend zuordenbare Aussagen von n=16 Patienten)

Auch diese Patienten wurden um eine Einschätzung gebeten, ob und in welcher Form sich ihr Gesundheitszustand seit dem Ausfüllen des Fragebogens verändert hat. Drei Viertel der Befragten mit eindeutigen Angaben (n=31/41; 76%) gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verändert habe. Jeweils fünf Befragte gaben (eher) eine

Verschlechterung bzw. Verbesserung ihres Gesundheitszustandes an (unklare oder fehlende Antworten bei n=11 Befragten).

„Lebensgewohnheiten“: Angabe von Alkohol- und Zigarettenkonsum

Unter dem Begriff „Lebensgewohnheiten“ wurden die Patienten nach ihrem Alkohol- und Nikotinkonsum befragt. Die Art der Befragung zeigt die folgende Abb. 24. Im Interview wurde ebenfalls nach dem Alkohol- und Nikotinkonsum gefragt, so dass beide Angaben einander gegenübergestellt werden können. Beide Formen der Befragung sind natürlich nicht frei von verschiedenen Biases, insbesondere der sozialen Erwünschtheit.

Bei der Exploration des Alkoholkonsums wurde nach den ersten Befragungen nicht mehr die Frage G4 *Trinken Sie regelmäßig Alkohol?* verwendet, da der Begriff Alkohol bei einigen Befragte ausschließlich mit höher-prozentigen Getränken (Schnaps bzw. Spirituosen) in Verbindung gebracht wurde, nicht jedoch Bier- oder Weinkonsum.

Lebensgewohnheiten			
Wie häufig nehmen Sie im Durchschnitt nachfolgende Getränke zu sich?			
Spirituosen	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter
Wein	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter
Bier	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter
Kein Alkohol mehr seit	_____		
Entziehungsbehandlung	[1] nein	[2] ja - wann?	_____
Rauchen Sie?			
	[1] nein	[2] nicht mehr seit: _____	[3] ja
Wieviel rauchen Sie pro Tag?			
Zigaretten:	[1] bis 10	[2] bis 20	[3] über 20
Zigarren:	[1] bis 10	[2] bis 20	[3] über 20

Abb. 24: Erfassung von Alkohol- und Nikotinkonsum im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz

Tab. 13 fasst die Ergebnisse der Befragung aus dem Interview zum Alkoholkonsum zusammen. 38% der Befragten geben an, mindestens einmal pro Woche alkoholische Getränke zu konsumieren, 16% (fast) täglich, bei mindestens zwei Personen ist von übermäßigem Alkoholkonsum auszugehen. Inwieweit es sich hierbei um realistische Daten handelt, ist nur vor dem Hintergrund fundierter Prävalenzschätzungen aus dem Bereich

stationärer Rehabilitation in Deutschland möglich. Entsprechende Studien liegen u.W. allerdings nicht vor.

Tab. 13: Beurteilung des Alkoholkonsums durch den Interviewer auf der Grundlage der Patientenangaben

		Häufigkeit	Gültige Prozenzte*)
Gültig	kein Alkohol	6	12%
	sehr selten (z.B. Silvester)	6	12%
	nur bei Gelegenheiten (Feiern etc.)	4	8%
	auch im Alltag, weniger als 1 mal pro Woche	14	29%
	im Alltag, mind. 1 mal pro Woche, noch nicht (fast) täglich	11	22%
	im Alltag, (fast) täglich	6	12%
	übermäßiger Konsum (>2 Gläser Wein od. Biereinheiten pro Tag)	2	4%
Gesamt		49	99%*)
Fehlend	unklare Angabe	2	
Gesamt		51	

*) gerundete Angaben, daher Gesamt-Prozentangabe ungleich 100%

Bei der Betrachtung der Antwortkategorien zum Alkoholkonsum („nie“, „manchmal“, „öfter“) fällt die potenzielle Unbestimmtheit dieser Begrifflichkeiten ins Auge. Was bedeutet es, wenn „öfter“ angekreuzt wird, bis zu welchem Ausmaß wird die Häufigkeit des eigenen Alkoholkonsums noch mit „manchmal“ eingeschätzt? Dies wurde versucht, mit folgender Frage G5 zu eruieren: *Sie haben bei dieser Frage die Wahl zwischen „manchmal“ und „öfter“. Wie häufig müssen Sie Alkohol trinken, um angeben zu können, dass sie öfter Alkohol trinken?* Die Vorstellungen zum Begriff *öfter* variieren dabei deutlich. Tab. 14 fasst die Antworten in Anlehnung an die in Tab. 13 aufgeführten Kategorien zusammen.

Die meisten Antworten bewegen sich im Bereich von mindestens einmal pro Woche bis hin zu täglichem Konsum. Es liegen aber auch Antworten vor, die darauf hindeuten, dass mit dem Ankreuzen der Antwortkategorie „öfter“ auf jeden Fall ein übermäßiger Alkoholkonsum verbunden ist. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass „öfter“ im vorliegenden Format die „extremste“ Antwortkategorie darstellt, auf die man sich selber nur ungern einordnet. Aus subjektiver Sicht wäre demnach die mittlere Kategorie das eigene „normale“ Verhalten, „öfter“ würde mehr als der eigene Konsum bedeuten. Wenn diese Hypothese zutrifft, sollten a) nur sehr wenige Personen die Kategorie „öfters“ angegeben haben, und b) der eigene Konsum unter dem als „öfters“ angegebenen liegen.

Tab. 14: Wie häufig müssen Sie Alkohol trinken, um angeben zu können, dass sie öfter Alkohol trinken?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	auch im Alltag, weniger als 1 mal wöchentlich	1	2
	im Alltag, mind. 1 mal wöchentlich, noch nicht (fast) täglich	10	20
	im Alltag, fast täglich	9	18
	täglich	18	36
	2-3 Wein / Bier täglich	2	4
	5-6 Wein / Bier täglich	2	4
	bis 8 Wein / Bier täglich	1	2
	schon morgens / auf der Arbeit	3	6
	Alkoholiker / wenn man das braucht	2	4
	richtig betrinken (jede Woche bzw. jeden Monat)	2	4
	Gesamt	50	100
Fehlend	System	1	
Gesamt		51	

Wie in Abb. 25 dargestellt, geben die allermeisten Patienten entweder an „nie“ oder „manchmal“ Spirituosen, Wein oder Bier zu konsumieren, was Vermutung a) bestätigen würde. Zudem waren nur bei drei Befragten die Vorstellungen, was „öfteren“ Konsum ausmacht, nicht eindeutig höher als die Angaben über den eigenen Konsum, was Vermutung b) bestätigen würde. Vor diesem Hintergrund könnte der Vorstellung darüber, was „öfteren“ Alkoholkonsum ausmacht, einen diagnostischen Wert bei übermäßig hohen Angaben zum Konsum zukommen. Dies ist jedoch mit den vorliegenden Daten nicht zu klären.

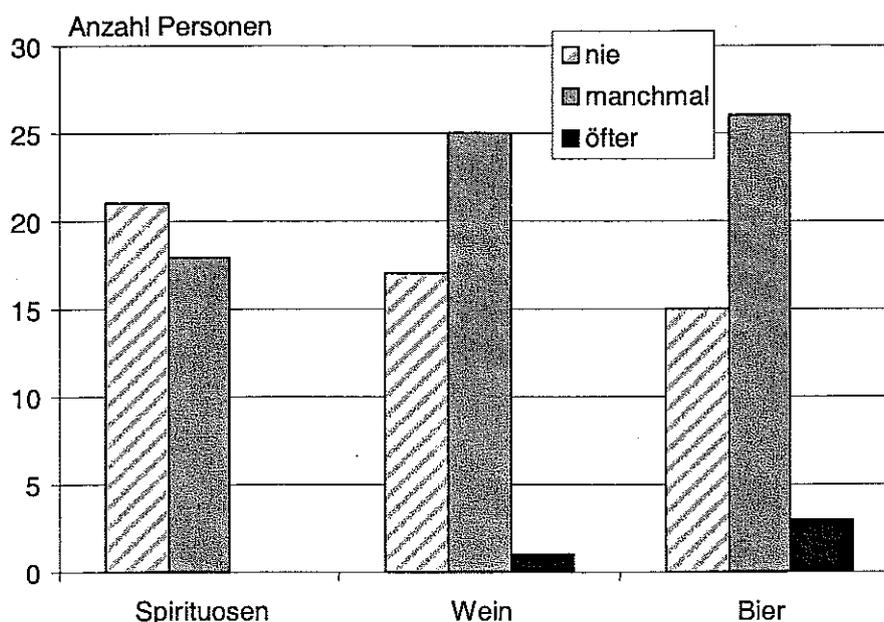


Abb. 25: Alkoholkonsum, wie er von den Patienten im Fragebogen vor Beginn der Rehabilitation angegeben wurde

Die Übereinstimmung zwischen den Angaben aus dem Fragebogen vor der Rehabilitation mit den Angaben aus dem Interview fasst Tab. 15 zusammen. Das Ausmaß des Zusammenhangs beider Beurteilungen beträgt $\gamma=0.89$ ($p<.001$)⁶. Personen, die die mittlere „manchmal“-Kategorie im Fragebogen angekreuzt hatten, haben im Interview Angaben zu ihrem Trinkverhalten gemacht, die von „kein Alkohol“ bis „übermäßiger Konsum“ reichten. Es zeigt sich ebenfalls, dass ein „nie“ im Fragebogen nicht unbedingt eine komplette Abstinenz beinhalten muss, sondern dass auch Gelegenheitskonsumenten „nie“ angekreuzt haben, weil ihnen die mittlere Kategorie als zu stark vorkam: *„früher nur Bier und reichlich [Bier], seit Krankheit nur mal Radler in Gesellschaft; alles andere als ‚nie‘ wäre Unfug“*; *„seit 10 Jahren nicht mehr, früher viel getrunken, heute bei Geburtstagen und Silvester 1 Glas Sekt; was soll ich für ein Kreuz machen, wenn ich 1-2 mal pro Jahr Sekt trinke“*. Zwei von denjenigen, die im Fragebogen „nie“ angekreuzt haben, gaben im Interview an, „manchmal“ angekreuzt zu haben. Auch die Angaben derjenigen vier Personen, die „öfter“ angekreuzt haben, variieren über durchaus inhaltlich passende Kategorien.

Tab. 15: Einschätzung der Häufigkeit des Konsums von alkoholischen Getränken: Vergleich der Angaben im Fragebogen vor Rehabilitation mit Angaben im Interview

Interview	Fragebogen ^{*)}			Gesamt
	nie	manchmal	öfter	
kein Alkohol	3	3	0	6
sehr selten (z.B. Silvester)	4	2	0	6
nur bei Gelegenheiten (Feiern etc.)	2	1	0	3
auch im Alltag, weniger als 1 mal pro Woche	1	13	0	14
im Alltag, mindestens 1 mal pro Woche, noch nicht (fast) täglich	0	10	1	11
im Alltag, (fast) täglich	0	4	2	6
übermäßiger Konsum (>2 Gläser Wein oder Bier täglich)	0	1	1	2
Gesamt	10	34	4	48

^{*)} maximaler Wert aus den Angaben zum Konsum von Spirituosen, Bier und Wein

Insgesamt wurde deutlich, dass die vorhandene Kategorisierung der Antworten keinen Anspruch haben kann, substanzielle Informationen über den Alkoholkonsum der Befragten zu erhalten. Insbesondere die Bedeutung der Antwortkategorie „manchmal“ ist völlig uneindeutig, aber auch „nie“ erlaubt keine zufrieden stellenden Aussagen. Der hohe monotone Zusammenhang zwischen den Angaben im Interview und im Fragebogen verweist allerdings darauf, dass auf Gruppenebene insbesondere extrem unplausible Kombinationen in keiner Weise vorkommen.

⁶ Gamma als Koeffizient für das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen zwei qualitativen Variablen mit geordneten Kategorien

Der aus dem Interview erfragte Raucherstatus findet sich in Tab. 16. Insgesamt haben n=17 Personen angegeben, aktuell noch zu rauchen.

Tab. 16: Raucherstatus (Angaben aus dem Interview)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Nichtraucher	24	48
	vor längerer Zeit aufgehört (>1Jahr)	6	12
	vor längerer Zeit aufgehört (<1Jahr)	3	6
	bis 10 Zigaretten pro Tag	8	16
	11-20 Zigaretten pro Tag	5	10
	> 20 Zigaretten pro Tag	4	8
Gesamt		50	100
Fehlend	System	1	
Gesamt		51	

In Tab. 17 findet sich die Gegenüberstellung der Angaben im Interview mit denen aus den Fragebögen. Eine exakte Übereinstimmung der Angaben zeigte sich nur in 7 von 18 Fällen (39%). Drei Befragte haben im Fragebogen einen höheren Zigarettenkonsum angegeben, vier einen geringeren. Eine Person hatte in der Zwischenzeit mit dem Rauchen aufgehört. Drei weitere Personen haben **keine** Angaben zu ihrem Rauchverhalten im Fragebogen gemacht. Bei allen drei Personen fiel ein zeitlich deutlich variierender Nikotinkonsum auf, den sie durch die vorliegende Form der Erfassung offensichtlich nicht angemessen darstellen konnten: „*Gelegenheitsraucher, z. Zt. gar nicht, wenn Besuch kommt, nicht täglich*“; „*mal gar nicht, mal eine, kann 4 Wochen ohne Rauchen [auskommen], aber auch mal 15 pro Tag*“; „*eigentlich nicht und dann doch 3-4 Zigaretten pro Tag, gibt Tage, wo ich nicht rauche*“.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit der vorliegenden Form der Erfassung des Rauchverhaltens diejenigen identifiziert werden, die täglich Rauchen, wenn auch die Angabe der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag eher unzuverlässig ist. Problematisch erscheint die Erfassung von Personen, die nicht täglich zur Zigarette greifen, und die möglicherweise durch die Angabe „pro Tag“ ihr Rauchverhalten nicht angemessen in den Antwortkategorien wieder finden.

Tab. 17: Angabe der durchschnittlich gerauchten Zigaretten pro Tag: Interview vs. Fragebogen vor der Rehabilitation

		Fragebogen vor Reha				Gesamt
		bis 10	bis 20	>20	nicht ausgefüllt	
Interview	bis 10 Zigaretten	3	2			5
	bis 20 Zigaretten	1	3	1		5
	> 20 Zigaretten	1	2	1		4
	vor längerer Zeit aufgehört (<1Jahr) zeitlich stark variierendes Rauchverhalten*)			1	3	4
Gesamt		5	7	3	3	18

*) vgl. Text für zugrunde liegende Zitate

Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Die Mehrheit der Befragten hat bei dem Begriff „Leistungsfähigkeit“ nicht nur an die berufliche Leistungsfähigkeit gedacht (n=13, 25%), sondern zusätzlich auch an Aspekte des Alltagslebens (Familie, Freizeit) (n=20, 39%). Im Gegensatz zum Begriff „Gesundheit“ ist der Begriff „Leistungsfähigkeit“ mehr mit körperlichen Aspekten assoziiert als mit psychischer oder geistiger Funktion.

Bei dieser Frage war der Anteil derjenigen, denen die Beantwortung dieser Frage (eher) schwer gefallen war, mit einem Drittel aller Befragten vergleichsweise hoch (n=17, 33%), und nur ein weiteres Drittel der Befragten gab an, keine Schwierigkeiten in der Beantwortung gehabt zu haben (n=18, 35%). Die Schwierigkeiten lagen u.a. darin, dass die Bedeutung der Antwortkategorie „völlig beeinträchtigt“ nicht allen Befragten klar war, ebenso wie der Begriff „Leistungsfähigkeit“: „*War das körperlich gemeint oder geistig? Ich muss ihnen ehrlich sagen, ich habe einfach was angekreuzt: goldene Mitte.*“ Diese Strategie, aus Unsicherheit die Mitte zu wählen, haben mindestens vier der Befragten angewendet. Um einen inhaltlichen Sinn aus den Zahlen machen zu können, haben mindestens drei der Befragten die Zahlen dieser Antwortskala als Prozentzahlen interpretiert: „*habe mich wegen 50%-Behinderung auf der Mitte eingeordnet*“. Auch die zeitliche Variation der eigenen Leistungsfähigkeit bereitete im Einzelfall Schwierigkeiten („*ist bei den Tagen verschieden; von 0 auf 100, z.B. Garten umgraben [und am nächsten Tag nichts mehr machen können]*“). Eine Person war irritiert über die negative Formulierung der Frage (*Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit*).

Unter einer „völlig beeinträchtigten“ Leistungsfähigkeit haben die Befragten in erster Linie den Pflegefall bzw. Bettlägrigkeit verstanden (n=13, 25%), bzw. die eingeschränkte Möglichkeit, sich bewegen zu können (n=11, 22%). Dreizehn Personen haben es etwas allgemeiner als den Zustand beschrieben „*wenn man nichts mehr machen kann*“. Für fünf Personen bedeutete dies explizit, die Arbeit nicht mehr ausführen zu können. Neben weiteren einzelnen Aspekten wurde auch das Gefühl der Hilflosigkeit (n=6, 12%) sowie der psychischen Überforderung / Verzweiflung (n=5, 10%) mit völliger Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in Zusammenhang gebracht: „*ausflippen, keinen klaren Gedanken fassen*“.

Die genannten Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Frage scheinen sich in den Fragebogendaten abzubilden, die im Folgenden aufgeführt werden. Da ebenso eine ähnliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Seiten der Ärztinnen und Ärzte vorliegt, sollen diese beiden Einschätzungen einander gegenübergestellt werden.

Die Verteilung der Angaben zur eigenen Leistungsfähigkeit auf einer numerischen Antwortskala von 0 bis 10 zeigt Abb. 26. Zum einen schätzt sich - wie zu erwarten war - eine Mehrzahl der Befragten als über ein mittleres Niveau hinaus beeinträchtigt ein. Zwei Gipfel kennzeichnen die Verteilung: zum einen wurde die mittlere Antwortkategorie „5“, sowie auch die „8“ zwischen der Mittelkategorie und der mit „völlig beeinträchtigt“ gekennzeichneten „10“ am häufigsten ausgewählt. Der Median dieser Verteilung liegt bei 6, mit den weiteren Quadrilen 5 (25%) und 8 (75%), der Mittelwert beträgt 6,3.

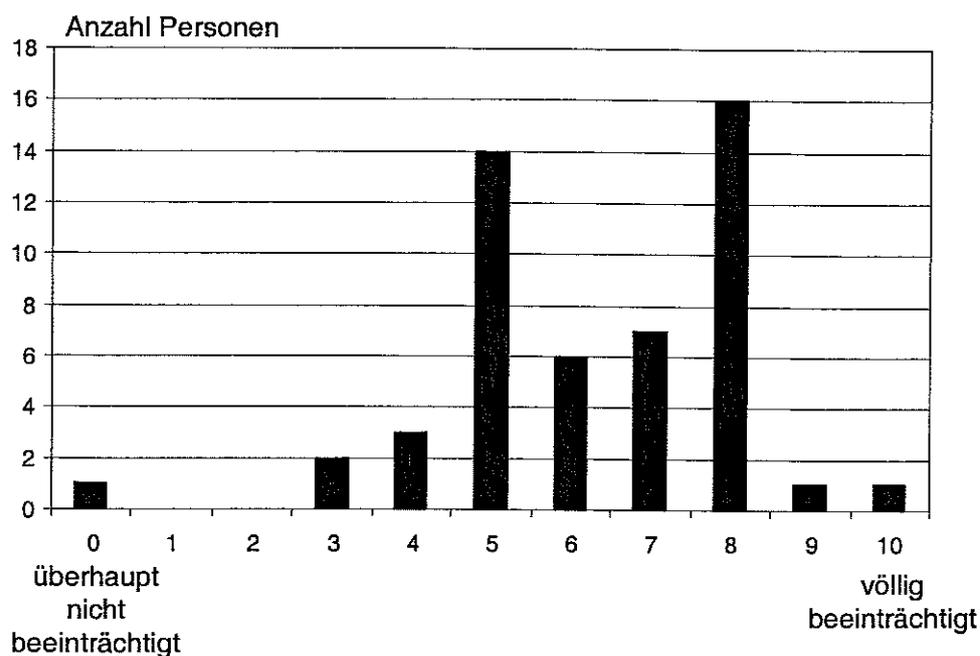


Abb. 26: Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit von 0 (überhaupt nicht beeinträchtigt) bis 10 (völlig beeinträchtigt) im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz: Verteilung der Antworten

Abb. 27 stellt diesen Selbstbeurteilungen die Beurteilungen der Ärztinnen und Ärzte gegenüber, die auf einer ähnlichen Antwortskala (allerdings beginnend nicht mit der 0, sondern mit der 1) eine deutliche Verschiebung zum Pol der geringeren Beeinträchtigung aufzeigt (Median=4, Quartile 3 und 7, Mittelwert=4,8). Die tatsächliche Übereinstimmung auf individueller Ebene ist gering ($\gamma = 0,16$, $p = 0,235$), sie ist in Tab. 18 zusammengefasst.

Es ist zu vermuten, dass das von den Patienten im Mittel angegebene höhere Niveau im der Leistungsbeeinträchtigung im Vergleich zu den Ärzten durch unterschiedliche soziale Referenzgruppen bedingt ist. Während die Ärztinnen und Ärzte umfangreiche Erfahrungen mit Menschen haben, die auf dem oberen Spektrum der völligen Beeinträchtigung liegen, haben die Patienten diese Erfahrungsbreite zumeist nicht aufzuweisen.

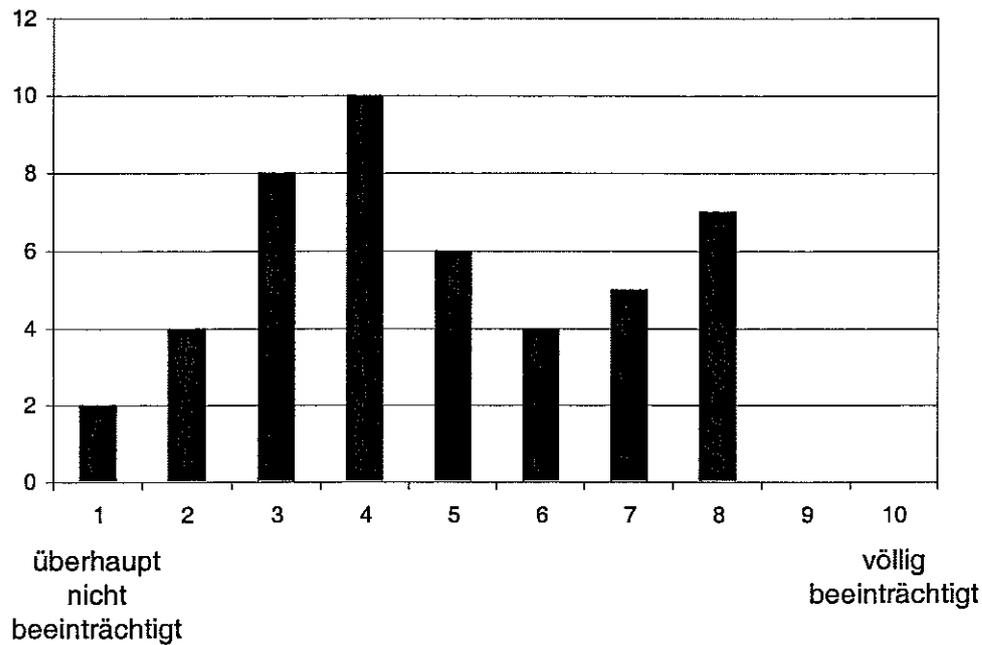


Abb. 27: Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den Arzt / die Ärztin von 1 (überhaupt nicht beeinträchtigt) bis 10 (völlig beeinträchtigt): Verteilung der Antworten

Tab. 18: Vergleich der Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit durch den Patienten und durch den/die Arzt/Ärztin (Anzahl von Personen)

		Ärztliche Beurteilung (Skala 1-10)										Gesamt	
		überhaupt nicht beeinträchtigt					völlig beeinträchtigt						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Beurteilung durch Patienten (Skala von 0-10)	überhaupt nicht beeinträchtigt	0	1										1
		1											0
		2											0
		3	1			1							2
		4			2			1					3
		5		1	3	3	1	1	2	2			13
		6	1		1		1	1		1			5
		7			3	2	1			1			7
	völlig beeinträchtigt	8		2	1	3	1	2	2	2			13
		9								1			1
		10					1						1
Gesamt		2	4	8	10	6	4	5	7	0	0	46	

Auffällig ist die starke Schwankungsbreite der Arztratings, z.B. bei den mittleren Beurteilungen durch die Patienten, bei denen die Arztratings von 2 bis 8 schwanken, gleiches gilt für die Patienten mit „8er“-Rating.

Schmerzen: Lokalisation und Intensität

Zu Beginn der Befragung zu den Angaben von Schmerzen wurden die Patienten gebeten anzugeben, ob sie überhaupt Schmerzen haben und ob diese sich ggf. seit dem Ausfüllen des Fragebogens zu Hause verändert haben. Für über drei Viertel der Befragten mit Angaben zu möglichen Veränderungen der Schmerzen blieben die Schmerzen weitestgehend konstant (n=29 von 38, 76%). Für n=5 (13%) haben sich die Schmerzen (eher) verschlechtert, für eine Person verbessert. Drei weitere Personen (8%) gaben eine zu große zeitliche Variation ihrer Schmerzen an, um diese Frage eindeutig zu beantworten.

Die letzte inhaltliche Frage des Fragebogens bezog sich auf die Beurteilung der Schmerzintensität. Auch hier ist der Anteil der Personen, die mit der Beantwortung der Frage Schwierigkeiten hatten, mit n=14 vergleichsweise hoch. Zu den Problemen gehörten u.a. die Relativität der Angaben, die bei der Beurteilung von Schmerzen von einem gefordert würde („jeder hat ein anderes Schmerzempfinden, da ist der Patient gar nicht in der Lage, das realistisch einzuschätzen“), die zeitliche Variabilität der Schmerzen („Schmerzen sind nicht gleich, mal stark, mal fast keine; wieder mit ‚Goldener Mitte‘ beantwortet“) und dem damit zusammenhängenden Wunsch, anstelle eines Durchschnittswertes lieber eine Spanne angeben zu dürfen. Eine Tendenz zur mittleren Antwort zeigte sich im Interview bei n=7 Personen. Auch die Verteilung der Antworten über die Probanden hinweg scheint für eine solche Antworttendenz bei einigen Befragten zu sprechen (Abb. 28; offensichtlich diente bei der vorliegenden Skala ohne ganzzahliges theoretisches Mittel die Fünf als mittlerer Wert). Als Strategien im Umgang mit der vorliegenden Antwortskala wurde sowohl eine erste Orientierung an den Extrema genannt, um im zweiten Schritt den eigenen Zustand einzuordnen, oder es wurde die Mitte als Ausgangspunkt gewählt, um die eigene als überdurchschnittlich empfundene Schmerzintensität einordnen zu können.

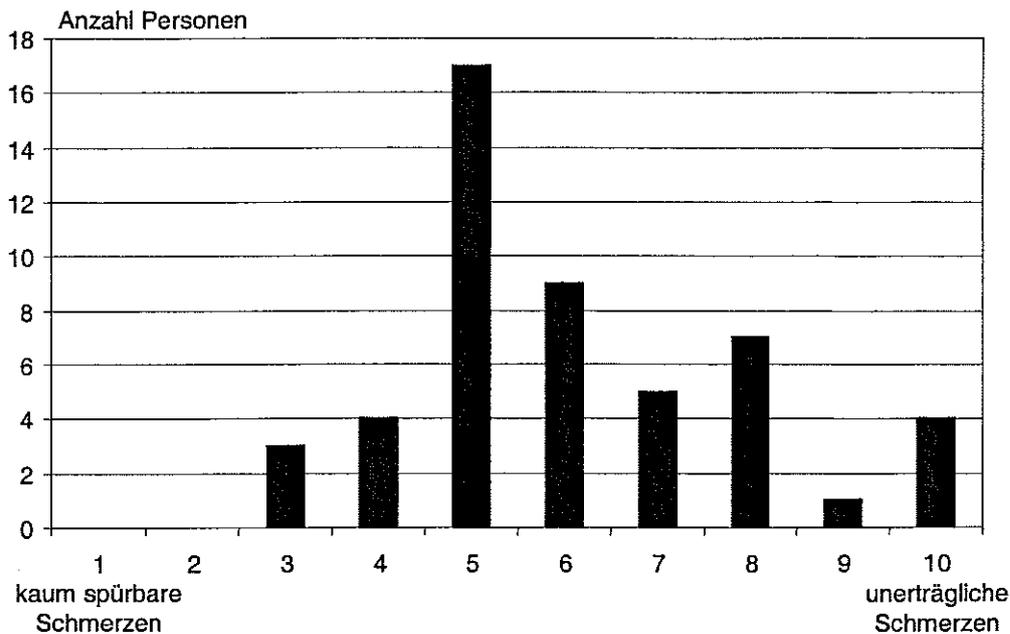


Abb. 28: Beurteilung der Schmerzintensität von 1 (kaum spürbare Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz: Verteilung der Antworten

Um weitere Hinweise dafür zu erhalten, wie die Patienten eine Verortung auf der Antwortskala von 1 bis 10 vornehmen, wurden die Betroffenen danach gefragt, an was sie bei dem Begriff „unerträgliche Schmerzen“ gedacht hätten (Frage G17). Eine wichtige Komponente bei der Definition von unerträglichen Schmerzen war die Notwendigkeit der Einnahme von schmerzstillenden Medikamenten ($n=13$, 26%): „wenn man Morphium kriegt, es sonst nicht aushalten kann“; „unerträglich? Muss man schon mit Tabletten behandeln“. Für andere ist insbesondere der Aspekt psychischer Überlastung (Weinen müssen, Angstzustände, Selbstmordgedanken) mit entscheidend ($n=11$, 22%): „manchmal kann ich mich in die Ecke setzen und heulen und kippe Medikamente in mich rein“; „dass einem schon die Tränen kommen, Angstzustände bekommen“; „am liebsten aus dem Fenster springen, Bein abschneiden und in die Ecke stellen“. Wie schon einige Zitate nahe legen, denken einige Patienten bei „unerträglichen Schmerzen“ an erster Stelle an die eigene Erkrankung bzw. an eigene Erfahrungen ($n=10$, 20%): „wünsche mir manchmal, dass die anderen meine Schmerzen spüren würden“; „nach Fuß-OP, als Betäubung nachgelassen hat“. Andere wiederum verweisen auf außergewöhnliche Extremsituationen, insbesondere wenn das Bewusstsein dafür da ist, dass es immer noch schlimmer kommen könnte als man es selber erlebt hat ($n=12$; 24%): „im Busch mit Bein ab“; „als Kind Arm eingerenkt ohne Betäubung“. Sieben Personen verweisen auf Bewegungsunfähigkeit als wichtigen Bestandteil von unerträglichen Schmerzen („nicht mehr drehen können, nicht mehr aus dem

Bett kommen, auf Hilfe angewiesen sein“), fünf Personen haben Zahnschmerzen zur Beschreibung herangezogen.

Die weiteren Instrumente des Fragebogens des Klinikums Holsteinische Schweiz

Wie schon in der Analyse der Interviews zur Fachklinik Aukrug dargestellt, basiert nur ein Teil der Darstellungen auf einer gezielten Exploration anhand von a priori spezifizierten Fragen. Der Fragebogen wurde im Interview zusammen mit den Befragten Seite für Seite durchgegangen. Der Interviewer hat dabei jede Seite inhaltlich eingeführt, z.B. mit den Worten „Auf dieser Seite wurden Sie gebeten Angaben über ihr seelisches Befinden zu machen“, gefolgt von einem oder mehreren Sätze, die einen Beurteilungsprozess initiieren sollten, z.B. „Gab es für Sie Unklarheiten / Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieser Seite?“, „Haben Sie sich über bestimmte Fragen gewundert? geärgert?“. Die Antworten zu den einzelnen Fragebögen wurden ebenfalls stichwortartig protokolliert, allerdings nicht mehr einer quantifizierenden Inhaltsanalyse unterzogen.

Allgemeine Anmerkung⁷: Ein zentrales Problem beim Einsatz der meisten Fragebögen liegt in der möglichen zeitlichen Variation der Beschwerden. Insbesondere einige Rückenschmerzpatienten berichten von Phasen extremer Belastung bis hin zu Beschwerdefreiheit. Die Befragten wissen dann nicht, auf welchen Zustand sie sich beziehen sollen. Sie stehen bei aktueller Beschwerdefreiheit bzw. vergleichsweise geringen Beschwerden vor dem Konflikt, entweder ihren jetzigen Zustand anzugeben und damit letztlich einen falschen Eindruck zu erwecken, da ihr Zustand unter den Beschwerden – wegen derer sie den Rehaaufenthalt durchführen – ein gänzlich anderer ist. Oder die Patienten müssen Beschwerden angeben, die sie zum Zeitpunkt der Erhebung gar nicht haben. Diese Personen stehen somit vor dem grundsätzlichen Problem, dass sie ihr Krankheitsbild mit Hilfe des Instruments nicht angemessen darstellen können.

Fragen zu Krankheiten in der Familie

Die Fragen zu „Krankheiten in der Familie“ leiden offensichtlich an einer unklaren Instruktion sowie fehlender Erklärung für den Grund der Erhebung. Vielen Befragten war nicht klar, wer als „Mitglied Ihrer Familie“ zu zählen sei, welcher Verwandtschaftsgrad noch relevant sei: nur die Eltern? Auch der Ehepartner? Sollen auch Angaben über die Großeltern gemacht werden? Über Geschwister? Über die Tante, die an Krebs gestorben ist? Z.T. haben die

⁷ entspricht den allgemeinen Anmerkungen zu den Fragebögen der Fachklinik Aukrug

Patienten an dieser Stelle schon ihre eigenen Erkrankungen eingetragen (es geht ja um ihre Rehabilitation). Auch die zeitliche Dimension verblieb unklar. So hat ein Patient nur Angaben gemacht, die seiner Meinung nach in Zusammenhang mit seiner aktuellen Erkrankung standen, wegen der er zur Reha gekommen sei. Je nach Ausmaß der Vorgeschichte, der zeitlichen Dimension oder einem engeren oder weiteren Verständnis von Familienmitgliedern haben die Befragten z.T. große Mühe gehabt, diese Informationen zusammenzustellen. Die Befragten sagen selber, dass die Güte der Information nicht optimal sein dürfte: „wenn meine Frau das ausfüllen würde, käme da schon was anderes bei rum“. Möglicherweise führte auch der Aufwand bei der Beantwortung dieser Frage dazu, ihre Sinnhaftigkeit in Frage zu stellen, da „der Dr. sowieso in meine Akte reingucken“ wird. Fehlendes Verständnis für den Hintergrund dieser Frage zeigt sich auch in den folgenden Zitaten: „es geht ja um mich, warum fragen die, was meine Familie hat?“ „Selbstmord in der Familie hat nichts mit meinem Rückenleiden zu tun“. Als Konsequenz haben einige Befragte diesen Teil nicht ausgefüllt.

Anamnestiche Daten

Den inhaltlichen Sprung von den „Krankheiten in der Familie“ zur „Früheren Vorgeschichte“ des Patienten haben einige Befragte nicht nachvollzogen, d.h. dass in einem Fall die früheren Krankenhausaufenthalte auf die Familienmitglieder bezogen wurden, einer weiteren Person war unklar, auf wen sich diese Angaben beziehen sollten. Ein Patient hat selber klar selektiert, welche Informationen aus seiner Vorgeschichte relevant seien und welche nicht, und bspw. nur Dinge aufgeführt, die sich innerhalb der letzten 2 Jahre ereignet hatten; eine andere Person hat nur Dinge aufgeführt, die ihrer Meinung nach in Zusammenhang mit ihrer aktuellen Erkrankung standen, aber z.B. nicht ein Krankenhausaufenthalt wegen einer Nierenkolik.

Früher durchgemachte Krankheiten, die nicht im Krankenhaus behandelt worden sind: hier haben sich einige Betroffene die Frage gestellt, welche Krankheiten aufgeführt werden sollen, welche relevant sind: auch „*Erkältungen*“ und „*Grippe*“, „*normale Krankheiten*“ wie „*Mumps*“, „*Mandelentzündung*“, „*Kinderkrankheiten*“, was ist mit der „*Gehirnerschütterung vor 40 Jahren*“ oder der nicht mehr als behandlungsrelevant eingestuften „*Schrumpfnieren*“?

Ein vergleichbares Problem ergab sich beim Punkt *Erlebte Unfälle*: Sollte der verknickste Fuß aufgeführt werden? Sollen Autounfälle aufgeführt werden? Was ist mit „*normalen Unfällen auf der Baustelle*“. Ein Missverständnis hat sich aus der Formulierung erlebte Unfälle ergeben: „*Ob ich einen Unfall gesehen habe?*“ Diese Person schlug als alternative Frage vor: „*Hatten Sie einen schweren Unfall...*“.

Ein Patient hat nach eigenen Angaben aufgrund von schlechten Erfahrungen mit Ärzten seine im Interview ausgebreitete Vorgeschichte nicht im Fragebogen eingetragen („Würde mir sowieso kein Arzt glauben“).

Auf der folgenden Seite 5 des Fragebogens wurden die Patienten gefragt: „Haben Sie an einer der nachfolgend aufgelisteten Krankheiten gelitten?“ Ein Patient störte sich an der Formulierung „Haben Sie...gelitten?“, da er immer noch an bestimmten Erkrankungen leide. Ein anderer fügte konstruktiv hinzu, dass bei der Angabe der Jahreszahl ein „von- bis oder ab sinnvoll“ wäre. Ein anderer war ungehalten darüber, bei dieser Frage selber „Doktor spielen“ zu müssen.

Jetzige Beschwerden: Auf der einen Seite haben einige Patienten problematisiert, die eigenen Beschwerden selber zu formulieren (*„ist Empfindungssache, schwierig in Worte zu fassen“*), sie haben z.T. die Formulierung ihrer Beschwerden von einer anderen Person, die besser formulieren kann, vornehmen lassen. Einigen Befragten war die Differenzierung von „Krankheiten“ und „Beschwerden“ unklar (*„doppelt gemoppelt“*). Einige Befragte mit psychischen Beschwerden haben diese nicht unter diesem Punkt angegeben (*„nicht angegeben, da ich in eine orthopädische bzw. Herz-Kreislauf-Klinik komme“*).

Nur wenige Anmerkungen liegen zur sechsten Seite des Fragebogens vor („Überempfindlichkeiten“ und frauenspezifische „Spezielle Körperfunktionen“). Die Bedeutung der Erfassung von Überempfindlichkeiten / Allergien wurde von einigen Befragten positiv hervorgehoben, wobei einige angemerkt haben, dass ihnen diese nicht bekannt seien. Bei den frauenspezifischen Angaben wurde mehrmals die Frage nach dem Grund der Erfassung dieser Informationen gestellt.

Sozialversicherung

Die Fragen nach der Güte der Angaben zu der Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte krankgeschrieben war, haben sich als wenig ergiebig erwiesen. Für viele Patienten war diese Frage sehr einfach und eindeutig aufgrund ihrer Lebenssituation zu beantworten, entweder weil sie schon sehr lang krankgeschrieben waren, berentet oder als Hausfrau tätig, oder weil sie so gut wie keinen Tag bei der Arbeit gefehlt hatten. Nur in einem Fall wurde ein größeres Missverständnis offensichtlich: eine Patientin hatte diese Fragen auf den Zeitraum vor ihren Herzinfarkt bezogen.

Ansonsten gab es zu diesen beiden Seiten des Fragebogens kaum zusätzliche Angaben. Einige Befragte waren irritiert darüber, Angaben zu ihrer Rentenversicherung und Krankenversicherung machen zu sollen, da sie davon ausgingen, dass der Klinik diese Informationen sowieso schon vorliegen.

Somatisierungsskala der SCL90-R („Beschwerden“)

Zu diesem Fragebogenteil haben die Befragten sehr viele Kommentare gegeben. Ein wichtiger Kritikpunkt war die in der Instruktion vorgegebene zeitliche Referenz der letzten sieben Tage: *„Heute habe ich Kopfschmerzen, sonst aber nie: soll ich das angeben?“*; *„musste ich häufiger überlegen: hatte ich z.T. monatelang, aber nicht in den letzten sieben Tagen“*. Immer wieder spielt dabei eine zentrale Rolle, die eigene Situation nicht angemessen in den Antworten ausdrücken zu können: *„wenn ich 3 Monate Kopfschmerzen hatte, in den letzten 7 Tagen aber weniger, gibt das ein falsches Bild“*; *„Wichtig ist doch zu wissen: haben Sie das öfter?“*. Als Konsequenz daraus, oder auch ohne sich wirklich klar darüber zu sein, haben einige Befragte den Referenzzeitraum verlängert und auch Beschwerden angegeben, die sie vor diesen sieben Tagen gehabt hatten: *„kann auch jeden Tag wiederkommen“*; *„ich weiß nicht, ob ich auf die letzten 7 Tage geachtet hab, eher allgemein ausgefüllt“*.

Damit eng in Zusammenhang steht das wiederholt aufgeführte Problem der zeitlichen Variation der Beschwerden: *„schwierig, ist ja nicht jeden Tag gleich; wenn mal Kopfschmerzen, mal nicht: ein wenig angekreuzt, bei ‚ziemlich‘ hab ich mir vorgestellt, dass es regelmäßig ist“*; *„wenn ich gerade erst in den letzten 10 Minuten starke Kopfschmerzen gehabt habe, dann 4 [sehr stark] ankreuzen, aber das stimmt ja so nicht; da möchte ich größeren Zeitraum angeben: ‚ich habe häufiger Probleme mit...“*.

Verschiedene Befragte hatten Schwierigkeiten damit, eine eigene Einschätzung mit den vorgegebenen Antwortkategorien vornehmen zu müssen, sie haben die Antwortmöglichkeiten als weniger klar und relativ empfunden: *„häufig kann man das gar nicht in diesen Worten sagen“*. Dies könnte allerdings auch an der Positionierung der Somatisierungsskala im ganzen Fragebogen, d.h. nach vielen „objektiveren“, faktenbezogenen Angaben liegen. Die Unklarheit der Antwortkategorien kommt in verschiedenen Zitaten zum Ausdruck *„Wie sehr litten Sie...‘ Das ist relativ, empfindet jeder Mensch anders“*; *„da kann man alles und jedes ankreuzen“*; *„da geht es los:...was heißt ‚ein wenig‘, was ‚ziemlich‘?“*; Offensichtlich ist das Bemühen, ein Verständnis für die Antwortkategorien zu entwickeln: *„da fehlt mir manchmal eine Zwischenkategorie, z.B. Kopfschmerzen habe ich selten (1x/halben Jahr), da ist ‚ein wenig‘ zu viel“*; *„ist wieder die Frage der Definition, macht aber keine Schwierigkeit es auszufüllen, man muss es nur für sich definieren; aus 2 und 3 könnte man einen Punkt machen, würde auch reichen“*. Ein Patient sagte, er habe sich erst einmal ein *„Bild von den Kategorien entworfen“*; *„‚ziemlich‘ bedeutete schon stark; ‚sehr stark‘: dann halte ich es nicht mehr aus“*; *„‚sehr stark‘: dann bin ich bettlägerig / pflegebedürftig“*; *„‚sehr stark‘ ist, wenn man es nicht mehr ausgehalten hat“*.

Die Antworten der Patienten stehen wiederum zwischen dem Bedürfnis nach eindeutiger Abbildung der eigenen Lage und den Uneindeutigkeiten, die die Fragen und Antwortmöglichkeiten bieten: „*habe ich komplett ausgefüllt, mir war aber nicht klar, was ‚ein wenig‘, ‚ziemlich‘ und ‚sehr stark‘ bedeutet*“.

Dieses Bedürfnis nach Abbildung der eigenen Situation führte bei einer Patientin mit Herzproblemen soweit, dass sie bei „Herz- und Brustschmerzen“ „wenig“ angekreuzt hat, obwohl sie dort keine Schmerzen hat. Die Bedeutung von situativen Bedingungen für die Angaben der Beschwerden war ebenfalls nicht klar: „*z.B. habe ich Schwierigkeiten beim Atmen bei Belastung, aber nicht im Sitzen*“, sie habe daher nur ‚ein wenig‘ angegeben, aber mit dem schlechten Gefühl: „*da schreibt man sich ja gesund*“; „*Schweregefühl in den Armen oder Beinen*“: *z.B. beim Autofahren, bei manchen Sachen habe ich das, bei manchen nicht, was soll ich denn ankreuzen?*“.

Das Problem der persönlichen Relevanz der Angaben äußert sich bspw. in der Aussage eines Patienten, der diesen Fragebogenteil gar nicht erst ausgefüllt hat, denn „*das habe ich nicht*“. „*Ich konnte nicht sehr viel damit anfangen, bei mir geht's um den Rücken*.“ Eine Person hat bei jeder einzelnen Frage für sich überlegt: „*für was steht das, was wollen die wissen*“. Hier haben demnach die von den Patienten vorgestellten Intentionen der Klinik eine entscheidende Rolle beim Ausfüllen gespielt.

Ein Beispiel für die bewusste Übertreibung von Symptomen liefert ein weiteres Zitat: „*so ´ne Sache, wo ich alles höher angekreuzt habe, als wie ich es hab; ich will von Euch was; was ich habe überspitzt, nichts ‚simuliert‘*“.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass einigen Patienten der Wechsel von den eher „objektiven“ Faktenangaben zu den eher „subjektiven“ Angaben zu den Beschwerden Schwierigkeiten bereitet hat. Eine deutlichere Explikation der Antwortkategorien wäre sehr hilfreich. Ebenso muss das Problem der zeitlichen und situativen Variation der Beschwerden expliziert und ein Umgang mit diesen Problemen aufgezeigt werden.

NHP-Subskalen: Schmerzen, Energieverlust und Schlafprobleme („Alltagsprobleme“)

Freud und Leid lagen im Umgang mit diesem Fragebogenteil eng beieinander. Ein Teil der Befragten war froh über das einfache dichotome Antwortformat („*ja oder nein, da konnte man nichts falsch machen*“). Insbesondere denjenigen, die eher schneller mit der Beantwortung der Fragen fertig werden wollten, kam dieses Antwortformat entgegen, allerdings: „*wenn man anfängt darüber nachzudenken, wird es schwieriger auszufüllen*“. Auf der anderen Seite haben viele Befragte eine weitere Kategorie in der Mitte gefordert: „*hier hätte ein ‚manchmal‘ reingehört*“; „*es fehlt eine Mittelkategorie*“; „*zu pauschal gefragt*“. Die Beantwortung dieser

Fragen ging sogar mit Skrupeln einher: *„es fehlt der Graubereich, z.B. ‚Ich habe ständig Schmerzen‘, trifft so ja nicht zu, mal ja, mal nein, also eher manchmal. Ärztin hat mich dann aufgefordert, ein Kreuz [bei ‚ja‘] zu machen: Aufforderung zum Lügen“*. Was tun die Befragten, wenn sie sich nicht klar sind, was sie ankreuzen sollen? Die einen kreuzen eher „Nein“ an, obwohl ihnen einige Symptome vertraut sind, andere eher „Ja“: *„Problem, wenn Schmerzen mal da sind und mal nicht da sind“*; *„da habe ich auch ‚ja‘ angekreuzt, wenn es manchmal war“*.

Die teilweise ähnlichen Inhalte der Items wurden ebenfalls kommentiert: *„vieles ‚doppelt gemoppelt“*; *„man muss schon genau lesen, um Unterschiede zwischen den Fragen zu erfassen“*. Eine Person kritisierte die unklare zeitliche Referenz in der Instruktion („zur Zeit“): *„für mich ‚gestern‘ oder ‚heute“*. Es ist aufgrund der an anderer Stelle beschriebenen Problematik nur zu vermuten, dass andere Patienten diese eher offene Formulierung dafür genutzt haben, ihre Probleme nicht momentan sondern eher genereller darzustellen.

FSS: Fragebogen zu schmerzbezogenen Selbstinstruktionen („Gedanken über gesundheitliche Beschwerden“)

Je persönlicher ein Fragebogen ist, und je schwieriger er auszufüllen ist, umso ausgeprägter waren die Reaktionen auf den Fragebogen. An erster Stelle der Kritikpunkte beim Fragebogen zu schmerzbezogenen Selbstinstruktionen stand die 6-stufige Antwortskala, bei der nur die Extrema „1“ und „6“ verbal verankert und in der Instruktion erklärt waren: *„da weiß ich gar nicht, was die Zahlen in der Mitte bedeuten sollen“*; *„zu viele Antwortalternativen“*; *„was bedeutet ‚2‘ oder ‚3‘?“*; *„wäre gut gewesen, Antwortbeschreibungen zu haben“*. Der Wunsch nach eindeutigen Antwortvorgaben war wiederum unerfüllt *„was für den einen eine ‚2‘ ist für den anderen eine ‚4“*. Während die einen wiederum versuchten, die Antwortmöglichkeiten in eigene Worte zu fassen (*„wenn ich ‚6‘ ankreuze, da fang ich an zu jammern, das will ich ja nicht“*), z.B. dadurch, die Zahlen von 1-6 als Schulnoten aufzufassen, reagierten andere mit Antworttendenzen auf diese Situation: *„da ich nicht wusste, was ich ankreuzen sollte, habe ich in der Mitte angekreuzt“*.

Neben diesen methodischen Problemen haben diese Fragen aus inhaltlicher Sicht sehr divergierende Reaktionen hervorgerufen: eine Gruppe von Patienten konnte sich gut mit den Aussagen identifizieren und fand die Aussagen gut. Eine andere Gruppe kannte ebenfalls die Bedeutung dieser Gedanken, hatte aber Probleme damit, diese der Klinik mitzuteilen, u.a. aus Sorge vor den Konsequenzen: *„ich hab Angst, in eine Schublade zu kommen“*; *„Scheiße, wenn ich viel alleine bin, dann kommen solche Gedanken, komme ins Grübeln...habe mich ‚ertappt‘ gefühlt“*. Entsprechend haben zwei Befragte im Interview gesagt, diese Fragen seien *„zu persönlich“*, *„nicht für die Akten“*, von einer ehrlichen Antwort

kann entsprechend nicht ausgegangen werden: *„habe einfach was angekreuzt, nicht ehrlich“*. Aussagen wie *„Ich bin ein hoffnungsloser Fall“* empfand ein Befragter als *„unverschämft“*; *„finde ich sehr, sehr, sehr ins Persönliche, u.U. auch schon als sehr frech, da verlangt jemand von mir, dass ich ein Urteil über mich abgebe, das sehr krass ist. Als was soll ich mich darstellen, als ein hoffnungsloser Fall? Am Ende muss ich bekloppt sein, aber wenn ich gar nicht ankreuze, bin ich kerngesund.“* Die Verneinung entsprechender Gedanken über gesundheitliche Beschwerden (*„ich habe diese Probleme nicht“*) hat zumindest bei einer Person dazu geführt, dass sie diesen Fragebogenteil erst gar nicht ausgefüllt hat.

Wie ernst und bemüht die Befragten um richtige Antworten waren, verdeutlichen die folgenden Zitate: *„konnte ich überhaupt nichts mit anfangen im ersten Moment, ist manchmal frustrierend gewesen, habe ich erst umgeblättert, dann nachher noch mal bearbeitet“*; *„die Bewertung hängt sehr von der Tagesform ab; wenn es mir gut geht, würde ich es anders ausfüllen, als wenn mein Herz rast“*. Ein Befragter hatte seine Angaben noch einmal korrigiert, nachdem bei ihm eine weitere Erkrankung ausbrach und sich seine psychische Situation geändert hatte.

Eine Person beschrieb beim Ausfüllen wiederum das Gefühl, auf inhaltlich gleiche Fragen antworten zu müssen (Die Beschwerden ...machen mich fertig, ...machen mich noch verrückt, ...halte ich nicht mehr aus.).

Primärer Kritikpunkt an diesem Fragebogenteil ist die ungenügend erklärte 6-stufige Antwortskala. Inhaltlich hat diese Skala sehr unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen, die z.T. dazu geführt haben, dass einige Patienten diesen Teil gar nicht oder nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt haben.

ADS-K: Allgemeine Depressionsskala, Kurzversion („Befinden“)

Ähnlich wie bei den Fragen zu den Gedanken über gesundheitliche Beschwerden hat die Erfassung des „Befindens“ sehr geteilte Reaktionen hervorgerufen: *„ich finde es sinnvoll, da die Klinik wissen muss, ob jemand da Probleme hat, sonst kann er nicht gesund werden“*. Andere fanden die Fragen nicht für ihre Situation zutreffend: *„für normale Patienten mit Rückenschmerzen nicht angemessen“*; *„fand ich komisch, das ausfüllen zu müssen, müsste am Besten nur die Fragen ausfüllen, die für mich zutreffen“*. Wiederum andere reagieren deutlich abwertender: *„Wen geht das was an? Ist meine Privatsache, hat mit Reha nichts zu tun“*; *„also wirklich Du...sind z.T. alltägliche Dinge, die sind morgen wieder weg, geht auch niemanden was an, was für Gedanken ich habe“*. Welche Konsequenzen hatten diese Einstellungen für das Ausfüllen? Einige gaben an, dass die Probleme nicht auf die zuträfen,

und haben erst gar nichts angekreuzt. Ein anderer gab an: *„ich hätte auch ‚selten‘ angegeben, wenn ich Probleme hätte“*.

Dieser Fragebogenteil formuliert depressive Gefühle oder Kognitionen und konfrontiert einige Personen mit eigenen depressiven Anteilen: *„darf man nicht so an sich ranlassen, sonst resigniert man“*. Die Sorge als nicht normal erkannt zu werden klang bei einigen Aussagen an: *„na klar habe ich Angst, wenn ich alleine bin, kommt mir das alles in den Kopf...kennt doch sowieso jeder“*; *„andere nicht leiden können: ist doch normal“*. So ein Fragebogen sei doch *„eher für Leute mit psychischen Krankheiten“* gedacht, entsprechend wurde auch die Frage nach dem Zweck dieser Erhebung gestellt. Damit in Zusammenhang steht das Thema Ehrlichkeit: *„muss man überlegen, ob man ehrlich sein will“* [Frage Interviewer: Wem gegenüber?] *„sich selber“*; *„ich habe alles richtig angegeben, damit mir entsprechend geholfen werden kann“*.

Vermeidbare Unklarheiten hat die Instruktion und die verbale Verankerung der Antwortskalen hervorgerufen: *„Instruktion nicht besonders hilfreich, habe die Begriffe selber interpretiert“*. Zwar werden die Antwortkategorien in der Instruktion erläutert, sie erscheinen jedoch über den Antworten nur noch in Kürzeln. Aus *„selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)“* wurde so *„selten“*, was einige Befragte wiederum verwirrte. Z.B. bei folgendem Patienten: *„für mich waren ‚selten‘ und ‚manchmal‘ gleich, ‚öfter‘ und ‚meistens‘ auch ziemlich gleich“*.

Ein Befragter hat das Kürzel „ADS-K“, das in der Fußzeile abgedruckt ist, auf den Gedanken gebracht, dass dieser Fragebogen der Erfassung des Hyperaktivitätsdefizitsyndroms dient.

Die genannten Kritikpunkte sollten aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Patienten der Erfassung ihres psychischen Befindens eine wichtige Bedeutung zumaßen und auch mit dem Fragebogen selber keine größeren Probleme hatten.

FFbH-R: Funktionsfragebogen Hannover – Rückenschmerzen („Alltagstätigkeiten“)

Wie schon bei der Befragung in der Fachklinik Aukrug wurde dieser Fragebogenteil überwiegend positiv aufgenommen. Er hat einige dazu angeregt, die entsprechenden Tätigkeiten auszuprobieren. Die Rückenschmerzpatienten sahen ihre Probleme berücksichtigt: *„das habe ich ausgefüllt, das war das Wichtigste“*. Problematisch waren wiederum die zeitliche Verankerungen und zeitlich stark variierende Funktionszustände, was insbesondere für die Personen unangemessen war, die in den letzten 7 Tage keine größeren Funktionseinschränkungen erlebt hatten: *„manchmal kann ich alles ganz toll...es gibt Tage, da kann ich gar nichts davon machen“*. Diese Befragte hat den Bogen so ausgefüllt, als würde sie aktuell Rückenschmerzen haben.

Bei verschiedenen Items haben einige Befragte darauf verwiesen, dass sie diese Tätigkeit nicht mehr machen würden, z.B. sich vom Kopf bis Fuß waschen, Haare waschen im Waschbecken; ungepolsterte Stühle „*hab ich nicht mehr*“.

Probleme mit den Antwortkategorien gab es an den Punkten, wo eine Person zwar Dinge tun kann, er/sie es aber aufgrund möglicher Konsequenzen nicht sollte: „*Können kann ich das schon, muss nur danach drunter leiden*“; „*manche Sachen sollte ich nicht machen, mache ich aber trotzdem*“. Beide Personen haben in diesem Fall die mittlere Antwortkategorie verwendet. Ebenso hatte eine Person angemerkt, dass sie zwar etwas aufheben könne, aber „*nicht so wie es gefragt ist mit Runterbiegen, sondern steif mit Oberkörper*“.

Wie genau die Patienten teilweise die Fragen und ihre Antwortmöglichkeiten gelesen haben verdeutlicht dieser Hinweis. Die Antwort „nur mit fremder Hilfe“ (im Original: „Nein oder nur mit fremder Hilfe“) würde nicht zur Frage passen, ob man in der Lage wäre, 100 Meter schnell zu laufen.

ad 2: Testwiederholungs-Untersuchung, Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz

Bei den Patienten des Klinikum Holsteinische Schweiz war der Rücklauf der Retest-Bögen geringer als in der Fachklinik Aukrug, er betrug hier maximal $n=38$. Daher sind die folgenden Ergebnisse wiederum nur explorativ zu interpretieren.

Skalen: FFbH-R, ADS-K, Somatisierungsskala der SCL90-R

Tab. 19 stellt die Ergebnisse der Testwiederholungsuntersuchung zu den drei o.g. Skalen zusammen. Während für den FFbH-R sehr gute Testwiederholungswerte erzielt wurden (90% zufallsberücksichtigte Übereinstimmung der Werte), erscheint die Erfassung der Depressivität in dieser Teilstichprobe weniger stabil, mit etwa drei Viertel der Befragten mit vergleichbaren Werten von vor der Reha bis zum Beginn der Reha. Die Somatisierungsskala der SCL90-R zeigt sich in dieser Untersuchung als nicht geeignet für eine stabile Erfassung. Das könnte zum einen an der geringeren Reliabilität im Vergleich zu den anderen Skalen liegen. Allerdings ist das Verhältnis von Fehlerterm zum theoretischen Range in allen drei Skalen mit etwa 13% vergleichbar. Die theoretische Skalenvarianz wird allerdings bei der Somatisierungsskala empirisch überhaupt nicht ausgeschöpft (empirischer Maximalwert=1,58), was möglicherweise zu den vergleichsweise schlechten Übereinstimmungswerte führt. Zudem hatte die offenen Befragung insbesondere bei der Somatisierungsskala Schwierigkeiten mit der Antwortskala aufgezeigt (s.o.). Eine Erklärung

für die zum zweiten Messzeitpunkt erniedrigten Werte bei fast allen Befragten ergibt sich aus den vorliegenden Informationen nicht.

Tab. 19: Ergebnis der Test-Wiederholungs-Untersuchung: Stabilität der Antworten von t_1 (Fragebogen vor Rehabeginn) zu t_2 (Teile des Fragebogens zu Beginn der Reha)

Instrument	Theoretischer Range	n ^{a)} (t_1)	Cronbachs Alpha	Varianz	Fehlerterm ^{b)} (t_1)	Korr. t_1 mit t_2 Pearson r	Abweichung der Werte von t_1 zu t_2 (n und gültige Prozent ^{c)})		
							Keine signifikante Abweichung	Erhöhter Wert	Niedrigerer Wert
FFbH-R	0-100	51	.902	515,27	13,39	.92	34 (90%)	3 (8%)	1 (3%)
ADS-K	0-45	49	.854	67,46	6,15	.60	27 (75%)	3 (8%)	6 (17%)
Somatisierung (SCL90-R)	0-3	44	.723	0,142	0,39	.54	3 (9%)	0 (0%)	32 (91%)

^{a)} Anzahl von Personen, die alle Items des jeweiligen Instruments beantworten haben

^{b)} Fehlerterm zur Bestimmung der Konfidenzintervalls: $1,96 \times \sqrt{\text{Var}(\hat{\theta})(1 - \text{Rel}(\hat{\theta}))}$; entspricht den Wert, den die individuellen Werte der Befragten nach oben oder unter von t_1 zu t_2 abweichen und als Zufallsschwankungen auf dem 5%-Niveau interpretiert werden können

^{c)} Prozentwerte auf ganze Zahl gerundet

Frage zur allgemeinen Gesundheitsbeurteilung

Die Übereinstimmung in der Frage „Wie würden Sie im großen und ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“ (vgl. Abb. 22, S. 75) zwischen den Angaben vor der Reha und zu Beginn der Reha zeigt Tab. 20. 52% der Angaben auf dieser 5-stufigen Skala entsprachen sich, die anderen Beurteilungen waren zu etwa gleichen Teilen eine Stufe höher oder niedriger. Der zufallskorrigierte Übereinstimmungskoeffizient Kappa beträgt $K=,515$.

Tab. 20: Übereinstimmung der Angaben zur Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands vor der Reha und zu Beginn der Reha (Anzahl Personen, stark umrandete Kästchen verweisen auf absolute Übereinstimmung)

		zu Beginn der Reha					Gesamt
		sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht	
vor der Reha	sehr gut						0
	gut						0
	zufriedenstellend			8 (26%)	4 (13%)		12
	weniger gut			8 (26%)	8 (26%)	3 (10%)	19
	schlecht						0
Gesamt		0	0	16	12	3	31

Alkohol- und Nikotinkonsum („Lebensgewohnheiten“)

Die Übereinstimmungen der Angaben zum Konsum alkoholhaltiger Getränke finden sich in Tab. 21. Die Raten der absoluten Übereinstimmung mit über 80% liegen vergleichsweise hoch.

Tab. 21: Alkoholkonsum: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t₁) und zu Rehabeginn (t₂)

Übereinstimmung t ₁ und t ₂				% absolute Übereinstimmung	Cohens Kappa ^{x)}	
		t ₂				
Spirituosen		nie	manchmal	öfter	82%	.64
	nie	10	1	0		
t ₁	manchmal	3	8	0		
	öfter	0	0	0		
Wein		nie	manchmal	öfter	82%	.62
	nie	6	2	0		
t ₁	manchmal	1	12	0		
	öfter	0	1	0		
Bier		nie	manchmal	öfter	82%	.63
	nie	6	1	0		
t ₁	manchmal	2	16	1		
	öfter	0	1	1		

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Interessant sind die Angaben zum Raucherstatus. Zwei Personen divergierten in ihren Angaben, ob sie Raucher oder Nicht-Raucher seien. Während die eine Person vor der Reha angegeben hatte, Nicht-Raucher zu sein, hatte sie zu Beginn der Reha sich als Raucher definiert. Bei einer weiteren Person war dies andersherum. Wenn nur der aktuelle Raucherstatus betrachtet wird, liegt die absolute Übereinstimmungsrate bei 94%.

Bei der Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten schwankten die Angaben jedoch deutlich (vgl. Tab. 22). Allerdings basieren diese Angaben nur noch auf n=10 Personen.

Tab. 22: Nikotinkonsum: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t₁) und zu Rehabeginn (t₂)

Übereinstimmung t ₁ und t ₂				% absolute Übereinstimmung	Cohens Kappa ^{x)}		
Rauchen Sie?		t ₂			77%	.62	
		nein	nicht mehr seit...	ja			
	t ₁	nein	13	0			1
	nicht mehr seit...	5	1	0			
	ja	1	0	10			
Anzahl Zigaretten pro Tag		bis 10	bis 20	über 20	60%	.44	
	t ₁	bis 10	3	0			0
	bis 20	3	1	1			
	über 20	0	0	2			

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Schmerzen

Die Übereinstimmung der Angaben zur Lokalisation der Schmerzen mit Hilfe der Liste von 13 Items, in der die Patienten gebeten wurden anzugeben, ob sie in bestimmten Körperbereich Schmerzen verspüren (Antwortformat ja/nein), zeigt Tab. 23. Auf die Angaben der jeweiligen 4-Felder-Tafel wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Angegeben ist zusätzlich die Anzahl und der Anteil derjenigen Personen, die zu Beginn der Reha angegeben hatten, unter Schmerzen in dem jeweiligen Bereich zu leiden, von allen denjenigen, die vor der Reha schon angegeben hatten, unter diesen Schmerzen gelitten zu haben. Dieser Anteil könnte als „Sensitivität“ der Angaben vor der Reha gewertet werden, wenn die Angaben zu Beginn der Reha als Referenzstandard betrachtet werden.

Tab. 23: Lokalisation der Schmerzen: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)

	% absolute Übereinstimmung	„Sensitivität“ Personen mit Schmerzen zu t_1 , die auch zu t_2 Schmerzen angegeben haben (in %)	Cohens Kappa ^{x)}
Kopfschmerzen oder Migräne	84%	11/14 (79%)	.71
Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich	89%	1/4 (25%)	.28
Schmerzen im Nacken	89%	17/20 (85%)	.78
Schmerzen in den Schultern	78%	18/22 (82%)	.73
Rückenschmerzen	86%	27/30 (90%)	.58
Schmerzen in den Armen	83%	8/12 (67%)	.61
Schmerzen in den Händen	94%	7/9 (78%)	.84
Schmerzen im Brustkorb	89%	3/6 (50%)	.54
Bauch- oder Magenschmerzen	89%	6/9 (67%)	.68
Schmerzen in den Hüften	89%	12/15 (80%)	.77
Schmerzen im Unterleib	89%	4/5 (80%)	.60
Schmerzen in den Beinen	65%	17/24 (71%)	.24
Schmerzen in den Füßen	84%	10/15 (67%)	.65

^{x)} zufallskorrigierter Übereinstimmungskoeffizient

Die Übereinstimmung in der Angabe der **Schmerzintensität** auf der 10-stufigen Antwortskala (von 1 „kaum spürbare Schmerzen“ bis 10 „unerträgliche Schmerzen“) zeigt Tab. 24. Die maximalen Abweichungen in den Angaben liegen bei ± 3 Skalenpunkten. 57% der Befragten haben eine maximale Abweichung von einem Skalenpunkt, 95% von zwei Skalenpunkten. Die Korrelation zwischen den Werten vor und zu Beginn der Reha beträgt $r_{\text{Rho}}=.53$.

Tab. 24: Schmerzintensität: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2) (Häufigkeit der Differenzwerte $t_2 - t_1$)

Differenz $t_2 - t_1$	Häufigkeit	Gültige Prozente
-3	1	3
-2	8	22
-1	10	27
0	6	16
1	5	14
2	6	16
3	1	3
Gesamt	37	101

ad 2: Antworttendenzen

Die Anzahl der identifizierten Antworttendenzen in den jeweiligen Fragebögen und für alle auf Antworttendenzen analysierbaren Fragebögen zusammen finden sich für das Klinikum

Holsteinischen Schweiz in Tab. 25. Wiederum waren zwei Instrumente (NHP Subskalen zu Schlafproblemen, Schmerzen und Energieverlust sowie die Items zur Erfassung der Lokalisation oder Schmerzen) aufgrund ihres Antwortformates nicht dazu geeignet, die genannten Antworttendenzen zu identifizieren, mit der Ausnahme des Anteils fehlender Werte. Von n=51 Befragten lagen Fragebögen zur Auswertung vor.

Tab. 25: Häufigkeit von Antworttendenzen in den Instrumenten im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz

Fragebogen	Hinweis auf Akquieszenz („Ja-Sage Tendenz“) ^{x)}	Hinweis auf Nein-Sage Tendenz ^{x)}	Hinweis auf Tendenz zum mittleren Urteil ^{x)}	Item-Nonresponse Gesamtwert des Instruments nicht berechenbar ^{x)}	Item-Nonresponse >50%
Somatisierung SCL90-R	0/51 (0%)	5/51 (10%)	3/51 (6%) ^{o)}	0/51 (0%)	0/51 (0%)
NHP:					
Energieverlust	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	2/51 (4%)	0/51 (0%)
Schlafprobleme	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	0/51 (0%)	0/51 (0%)
Schmerzen	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	2/51 (4%)	0/51 (0%)
FSS	0/51 (0%)	12/51 (24%)	1/51 (2%) ^{o)}	0/51 (0%)	0/51 (0%)
ADS-K	0/51 (0%)	6/51 (12%)	4/51 (8%) ^{o)}	0/51 (0%)	0/51 (0%)
FFbH-R	1/51 (2%)	8/51 (16%)	3/51 (6%)	0/51 (0%)	0/51 (0%)
Schmerzitems	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	/ ^{x)}	0/51 (0%)

^{x)} Berechnung des Gesamtwertes sowie die Identifikation von Antworttendenzen basiert auf folgenden maximalen fehlenden Werten pro Instrument: FFbH-R: maximal 2 fehlende Angaben von 12 Items; ADS-K maximal 3 von 15 Items; Somatisierungsskala der SCL90-R: maximal 4 von 12 Items; NHP Energieverlust 0 von 3; NHP Schlafprobleme 1 von 5; NHP Schmerzen 1 von 8; FSS: 2 von 9 Items.

^{x)} Aufgrund der Form der Antwortskalen ist die Berechnung dieser Antworttendenzen nicht sinnvoll.

^{o)} Dieser Fragebogen haben jeweils zwei mittlere Antwortkategorien.

Es gibt keine Hinweise für Ja-Sage-Tendenzen in den vorliegenden Fragebögen. Auch die Hinweise für eine Tendenz zum mittleren Urteil liegen in allen Fragebögen unter 10%, obwohl bei fast allen Instrumenten aufgrund der geraden Zahl von Antwortkategorien zwei mittlere Kategorien bei der Berechnung zugrunde gelegt wurden. Substanzieller erscheinen die Ergebnisse zur Nein-Sage-Tendenz. Möglicherweise spiegelt sich in dem hohen Anteil von Nein-Antworten der Umstand wieder, dass alle Patienten die Fragebögen vollständig ausgefüllt hatten und somit für die Patienten ohne (Funktions-) Einschränkungen in den jeweiligen Bereichen Nein-Antworten häufiger zu erwarten sind. Auffällig erscheint allerdings der hohe Anteil von „Nein-Sagern“ im Fragebogen zu den Gedanken über gesundheitliche Beschwerden („Katastrophisieren“).

Sehr auffällig ist, dass bei den Fragebögen des Klinikums Holsteinische Schweiz so gut wie keine fehlenden Werte vorliegen. Dieses Ergebnis ist diskrepant zu den Angaben der Patienten im Interview, die z.T. angegeben hatten, verschiedene Fragebogenteile nicht ausgefüllt zu haben. Dieser Aspekt wird dadurch erklärt, dass die Patienten zu Beginn der

Reha ihren Bogen zurück erhalten, um noch fehlende Angaben zu ergänzen, die entsprechend gekennzeichnet sind.

ad 3.: Erklärung reduzierter Validität

Die geplante empirisch basierte Erklärung reduzierter Validität durch die gefundenen Hintergrundbedingungen / Gründe bzw. durch weitere Merkmale der Patienten wurde in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen. Da eher in Einzelfällen Hinweise für verschiedene Formen von Validitätseinschränkungen gefunden wurden, die genaue Zuordnung dieser Hinweise zu einzelnen Personen sich als schwierig erweist und zudem sich durch fehlende Angaben in den Arzttratings sowie den Testwiederholungen die Anzahl der fehlenden Werte in dieser multivariaten Analyse kumulieren, ist der Nutzen einer solchen Analyse unter diesen Voraussetzungen zweifelhaft. Sie würde eher geeignet erscheinen bei der Untersuchung von einzelnen Validitätseinschränkungen an größeren Stichproben.

Diskussion

Die befragten Patienten hatten das Bedürfnis, ihre Situation, ihre Beschwerden bzw. ihr Leiden in angemessener Form darzustellen. Diese Motivation war bei den allermeisten Patienten zu spüren, entsprechende Unterschiede zwischen Patienten, die aus Eigeninitiative zur Rehabilitation gekommen sind, gegenüber den von der Krankenkasse „geschickten“ Patienten waren in den Interviews nicht auszumachen. Einige Patienten haben den Fragebogen gut nutzen können, ihre eigene Situation darzustellen. Andere Patienten hatten Schwierigkeiten primär durch einzelne Formulierungen von Fragen oder Antworten. Ein erstes Resümee dieser Arbeit besteht demnach darin, dass die Fragebogen-Methode an sich geeignet ist, die Situation der Betroffenen abzubilden. Gleichzeitig wurden viele Anregungen gesammelt, wie die Form dieser Erhebung verbessert werden kann. Darüber hinaus stellt sich die in dieser Arbeit nicht thematisierte Frage, inwieweit die Fragebögen alle für die Patienten relevanten Aspekte ihrer Situation abbilden, bzw. welche wichtigen Komponenten fehlen, um ein – aus Patientensicht - vollständiges Bild zu erreichen.

Der Fokus dieser Untersuchung bestand darin, mögliche Hinweise für die eingeschränkte Validität von Patientenangaben zu identifizieren. Auch die Patienten wurden vom Interviewer zur Teilnahme an der Befragung motiviert mit der Aussicht, dass der jeweils eingesetzte Fragebogen verbessert werden sollte. D.h. auch hier war der Fokus eher auf die Defizite des Fragebogenansatzes gerichtet. Das drückt sich u.a. in der Darstellung der Kommentare der Befragten zu den einzelnen Fragebogenteilen auf, die umso genauer dokumentiert wurden, je mehr sie auf ein Problem hindeuteten. Wenig Platz in der Darstellung haben diejenigen Patienten und Aussagen erhalten, die die jeweiligen Instrumente positiv bewertet haben. Die Darstellung der Reaktionen auf den Fragebogen haben gezeigt, dass etwa zwei Drittel der Befragten dieser Art der Fragebogenerfassung positiv oder zumindest neutral gegenüberstanden!

Auch wenn eine eindeutige Zuordnung von Hinweisen auf Validitätseinschränkungen zu einzelnen Personen nicht vorgenommen wurde, können in der Gesamtschau dieser Ergebnisse folgende Schlussfolgerungen formuliert werden:

Das Gros der Patienten ...

... nimmt den Fragebogen sehr ernst. Es handelt sich um ein offizielles Dokument, das entsprechend sorgfältig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden muss. Hier hat sich insbesondere der Umstand bemerkbar gemacht, dass der Umgang mit Formularen oder verschriftetem Material bei vielen Patienten nicht zum Alltag gehört – im Gegensatz zu Verwaltungsangestellten, Ärzten, Klinikmitarbeitern, Wissenschaftlern, letztlich

insbesondere akademisch gebildeten Personenkreisen. U.a. drückte sich dieser Umstand darin aus, dass während der Interviews Formulierung einzelner Items oder Antwortformate zum Teil akribisch betrachtet wurden und die Sorge bestand, mit der eigenen Antwort falsch verstanden zu werden. Auch die z.T. langen Bearbeitungszeiten des Fragebogens sprechen dafür, dass sich die Patienten lange mit den Fragen auseinandergesetzt haben.

... ist um ehrliche Antworten bemüht. Das ließ sich u.a. an den Personen ablesen, denen die Fragen beim ersten Lesen gar nicht „gepasst“ haben, also Fragen, die aus subjektiver Sicht wenig oder gar nichts mit der eigenen Erkrankung zu tun hatten. Diese Befragten haben dann aber doch diese Fragen ausgefüllt, da sie in erster Linie sich gegenüber ehrlich sein wollten. Diese Form der Ehrlichkeit ist sicherlich primär auf einer bewussten und Selbstbild-erhaltenden Ebene zu verorten. Inwieweit sich Patienten in bestimmten Punkten selber etwas vormachen, steht auf einem anderen Blatt. Interessanterweise wurde von Seiten der Ärztinnen und Ärzte fast allen Patienten ebenfalls eine ausgeprägte Ehrlichkeit attestiert, weniger positiv fiel dagegen die Einschätzung aus, inwieweit von einer Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ausgegangen werden kann. Willentliche Übertreibungen wurden nur im Einzelfall berichtet, sie dienten in erster Linie dazu, die Bedeutung des eigenen Leidens besser herauszustellen und ein größeres therapeutisches Angebot zu erhalten. Bewusste Simulation konnte mit Hilfe der vorliegenden Interviewmethode nicht nachgewiesen werden.

... ist offen, Fragen zu beantworten, wie oben schon aufgeführt: trotz teilweiser Ablehnung der Frageninhalte. Für ein Teil der Patienten zeugte die Breite der Inhalte der Fragen für das Interesse der Klinik an der Person in ihrem größeren Lebenskontext, was sie als Qualitätsmerkmal der Klinik interpretierten.

... weist Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung auf – wenn es nach dem Urteil der Ärztinnen und Ärzte geht. Empirisch konnte diese Übereinstimmung nur durch die gemeinsame Einschätzung der Leistungsfähigkeit überprüft werden. Diese Formen der Beurteilung waren allerdings deutlich divergent. Es ist unklar, inwieweit dies auf die problematische Form der Erfassung durch einen verbal verankerten Zahlenstrahl bedingt ist – eine Methode, die auf wenig Gegenliebe bei den Befragten stieß. Ebenso ist durch die relativ offene verbale Verankerung dieser Beurteilung von unterschiedlichen Referenzpunkten bei Ärzten und Patienten auszugehen. Dieser Punkt verdient weiteres Forschungsinteresse. Insbesondere verweist er auf die grundsätzliche Frage, welche Art von Information von Seiten des Patienten erhoben werden soll: ein Beurteilung des „objektiven“ Zustands oder eine persönliche Beurteilung durch den Patienten, durch die die Bedeutung der Erkrankung und ihrer Folgen für den Betroffenen deutlich wird.

... hatte zum Ausfüllen des Fragebogens angemessene raum-zeitliche Bedingungen. Dieser Schluss ist mit Vorbehalt zu ziehen, da letztlich noch keine Theorie darüber vorliegt, was genau eine „gute Fragebogensituation“ ausmacht. Zumindest haben sich die Befragten Zeit und Raum genommen, um den Fragebogen konzentriert bearbeiten zu können.

... füllt den Fragebogen alleine aus oder erhält notwendige oder korrigierende soziale Unterstützung. Diejenigen, die Hilfe zum Ausfüllen des Fragebogens benötigten, haben sie sich von anderen geholt. Schwierig war die Einschätzung der Einflussnahme auf die Fragebogeninhalte bei denjenigen Befragten, die den Bogen zusammen mit ihrem Partner / ihrer Partnerin, z.T. auch mit anderen Personen ausgefüllt haben, obwohl sie diese Unterstützung nicht benötigten.

... weist ausreichende sprachliche und kognitive Kompetenzen auf. Der Anteil der Patienten mit ausgeprägtem Analphabetismus lag wie aus bevölkerungsbezogenen Schätzungen zu vermuten war bei etwa 2% der Befragten, wobei ein Graubereich von einigen Personen hinzukommt, deren Lese-Rechtschreibkompetenzen nicht klar einzuschätzen waren. Sehr unterschiedliche sprachliche Kompetenzen wiesen diejenigen Befragten auf, die als Einwanderer nach Deutschland gekommen sind. Diesen Personen war es allerdings sehr vertraut, sich entsprechende Hilfe von Familienangehörigen zu holen. Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten wurden von Seiten der Ärzte eher temporär bei ausgeprägt depressiven Patienten gesehen, die in der vorliegenden Untersuchung allerdings auch nur in Einzelfällen auftraten.

... weist gute Reha-Motivation auf. Darauf verweist das eindruckliche Ergebnis aus den Beurteilungen der Ärzte, die insgesamt nur einer Person eine schlechte Motivation zur Mitarbeit attestiert hatten.

Gleichzeitig wurden durch die vorliegende Untersuchung wichtige Problembereiche identifiziert, die die Gültigkeit der Angaben in den Fragebögen gefährden können:

Zeitliche und situationale Variation der Beschwerden: Die Patienten waren deutlich unzufrieden mit den Fragebogenteilen, mit denen sie ihre eigentliche Situation nicht angemessen abbilden konnten. Dies betraf in erster Linie Fragebögen, die in der Instruktion einen kurzen Referenzzeitraum angegeben hatten („in den letzten 7 Tagen“, „zur Zeit“). Ferner wurden Antwortformate kritisiert, die eine Variation der Beschwerden nicht vorgesehen hatten, also nicht die Häufigkeit sondern die Intensität von Merkmalen erfassten (z.B. die Antwortkategorien der Somatisierungsskala der SCL90-R: „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „sehr stark“). Der Umgang mit diesem Problem ist nicht einfach. Die eingesetzten Instrumente sind zumeist standardisierte Fragebögen, deren Gültigkeit nur unter den vorliegenden Bedingungen überprüft worden ist. Dieses Problem stellt sich primär

für die *Rehabilitationforschung*, die vergleichbare Methoden der Erfassung benötigt um verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können. Es ist allerdings ebenfalls nicht unproblematisch, wenn die Kliniken für ihre Zwecke des Screenings bzw. der Diagnostik Instruktionen für ihren eigenen Bedarf anpassen. Es läge nahe, z.B. die Instruktionen so anzupassen, dass die Patienten die Angaben auf eine Situation beziehen sollen, die für die vorliegenden Beschwerden „typisch“ gewesen ist (innerhalb eines überschaubaren Zeitraums, z.B. die letzten 3 Monate). Sinnvoll wäre es, eine solche Anpassung ebenfalls auf empirischer Grundlage vorzunehmen. Z.B. könnte eine Studie Aufschluss über die Bedeutung dieses Problems geben, in der die gleichen Fragebögen mit unterschiedlichen Instruktionen vorgegeben würden: zum einen mit der Aufforderung, eine „typische“ Situation abzubilden, zum anderen mit der Abbildung der aktuellen Situation nach der Original-Instruktion. Ohne eine solche Studie müssen sowohl die Klinik als auch die (Rehabilitations-) Forschung mögliche Verzerrungen der Ergebnisse in Rechnung stellen, dadurch dass einige Patienten nicht ihre aktuelle sondern eher als „typisch“ für die Erkrankung empfundene Situation darstellen, während andere den Referenzzeitraum sehr ernst nehmen werden.

Mit diesem Problem einher geht die teilweise fehlende **Eindeutigkeit der Items** (Instruktion, Fragen, Antwortformate): z.B. wurden im Fragebogen der Fachklinik Aukrug Teile der Instruktion von einzelnen Fragebogen weggelassen, die für einige Patienten notwendig gewesen wären, um Unklarheiten zu vermeiden, z.B. beim FFbH-R. Problematisch waren auch Diskrepanzen zwischen den Instruktionen und den tatsächlichen verbalen Verankerungen, wie sie beim ADS-K aufgetreten sind. Insbesondere bereitete den Patienten jedoch die wahrgenommene Relativität der Angaben Schwierigkeit, was sich insbesondere bei den mehrstufigen Antwortformaten zeigte, bei denen nicht jede Antwortkategorie mit einem verbalen Anker gekennzeichnet war.

1-Item Messungen vs. Skalen: Die Ergebnisse der Testwiederholungsanalysen haben deutlich gemacht, dass Skalen, d.h. die Erfassung eines interessierenden Konstrukts mit Hilfe von mehreren Items, zeitlich deutlich stabiler sind als Angaben auf Einzelitemniveau. Das galt sowohl für die bei den Befragten eher unbeliebten Zahlenstrahlen (z.B. Schmerzintensität, Schmerzdauer, allgemeine Gesundheitsbeurteilung, Beurteilung der Leistungsfähigkeit), aber auch für dichotome Antworten, die z.T. eine erstaunlich geringe Übereinstimmung aufzeigten.

Offenlegung von psychischen und weiteren Lebensumständen, die aus Sicht der Betroffenen nichts mit ihrer Erkrankung zu tun haben. Für ein Teil der Befragten war das Interesse der Klinik an aus subjektiver Sicht nicht erkrankungsbezogenen Aspekten nicht nachzuvollziehen. Da dies z.T. zur Folge hatte, dass diese Befragten Teile des Fragebogens nicht ausgefüllt haben, in Einzelfällen auch nicht „wahrheitsgemäß“, sollte in der Einführung dieser Fragebogenteile mehr Wert auf die Erklärung bzw. die Bedeutung dieser Aspekte für

eine erfolgreiche Rehabilitation hingewiesen werden. Es erscheint nahe liegend, den Befragten explizit die Möglichkeit zu geben, einzelne Fragebogenteile zu überspringen, z.B. mit einer Eingangsfrage („Darüber möchte ich keine Auskunft geben“). Allerdings ist davon auszugehen, dass solche Filterfragen diejenigen Patienten, die trotz ihrer Skepsis diese Fragebogenteile zuverlässig ausgefüllt haben, von der Beantwortung dieser Fragebogenteile abgehalten werden. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Interviews wäre daher von einer solchen „Optionsfrage“ abzuraten.

Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild: auf dieses Problem wurde schon oben unter dem Punkt *Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung* näher eingegangen.

Identifikation von Patienten mit eingeschränkter Gültigkeit der Angaben: Wenn auch für das Gros der Patienten von zuverlässigen Angaben im Fragebogen auszugehen ist, stellt sich die Frage, wie diejenigen erkannt werden können, bei denen mit Einschränkungen in der Validität zu rechnen ist. Dazu müsste nach den verschiedenen Ursachen eingeschränkter Validität differenziert werden.

- „Satisficer“: eine Frage am Ende des Fragebogens, wie lange man zum Ausfüllen gebraucht haben, könnte diejenigen mit sehr kurzer Ausfüllzeit identifizieren.
- weitere motivational bedingte Schwierigkeiten wie Aggravation, Simulation, oder auch fehlende Bereitschaft zur Selbstoffenbarung sind mittels der Fragebogenmethode u.E. nicht angemessen zu identifizieren.
- Wichtig ist zu wissen, ob der Patient / die Patientin angemessene Unterstützung bei Ausfüllen erhalten hat. Möglich wäre eine entsprechende Selbsteinschätzung, die folgende Form haben könnte:

Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder zusammen mit einer anderen Person?

- Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.
- Ich habe den Fragebogen teilweise oder ganz zusammen mit einer anderen Person ausgefüllt.

Haben Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt?

- Ich habe Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt.
- Ich konnte den Fragebogen ohne Hilfe ausfüllen.

- Schwierigkeiten mit Verständnis von einzelnen Fragen oder Fragebogenteilen: es ist bei Patientenzufriedenheitsbefragungen und auch bei wissenschaftlichen Untersuchungen mehr und mehr üblich geworden, den Befragten am Ende des Fragebogens ein Feld für offene Kommentare o.ä. einzuräumen. Mit einem solchen Zugang könnte auch nach spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Fragebogen gefragt werden.

Ernstnehmen der Angaben von Seiten der Klinik: Mit der Erhebung von patientenbezogenen Informationen im Vorfeld der Rehabilitation durch einen Fragebogen zeigt die Klinik Interesse an den persönlichen Belangen der Betroffenen. Diese setzen sich im Großen und Ganzen motiviert und auch sehr ernsthaft mit dem Fragebogen auseinander und teilen persönliche Informationen über dieses Medium mit, die sie z.T. sonst nur im persönlichen Arzt-Patient-Gespräch mitteilen würden. Dies setzt zum einen Vertrauen in die Klinik voraus, zum anderen ist damit die Erwartung verbunden, dass diese Angaben in den Fragebögen von der Klinik auch ernst genommen werden. Nicht wenige Patienten waren enttäuscht darüber, dass ihre Angaben im ersten Arztgespräch offensichtlich *nicht* bekannt gewesen waren, was das Vertrauensverhältnis zur Institution Klinik gestört hat und sicherlich auf nachfolgende Interaktionen mit Klinikmitarbeitern oder andern entsprechenden Institutionen Auswirkungen haben kann. Daher erscheint es unabdingbar beim Ablauf der Aufnahme zu gewährleisten, dass den Ärztinnen und Ärzten die Informationen im Erstgespräch vorliegen. Ferner sollten sich die Ärztinnen und Ärzte dieser Problematik bewusst sein und den Fragebogen als fundierte Informationsquelle ernst nehmen. Wenn sie dies nicht in angemessenen Umfang können, wäre vom Einsatz eines entsprechenden Fragebogen abzuraten.

Für die Patienten und die Güte der Antworten wäre es sicherlich hilfreich, eine/n kompetente/n Ansprechpartner/in in der Klinik zu haben, der/die vor und auch zu Beginn der Rehabmaßnahmen für Fragen beim Ausfüllen zur Verfügung stünde. Auch die vom Klinikum Holsteinische Schweiz durchgeführte Wiedervorlage des Fragebogens, wenn einzelne Teil nicht ausgefüllt wurden mit der Bitte um Ergänzung der Angaben, kann eine Maßnahme darstellen, die Bedeutung der Angaben im Fragebogen für die Klinik stärker zu betonen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in erster Linie explorativ zu verstehen. Der Zugang über offene Befragungen mit den Patienten kann viele Hinweise ergeben, ist aber für konfirmatorische Überprüfungen nicht geeignet. Insbesondere offene Interviewsituationen unterliegen eigenen Gefahren der Verzerrung, insbesondere durch soziale Erwünschtheit. Auch wenn mit verschiedenen Methoden versucht wurde, diese Probleme zu minimieren,

sind sie entsprechende Biases nicht auszuschließen. Der zeitliche und finanzielle Umfang dieser Studie hat ebenfalls nicht ermöglicht, einige zusätzliche methodische Vorkehrungen gegen mögliche Biases offener Befragungen und ihrer qualitativen Auswertung zu treffen, insbesondere die Durchführung von Interviews mit verschiedenen Interviewern, die komplette Dokumentation der Interviews mittels Tonbandaufzeichnungen, oder auch die gemeinsame bzw. unabhängige Analyse des Interviewmaterials durch verschiedene Forscher.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Fragebogenmethode bei Rehabilitationspatienten im Großen und Ganzen zu zuverlässigen und gültigen Informationen führt, da die meisten Patienten sehr ernsthaft mit den Fragebögen umgehen. Bei einzelnen Fragebogenelementen besteht ein deutlicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Fragebogengestaltung und der Formulierung von Instruktionen, Items und Antwortformaten. Die Ausgangslage der Patienten (Darstellung des eigenen Beschwerdebildes, Problem der zeitlichen und situationalen Variation der Beschwerden) sollte bei der Auswahl der Fragebögen stärker berücksichtigt werden. Zu diesem Problem sind weitere empirische Untersuchungen notwendig.

Literatur

- Biefang S, Birkner B, Thien U, Härtel U, Bullinger M (1997) Harmonisierung der Messung von Outcomes, Prädiktoren und Kosten sowie Prüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Rehabilitation* 36: 213-223
- Bortz J, Döring N (1995) *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Deck R, Kohlmann T, Raspe H (1998a) Erwartungen und Motivation bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 6(3): 101-108
- Deck R, Zimmermann M, Kohlmann T, Raspe H (1998b) Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation* 37: 140-146
- Dlugosch GE, Krieger W (1995) *Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets Test Gesellschaft.
- Esser H (1977) Response Set – methodische Problematik und soziologische Interpretation. *Zeitschrift für Soziologie* 6: 253-263
- Esser H (1986) Können Befragte lügen? Zum Konzept des „wahren Wertes“ im Rahmen handlungstheoretischer Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 38: 314-336
- Fagerstrom KO (1978) Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 3: 235-41
- Gerdes N, Weidemann H, Jäckel WH (Hrsg.) *Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz*. Darmstadt: Steinkopff.
- Guilford JP (1967) In: M Fishbein (ed.) *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley, S. 277-281
- Haaf HG, Schliehe F (2000) Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In: J Bengel & U Koch (Hrsg.) *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft*. Berlin: Springer, S. 19-39
- Hermann, Buss & Snaith (1995) *Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung*. Bern: Huber
- Hubertus P, Nickel S (2002) Alphabetisierung von Erwachsenen. In: U Bredel, H Günther, P Klotz, J Ossner, G Siebert-Ott (Hrsg.) *Didaktik der deutschen Sprache - ein Handbuch*.

Band 2: Anwendungsfelder und Vermittlungsprozesse; Kap. 57: Sprachunterricht in der Erwachsenenbildung. (Quelle: <http://www.alphabetisierung.de/fachliteratur.html>)

Kohlmann T, Raspe H (1996) Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Die Rehabilitation 35: I-VIII

Krosnick JA (1999) Survey Research. Annual Review of Psychology 50: 537-567

Meyer T, Schäfer I, Matthis C, Kohlmann T, Mittag O (eingereicht zur Veröffentlichung) Fehlende Werte durch "Listenfragen-Effekt": Ausmaß und Folgen verschiedener Imputationsformen am Beispiel der Somatisierungsskala der SCL-90-R.

Meyer T, Gruppe H, Franz M (2002) Microsoft Access in der Analyse von Fragebögen und Interviews mit offenen Antwortformaten [28 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal] 3(2). <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>

Mittag O, Böhmer S, Deck R, Ekkernkamp M, Hüppe A, Kankainen H, Raspe A, Rappe H (2003) Fragen über Fragen: Das „cognitive survey“ in der Fragebogenentwicklung. Sozial- und Präventivmedizin 48: 55-64

Mummendey HD (1987) Die Fragebogenmethode. Göttingen: Hogrefe.

Prüfer P, Rexroth M (2000) Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08

Rost J (1996) Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion. Bern: Huber.

Schwarz N (1999) Self-reports: how the questions shape the answers. American Psychologist 54: 93-105

Willis GB, DeMaio TJ, Harris-Kojetin BH (1999) Is the bandwagon headed to the methodological promised land? Evaluating the validity of cognitive interviewing techniques. In MG Sirken, DJ Schechter, N Schwarz, JM Tanur, R Tourangeau (eds.) Cognition and survey research. New York: Wiley, 133-153.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Mögliche Ursachen für Verzerrungen in der Beantwortung des Fragebogens auf der Ebene der Person, der Situation beim Ausfüllen, der Institution bzw. des Fragebogens	11
Abb. 2: „Die gute Fragebogensituation“: Merkmale für die Erfassung valider Informationen in der Beantwortung des Fragebogens auf der Ebene der Person, der Situation beim Ausfüllen, der Institution bzw. des Fragebogens.....	17
Abb. 3: Ablauf der Erhebung	28
Abb. 4: Allgemeine Reaktionen auf den Fragebogen (Frage E1) (Mehrfachnennungen möglich).....	35
Abb. 5: Ausfülldauer der Fragebogens in Minuten.....	37
Abb. 6: Erwartungen / Ziele der Patienten im Bereich Diagnose / Therapie.....	41
Abb. 7: Erwartungen / Ziele der Patienten im Bereich Krankheitsbewältigung.....	42
Abb. 8: Erwartungen / Ziele der Patienten in den Bereichen Beruf / Rente und Erholung / Wohlbefinden (Anzahl der Personen, die den jeweiligen Aspekt im Interview genannt haben).....	42
Abb. 9: Wie stark ist der Patienten insgesamt motiviert, an der Reha-Maßnahme teilzunehmen? (Einschätzung der betreuenden Ärztin / des Arztes).....	44
Abb. 10: Beurteilung durch Ärztinnen und Ärzte, inwieweit Hinweise auf eingeschränkte kognitive Funktionen des Patienten vorliegen, die ihn daran hindern, das Fragebogenmaterial eigenständig ausfüllen zu können (gültige Prozent; Einschätzungen von n=80 Patienten)	45
Abb. 11: Lese-Rechtschreibkompetenzen (Einschätzung aus dem Leitfadeninterview).....	46
Abb. 12: Schmerzmannequin / Schmerzzeichnung	47
Abb. 13: Erfassung der durchschnittlichen Schmerzdauer im Fragebogen der Fachklinik Aukrug.....	48
Abb. 14: Erfassung von Schmerzqualitäten im Fragebogen der Fachklinik Aukrug	50
Abb. 15: Fragen nach Schmerzintensität im Fragebogen der Fachklinik Aukrug	52
Abb. 16: Eigene Beurteilung der Schmerzstärke von den bisher am stärksten erlebten Schmerzen	54
Abb. 17: Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands im Fragebogen der Fachklinik Aukrug.....	56
Abb. 18: Positiv formulierte Vorstellungen über Gesundheit (z.B. Fit sein), negativ formulierte (z.B. keine Schmerzen haben), sowie die Kombination aus positiven und negativen Formulierungen (n und gültige Prozent; keine entsprechend zuordenbare Aussagen von n=20 Patienten).....	57
Abb. 19: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (zur Erfassung vgl. Abb. 17, S. 51): Differenz zwischen Wert bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha (in grau diejenigen Patienten, die im Interview eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands angegeben hatten).....	66
Abb. 20: Schmerzdauer, durchschnittliche sowie maximale Schmerzintensität: Differenz zwischen Wert bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha (t_2-t_1)	67
Abb. 21: Seit wann bestehen die Schmerzen (Angabe in Jahren): Differenz zwischen Angabe bei Rehabeginn zu dem Wert vor der Reha (t_2-t_1)	71

Abb. 22: Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz.....	75
Abb. 23: Positiv formulierte Vorstellungen über Gesundheit (z.B. Fit sein), negativ formulierte (z.B. keine Schmerzen haben), sowie die Kombination aus positiven und negativen Formulierungen (n und gültige Prozent; keine entsprechend zuordenbare Aussagen von n=16 Patienten).....	76
Abb. 24: Erfassung von Alkohol- und Nikotinkonsum im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz.....	77
Abb. 25: Alkoholkonsum, wie er von den Patienten im Fragebogen vor Beginn der Rehabilitation angegeben wurde	79
Abb. 26: Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit von 0 (überhaupt nicht beeinträchtigt) bis 10 (völlig beeinträchtigt) im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz: Verteilung der Antworten	84
Abb. 27: Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den Arzt / die Ärztin von 1 (überhaupt nicht beeinträchtigt) bis 10 (völlig beeinträchtigt): Verteilung der Antworten	85
Abb. 28: Beurteilung der Schmerzintensität von 1 (kaum spürbare Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz: Verteilung der Antworten	87

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Inhalte der Fragebögen zur Rehabilitation aus dem Klinikum Holsteinische Schweiz und der Fachklinik Aukrug	20
Tab. 2: Für die Messwiederholung ausgewählte Inhalte der Fragebögen zur Rehabilitation aus dem Klinikum Holsteinische Schweiz und der Fachklinik Aukrug	22
Tab. 3: Soziodemografische Merkmale der Stichproben (Häufigkeit und gültige Prozent bzw. Mittelwert und Standardabweichung).....	30
Tab. 4: Diagnosen nach ICD 10 (Häufigkeit und Angabe gültiger Prozent).....	31
Tab. 5: Vollständigkeit der Informationen der Studie	33
Tab. 6: Wie lange ist es her, seit Sie den Fragebogen ausgefüllt haben?.....	36
Tab. 7: Ergebnis der Test-Wiederholungs-Untersuchung: Stabilität der Antworten von t_1 (Fragebogen vor Rehabeginn) zu t_2 (Teile des Fragebogens zu Beginn der Reha)	65
Tab. 8: Schmerzqualitäten: Übereinstimmung der Schmerzqualitäten in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2).....	69
Tab. 9: Wann bestehen die Schmerzen: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2).....	69
Tab. 10: Seit wann bestehen die Schmerzen: Übereinstimmung der Schmerzqualitäten in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)	71
Tab. 11: Erfahrungen mit Methoden der Schmerzlinderung: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)	71
Tab. 12: Häufigkeit von Antworttendenzen in den Instrumenten im Fragebogen der Fachklinik Aukrug.....	74
Tab. 13: Beurteilung des Alkoholkonsums durch den Interviewer auf der Grundlage der Patientenangaben	78
Tab. 14: Wie häufig müssen Sie Alkohol trinken, um angeben zu können, dass sie <i>öfter</i> Alkohol trinken?.....	79
Tab. 15: Einschätzung der Häufigkeit des Konsums von alkoholischen Getränken: Vergleich der Angaben im Fragebogen vor Rehabilitation mit Angaben im Interview	80
Tab. 16: Raucherstatus (Angaben aus dem Interview).....	81
Tab. 17: Angabe der durchschnittlich gerauchten Zigaretten pro Tag: Interview vs. Fragebogen vor der Rehabilitation.....	82
Tab. 18: Vergleich der Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit durch den Patienten und durch den/die Arzt/Ärztin (Anzahl von Personen).....	85
Tab. 19: Ergebnis der Test-Wiederholungs-Untersuchung: Stabilität der Antworten von t_1 (Fragebogen vor Rehabeginn) zu t_2 (Teile des Fragebogens zu Beginn der Reha)	97
Tab. 20: Übereinstimmung der Angaben zur Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands vor der Reha und zu Beginn der Reha (Anzahl Personen, stark umrandete Kästchen verweisen auf absolute Übereinstimmung)	97
Tab. 21: Alkoholkonsum: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)	98
Tab. 22: Nikotinkonsum: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2)	99
Tab. 23: Lokalisation der Schmerzen: Übereinstimmung der Angaben in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2).....	100

Tab. 24: Schmerzintensität: Übereinstimmung in der Erfassung vor der Reha (t_1) und zu Rehabeginn (t_2) (Häufigkeit der Differenzwerte $t_2 - t_1$)	100
Tab. 25: Häufigkeit von Antworttendenzen in den Instrumenten im Fragebogen des Klinikums Holsteinische Schweiz	101

Anhang

Anhang 1: Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz

Anhang 2: Fragebogen Fachklinik Aukrug

Anhang 3: Interviewleitfaden (allgemeiner Teil)

Anhang 4: Interviewleitfaden (Klinikum Holsteinische Schweiz)

Anhang 5: Interviewleitfaden (Fachklinik Aukrug)

Anhang 6: Fragebogen für Ärztinnen und Ärzte

Anhang 1:

Fragebogen Klinikum Holsteinische Schweiz

Name: _____

FB.Nr.

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ 19 _____

**FRAGEBOGEN
ZU Ihrer
Begutachtung**

Sehr geehrte, liebe Patientin,
 Sehr geehrter, lieber Patient,

um Ihr Gutachten so genau wie möglich zu gestalten benötigen wir einige Antworten in diesem Fragebogen.

Dazu gehören neben einigen Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte auch Kenntnisse über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und eventuelle Beeinträchtigungen im Alltag.

Ihnen mag dieser Fragebogen recht ausführlich erscheinen, wir möchten Sie trotzdem bitten, ihn vollständig ausgefüllt zu Ihrer Begutachtung mitzubringen.

Wesentlicher Sinn Ihrer Zeit bei uns ist es, etwas für Ihre Gesundheit zu tun und zu lernen. Die Mühe, die Sie jetzt vielleicht mit dem Fragebogen haben, ist zugleich aber auch eine Gelegenheit, sich zu Hause schon einmal einige Gedanken über Ihren jetzigen Gesundheitszustand und Ihre Krankheitsgeschichte zu machen.

Mit einem freundlichen Gruß

Ihre Gutachter der Fachklinik Hängebargshorst

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bitte gehen Sie die nachfolgenden Fragen der Reihe nach durch, und beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein in das entsprechende Kästchen setzen oder die Antwort an die für eine mit einem Strich _____ bezeichnete Stelle schreiben.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Die erste Frage lautet:

Wie würden Sie im großen und ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

Würden Sie sagen er ist zur Zeit

sehr gut	[1]
gut	[2]
zufriedenstellend	[3]
weniger gut	[4]
schlecht	[5]

Krankheiten in der Familie

Wenn ein Mitglied Ihrer Familie an einer der unten aufgeführten Krankheiten leidet oder gelitten hat, so geben Sie bitte an, um welches Familienmitglied nach dem Verwandtschaftsgrad es sich handelt.

Zuckerkrankheit	[1] nein	[2] ja,	_____
Tuberkulose	[1] nein	[2] ja,	_____
Bluthochdruck	[1] nein	[2] ja,	_____
Schlaganfall	[1] nein	[2] ja,	_____
Herzinfarkt	[1] nein	[2] ja,	_____
Asthma	[1] nein	[2] ja,	_____
Krebs	[1] nein	[2] ja,	_____
Anfallsleiden	[1] nein	[2] ja,	_____
Andere Nervenleiden nein (z.B. Depression)	[1] nein	[2] ja,	_____
Gelenkrheumatismus	[1] nein	[2] ja,	_____
Operationen wegen einer Gelenkerkrankung	[1] nein	[2] ja,	_____
Selbstmorde in der Familie	[1] nein	[2] ja,	_____
Suchterkrankung	[1] nein	[2] ja,	_____

Frühere Vorgeschichte

Frühere Krankenhausaufenthalte:

(Bitte geben Sie kurz den Grund und die Jahreszahl an, falls nötig auf einem Extrablatt)

Früher durchgemachte Krankheiten, die nicht im Krankenhaus behandelt worden sind:

Erlebte Unfälle:

Bitte geben Sie alle Unfälle an, falls Sie sie oben noch nicht aufgeführt haben.

Haben Sie an einer der nachfolgend aufgelisteten Krankheiten gelitten?
(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und geben Sie die Jahreszahl an).

	Jahreszahl
[1] Zuckerkrankheit	
[1] Bluthochdruck	_____
[1] Schlaganfall	_____
[1] Herzinfarkt	_____
[1] Asthma	_____
[1] Krebs	_____
[1] Anfallsleiden	_____
[1] Andere Nervenerkrankungen	_____
[1] Gelenkrheuma	_____
[1] Gicht	_____
[1] Schuppenflechte	_____
[1] Furunkel	_____
[1] wiederholte Mandelentzündung	_____
[1] Sklerodermie	_____

Jetzige Beschwerden:

Bitte geben Sie hier kurz Ihre jetzigen Hauptbeschwerden an, die Sie am meisten beeinträchtigen. Bitte möglichst genau, eventuell gebrauchen Sie bitte ein Extrablatt:

Überempfindlichkeiten

	nein	ja	nicht bekannt
Penicillin	[1]	[2]	[3]
Pflaster	[1]	[2]	[3]
Jod	[1]	[2]	[3]

Arzneimittel [1] nein
[2] ja - welche: _____

Desinfektionsmittel [1] nein
[2] ja - welche: _____

gegen andere Stoffe (z.B. Staub, Tierhaare, Schimmelpilz, Metalle); wenn bekannt, gegen welche Substanzen?

Gegen: _____

Spezielle Körperfunktionen

Nur von Frauen von Bedeutung:

Die Männer können auf der nächsten Seite weitermachen

Regelblutung [1] normal
[2] gestört
alle _____ Tage
Dauer: _____ Tage

Datum der letzten Blutung ____ 19 ____

Beginn der Regelblutung mit: _____ Jahren

Ende der Regelblutung mit: _____ Jahren

Geburten, wann _____

Fehlgeburten, wann _____

Lebensgewohnheiten

Wie häufig nehmen Sie im Durchschnitt nachfolgende Getränke zu sich?

Spirituosen	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter
Wein	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter
Bier	[1] nie	[2] manchmal	[3] öfter

Kein Alkohol mehr seit _____

Entziehungsbehandlung [1] nein [2] ja - wann? _____

Rauchen Sie? [1] nein
[2] nicht mehr seit: _____
[3] ja

Wieviel rauchen Sie **pro Tag**?

Zigaretten:

[1] bis 10 [2] bis 20 [3] über 20

Zigarren:

[1] bis 10 [2] bis 20 [3] über 20

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

*(Bitte zählen Sie **alle Medikamente vollständig** auf und geben Sie die jeweilige Dosierung an.
Z.B. 2 x 50 mg Amuno Kapseln täglich.)*

Sozialversicherung

An wievielen Tagen waren Sie **in den letzten 4 Wochen** arbeitsunfähig krankgeschrieben?

An _____ Tagen
nicht krankgeschrieben 00 Tage

Waren Sie **in den letzten 12 Monaten** krankgeschrieben?

- [1] nein
- [2] nein, ich bin nicht berufstätig

- [3] 1 - 2 Wochen
- [4] 2 - 3 Wochen
- [5] 3 - 4 Wochen
- [6] 2 - 3 Monate
- [7] 4 - 6 Monate
- [8] über 6. Monate

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

- [1] nein
- [2] ja, _____ mal

Haben Sie früher schon Heilverfahren (Kuren) in Anspruch genommen?

- [1] nein
- [2] ja

Ort

Jahr

Sind Sie schwerbehindert?

[1] nein
[2] ja, _____ %

Durch wen wurde die Schwerbehinderung ausgesprochen?

durch: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie hauptsächlich versichert?

AOK	[1]
Ersatzkasse (BEK, DAK o.ä.)	[2]
Betriebskrankenkasse	[3]
Innungskrankenkasse	[4]
ausschließlich privat	[5]
Beihilfe	[6]

Sonstiges, und zwar: _____

Welcher gesetzlichen Rentenversicherung gehören Sie an?

LVA	[1]
BfA	[2]
Bundesbahnversicherung	[3]
Seekasse	[4]
Bundesknappschaft	[5]

Sonstiges: _____

nicht rentenversichert [6]

Beschwerden

Sie finden auf dieser Liste eine Reihe von körperlichen Beschwerden, die man manchmal hat.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den **letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Bitte antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der **für Sie am besten zutreffenden** Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

<i>Bitte beantworten Sie <u>jede</u> Frage !</i>	über- haupt- nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
Kopfschmerzen	[1]	[2]	[3]	[4]
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	[1]	[2]	[3]	[4]
Herz- und Brustschmerzen	[1]	[2]	[3]	[4]
Kreuzschmerzen	[1]	[2]	[3]	[4]
Übelkeit oder Magenverstimmung	[1]	[2]	[3]	[4]
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	[1]	[2]	[3]	[4]
Schwierigkeiten beim Atmen	[1]	[2]	[3]	[4]
Hitzewallungen und Kälteschauern	[1]	[2]	[3]	[4]
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	[1]	[2]	[3]	[4]
dem Gefühl einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	[1]	[2]	[3]	[4]
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	[1]	[2]	[3]	[4]
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	[1]	[2]	[3]	[4]

Alltagsprobleme

Im folgenden finden Sie eine Liste von Problemen, die man im Alltagsleben haben kann.

Bitte gehen Sie die Liste sorgfältig durch und kreuzen Sie **bei jeder Aussage** an [], ob diese **zur Zeit** für Sie zutrifft (**JA**) oder nicht zutrifft (**NEIN**).

Bitte beantworten Sie jede Frage.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie mit **JA** oder **NEIN** antworten sollen, kreuzen Sie die Antwort an, die **am ehesten** zutrifft.

	JA	NEIN
Ich bin andauernd müde	[1]	[2]
Ich habe nachts Schmerzen	[1]	[2]
Ich habe unerträgliche Schmerzen	[1]	[2]
Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können	[1]	[2]
Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern	[1]	[2]
Alles strengt mich an	[1]	[2]
Ich wache in den frühen Morgenstunden vorzeitig auf	[1]	[2]
Ich habe Schmerzen beim Gehen	[1]	[2]
Ich liege nachts die meiste Zeit wach	[1]	[2]
Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe	[1]	[2]
Meine Energie läßt schnell nach	[1]	[2]
Ich habe ständig Schmerzen	[1]	[2]
Ich brauche lange zum Einschlafen	[1]	[2]
Ich schlafe nachts schlecht	[1]	[2]
Ich habe Schmerzen, wenn ich Treppen oder Stufen hinauf- und hinabgehe	[1]	[2]
Ich habe Schmerzen, wenn ich sitze	[1]	[2]

Gedanken über gesundheitliche Beschwerden

Wir führen ständig ein inneres Zwiegespräch mit uns selbst. Auch wenn wir gesundheitlich beeinträchtigt sind, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf. Im folgenden finden Sie typische Gedanken von Menschen, die gesundheitliche Beschwerden haben.

Bitte lesen Sie jede der folgenden Feststellungen durch und geben Sie dann an, wie häufig Ihnen dieser Gedanke durch den Kopf geht, wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben.

Wenn Ihnen der aufgeführte Gedanke fast nie durch den Kopf geht, kreuzen Sie bitte das Kästchen [1] an, wenn Ihnen der Gedanke fast immer durch den Kopf geht, kreuzen Sie das Kästchen [6] an. Ansonsten kreuzen Sie ein entsprechendes Kästchen dazwischen an.

	Das denke ich ...					
	fast nie					fast immer
Diese Beschwerden halte ich nicht mehr aus.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Egal was ich auch tue, ich kann doch nichts ändern an meinen Beschwerden	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Ich muß schnell ein Medikament nehmen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Das hört ja nie mehr auf.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Wann wird es wieder schlimmer?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Die Beschwerden machen mich fertig.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Ich kann nicht mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Diese Beschwerden machen mich noch verrückt.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

Befinden

Im folgenden finden Sie 15 Feststellungen über Ihr Befinden.

Bitte lesen Sie jede Aussage durch und kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden **während der letzten Woche** am besten entspricht:

- [1] bedeutet "selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)"
 [2] bedeutet "manchmal (1 bis 2 Tage lang)"
 [3] bedeutet "öfters (3 bis 4 Tage lang)"
 [4] bedeutet "meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)"

Während der letzten Woche...	selten	manch- mal	öfters	mei- stens
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	[1]	[2]	[3]	[4]
konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern	[1]	[2]	[3]	[4]
hatte ich Mühe mich zu konzentrieren	[1]	[2]	[3]	[4]
war ich deprimiert/niedergeschlagen	[1]	[2]	[3]	[4]
war alles anstrengend für mich	[1]	[2]	[3]	[4]
dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	[1]	[2]	[3]	[4]
hatte ich Angst	[1]	[2]	[3]	[4]
habe ich schlecht geschlafen	[1]	[2]	[3]	[4]
war ich fröhlich gestimmt	[1]	[2]	[3]	[4]
habe ich weniger als sonst geredet	[1]	[2]	[3]	[4]
fühlte ich mich einsam	[1]	[2]	[3]	[4]
habe ich das Leben genossen	[1]	[2]	[3]	[4]
war ich traurig	[1]	[2]	[3]	[4]
hatte ich das Gefühl, daß mich die Leute nicht leiden können	[1]	[2]	[3]	[4]
konnte ich mich zu nichts aufraffen	[1]	[2]	[3]	[4]

Alltagstätigkeiten

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie **im Moment** (wir meinen in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben **drei** Antwortmöglichkeiten:

- | | | |
|-----|---------------------------------|--|
| [1] | Ja | d.h. Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen. |
| [2] | Ja, aber mit Mühe | d.h. Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen. |
| [3] | Nein oder nur mit fremder Hilfe | d.h. Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft. |

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
--	----	----------------------------	--

	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange) ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen ?	[1]	[2]	[3]
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen ?	[1]	[2]	[3]

Gesundheitsbedingte Einschränkungen

Wie stark fühlten Sie sich **zur Zeit** in Ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie eine entsprechende Zahl auf der folgenden Skala von 0 (= überhaupt nicht beeinträchtigt) bis 10 (= völlig beeinträchtigt) an.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]

überhaupt nicht beeinträchtigt völlig beeinträchtigt

Im folgenden sind 10 verschiedene Arten von Schmerzen aufgeführt. Bitte kreuzen Sie für **jede** Art von Schmerzen an, ob Sie **zur Zeit** solche Schmerzen verspüren.

- | | | | |
|----|---|----------|--------|
| 1 | Kopfschmerzen oder Migräne | nein [1] | ja [1] |
| 2 | Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich | nein [1] | ja [2] |
| 3 | Schmerzen im Nacken | nein [1] | ja [2] |
| 4 | Schmerzen in den Schultern | nein [1] | ja [2] |
| 5 | Rückenschmerzen | nein [1] | ja [2] |
| 6 | Schmerzen in den Armen | nein [1] | ja [2] |
| 7 | Schmerzen in den Händen | nein [1] | ja [2] |
| 8 | Schmerzen im Brustkorb | nein [1] | ja [2] |
| 9 | Bauch- oder Magenschmerzen | nein [1] | ja [2] |
| 10 | Schmerzen in den Hüften | nein [1] | ja [2] |
| 11 | Schmerzen im Unterleib | nein [1] | ja [2] |
| 12 | Schmerzen in den Beinen | nein [1] | ja [2] |
| 13 | Schmerzen in den Füßen | nein [1] | ja [2] |

Wenn Sie zur Zeit solche Schmerzen verspüren, wie stark sind diese Schmerzen im **Durchschnitt**?

Bitte kreuzen Sie eine entsprechende Zahl auf der folgenden Skala von 0 (= kaum spürbare Schmerzen) bis 10 (= unerträgliche Schmerzen) an.

[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]

kaum spürbare Schmerzen unerträgliche Schmerzen

Nun noch einige Fragen zu Ihrer Person

Sind Sie männlich [1]
weiblich [2]

Wie alt sind Sie? _____ Jahre alt

Wie ist Ihr Familienstand? ledig [1]
verheiratet/ mit Partner lebend [2]
geschieden/ getrennt lebend [3]
verwitwet [4]

Wieviele Personen, Sie eingeschlossen,
leben ständig in Ihrem Haushalt? _____ Anzahl
lebe allein []

Welche Personen leben in Ihrem Haushalt?
Sie können mehrere Angaben ankreuzen (Ehe-)Partner [1]
Kind(er) [2]
andere Personen [3]

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

berufstätig	[1]
berufstätig, aber krankgeschrieben	[2]
Hausfrau/Hausmann	[3]
in Ausbildung, Umschulung	[4]
arbeitslos	[5]
Erwerbsunfähigkeitsrente	[6]
Berufsunfähigkeitsrente	[7]
auf Zeit berentet	[8]
Rente aus Altersgründen	[9]
Vorruhestand	[10]

wenn sie berufstätig sind, welchen Beruf üben Sie aus
oder haben Sie vor der Krankschreibung ausgeübt?

Bitte geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an!

Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

keine	[1]
Lehre (2 Jahre)	[2]
Lehre (3 Jahre)	[3]
Fachschulausbildung	[4]
Fachhochschulstudium	[5]
Hochschulstudium/ Universität	[6]

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung Ihres **erlernten** Berufes an:

Mit welcher Schulbildung haben Sie abgeschlossen?

Hauptschule/Volkschule	[1]
Realschule/Mittlere Reife	[2]
Polytechnische Oberschule	[3]
Fachhochschule	[4]
Abitur	[5]
Anderes: _____	[6]

Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen,
das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?

weniger als 500 DM	[1]
500 bis 1.000 DM	[2]
1.000 bis 2.000 DM	[3]
2.000 bis 3.000 DM	[4]
3.000 bis 4.000 DM	[5]
4.000 bis 5.000 DM	[6]
5.000 DM und mehr	[7]

Haben Sie vielen Dank

für das Ausfüllen des Fragebogens

Wir freuen uns über Ihr Kommen
und wünschen Ihnen eine gute Anreise!

**Bitte vergessen Sie nicht, uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen
zur Begutachtung mitzubringen!**

Anhang 2:

Fragebogen Fachklinik Aukrug



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie demnächst in unserer Fachklinik begrüßen zu dürfen.

Um Ihr Heilverfahren optimal vorzubereiten bitten wir Sie um Beantwortung der beiliegenden Fragebögen. Anschließend bitten wir Sie, die ausgefüllten Fragebögen sobald wie möglich an uns zurückzusenden. Selbstverständlich werden Ihre Auskünfte streng vertraulich behandelt. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig.

1. Angaben zur eigenen Person

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Wohnort

2. Nächster Angehöriger

Name, Vorname	Tel. mit Vorwahl
Straße	Postleitzahl, Wohnort

3. Angaben zur Renten- und Krankenversicherung

Zuständiger Rentenversicherungsträger	Versicherungsnummer
Krankenkasse, Straße, Postleitzahl, Ort	
versichert als Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/>	

4. Angaben zur beruflichen Situation

erlernter Beruf	tätig als
Arbeitsfähig	Arbeitsunfähig, ggf. seit wann?
Arbeitslos, ggf. seit wann?	Nicht (mehr) berufstätig

5. Allgemeine Fragen

Sind Sie schon einmal in der Fachklinik Aukrug behandelt worden? Nein Ja ggf. wann?

Benötigen Sie ein überlanges Bett? Nein Ja

Voraussichtliche Ankunft:Uhr am

Bus Zug PKW Kennzeichen

Unterschrift

Es wird darauf hingewiesen, dass das mitgeführte Fahrzeug nur auf dem Parkplatz an der Landstraße - Eingang zum Gelände- abgestellt werden kann und dass die Klinik jede Haftung ablehnt.

Verantwortliche Stelle für die Erhebung und Verarbeitung der Daten ist die Fachklinik Aukrug. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für die Durchführung der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme erhoben und verarbeitet. Eine Übermittlung von Daten an Dritte erfolgt nicht. Das Erheben und Verarbeiten dieser Daten ist datenschutzrechtlich zulässig (§§ 67a und 67c des SGB X, § 11 Abs. 1 und 3 i.V. mit Abs. 2 und § 13 des Landesdatenschutzgesetzes Schleswig-Holstein).

Fragebogen zu Begleitkrankheiten und zur Krankenvorgeschichte

1. Bestehen bei Ihnen zusätzliche Krankheiten oder Beschwerden? (z.B. Bluthochdruck)

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte listen Sie auf, um welche Medikamente und welche Dosierung es sich handelt, z.B. 2x1 Kapsel Amuno 50.)

3. Vorgeschichte: (Bitte geben Sie an, welche Erkrankungen, Unfälle mit schwereren Verletzungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen sie früher durchgemacht haben, nach Möglichkeit mit Angabe des Jahres.)

4. Leiden Sie unter Allergien und Überempfindlichkeiten?

Wenn ja, gegen welche Substanzen? (z.B. Penicillin, Jod, Staaub, Medikamente, Desinfektionsmittel, Kosmetika, Tierhaare, Hausstaubmilben, Metalle etc.)

Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergiepaß mit.

5. Wann und bei welchem Arzt / Krankenhaus ist Ihre Lunge / Ihr Skelettsystem (z.B. Wirbelsäule, Knie) zuletzt geröntgt worden?

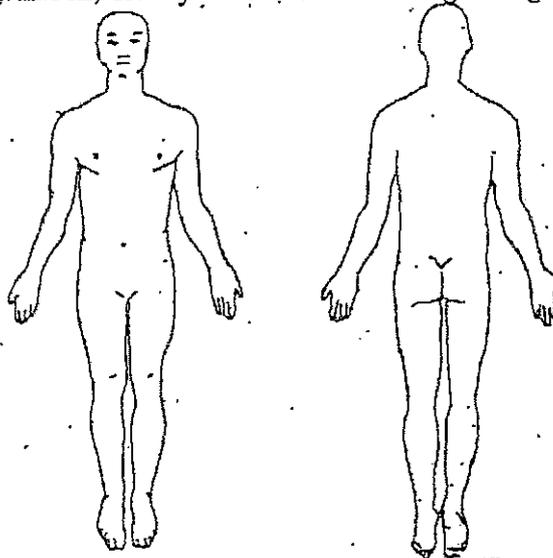
(Auch Computertomogramme, Kernspintomogramme, Untersuchungen in der Röhre)

Bitte bringen Sie die Röntgenaufnahmen zur stationären Behandlung mit.

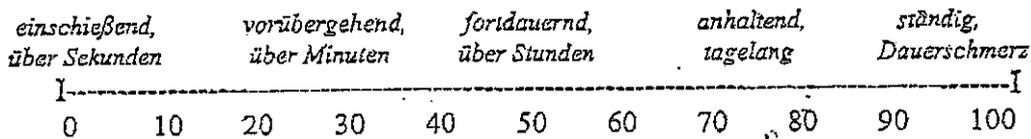
6. Betreiben Sie Sport? (Wenn ja, welchen und wie häufig?)

Fragebogen zu Ihren Schmerzen

Falls Sie das Heilverfahren wegen chronischer Schmerzen beantragt haben oder unter chronischen Schmerzen leiden, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Bitte beantworten Sie die Fragen auch in dem Fall, dass Sie das Heilverfahren zwar wegen Schmerzen beantragt haben, diese jedoch inzwischen abgeklungen sind.



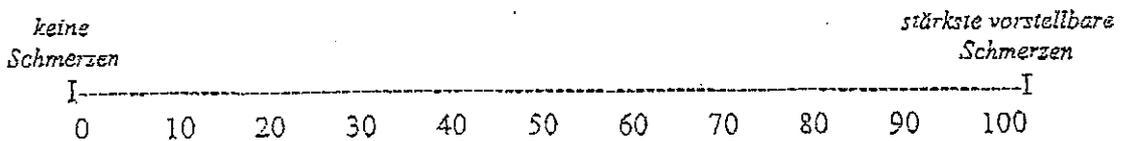
1. Wo entsteht der Schmerz? Bitte markieren Sie in der Abbildung den Schmerzort mit einem oder mehreren Kreisen (z.B. Nackenregion, unterer Rücken, Knie etc.).
2. Wohin strahlt der Schmerz aus? Falls Sie ausstrahlende Schmerzen haben, können Sie die Richtung der Schmerzausstrahlung mit einem Pfeil kennzeichnen.
3. Wie lange dauerten Ihre Schmerzen in der letzten Zeit durchschnittlich?
(Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)



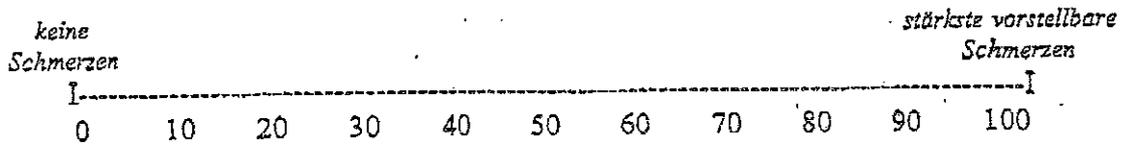
4. Wie wird der Schmerz empfunden? Bitte kreuzen Sie die nachstehenden Schmerzmerkmale an, ggf. notieren Sie den zugehörigen Schmerzort.
(z.B. Stromartiger Schmerz deutlich Nacken-Arm)

Schmerz	mässig	deutlich	stark	Schmerzort
elektrisierend, stromartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schneidend, hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Zeit durchschnittlich?
(Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)



6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Zeit, wenn es am schlimmsten war?
 (Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Skala.)



7. Wann bestehen Schmerzen?

- tagsüber
- nachts
- bei Körperruhe
- bei Körperbelastung nach
 - längerem Stehen
 - Bücken
 - Heben
 - längerem Sitzen
- bei Wetterwechsel
- bei außergewöhnlichen Belastungen
- bei Ärger, Stress, innerer Anspannung

8. Seit wann bestehen diese Schmerzen bereits?

- seit Jahren
- seit Monaten
- seit Wochen
- plötzlicher Beginn nach Verheben, Unfall, Sport
- langsame Schmerzentwicklung

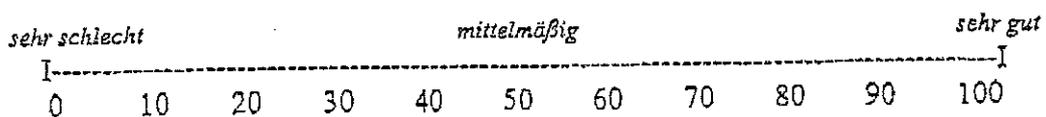
9. Haben sich Ihre Schmerzen im Verlauf der Zeit verändert?

- Nein
- Ja, sie sind schwächer geworden
- Ja, sie sind seltener geworden
- Ja, sie sind stärker geworden
- Ja, sie sind häufiger geworden

10. Was hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung - die Schmerzen zu lindern?
 (Mehrere Nennungen möglich)

- Nichts
- Einreiben/ Salbe
- Entspannung
- Aktivitäten/ Sport
- Änderung der Körperhaltung
- Tabletten
- Wärmeanwendungen
- Krankengymnastik
- Ruhigstellung, Bettruhe
- Spritzen
- Kälteanwendungen
- Massage
- Ablenkung

11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt einschätzen?
 (Machen Sie bitte entsprechend des Gesundheitszustandes ein Kreuz auf der Skala.)



Fragebogen zu Ihren Behinderungen durch die Schmerzen

Wegen der Schmerzen kann es für Sie schwierig geworden sein, alltägliche Tätigkeiten auszuführen.

Kreuzen Sie bitte an, welche der Feststellungen in der nachfolgenden Liste für Sie zutrifft oder nicht.

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hoch heben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Können Sie sich bücken, um einen Gegenstand (z.B. Geldstück oder Papier) vom Fußboden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Können Sie 1 Std. Auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf einen Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Können Sie 100 Meter laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu Behinderungen durch eine Atemwegserkrankung

Kreuzen Sie bitte an, welche der Feststellungen in der nachfolgenden Liste für Sie zutrifft oder nicht.

Ich leide nicht an einer Erkrankung der Atemwege
(bitte gleich zum nächsten Fragebogen übergehen)

	Stimmt nicht	Stimmt in etwa	Stimmt genau
1. Ich habe Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe nächtliche Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Atemnot bei 1 Etage Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin empfindlich gegenüber inhalativen Reizen (Rauch, Auspuffgase, Kuchendünste, Kälte u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin sehr häufig erkältet (mehr als 4 x/Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin oft deprimiert wegen meiner Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich so hilflos, weil ich eine Atemwegserkrankung habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir kaum Sorgen wegen meiner Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine Atemwegserkrankung hat wenig Auswirkungen auf mich und meine Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt und gereizt

meistens

oft

von Zeit zu Zeit gelegentlich

überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht mehr ganz so
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine angstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich kann lachen

und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein angstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich
- sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Fragebogen zu Ihrem allgemeinen Wohlbefinden

Es folgen einige Fragen zu Ihrer Zufriedenheit und Ihrem Wohlbefinden in Ihrer jetzigen Lebenssituation. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an.

1. Bitte schätzen Sie zunächst ein, wie zufrieden Sie *im Allgemeinen* mit Ihrem Leben sind:
 Im Allgemeinen bin ich mit meinem Leben ...
- | | | | | | | |
|--|------------------------|----|----|---|---|----------------------|
| | äußerst
unzufrieden | | | | | äußerst
zufrieden |
| | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 3 |

2. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit die hier aufgeführten Bereiche zu Ihrer Zufriedenheit und zu Ihrem Wohlbefinden beitragen:

Folgender Bereich trägt zu Zufriedenheit und Wohlbefinden bei:

	gar nicht				sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
Arbeit/Beruf	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Familie/Kinder	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Freizeit	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

3. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit es in den hier aufgeführten Bereichen bei Ihnen Schwierigkeiten und Probleme gibt:

In folgenden Bereichen gibt es Schwierigkeiten und Probleme:

	gar nicht				sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
Arbeit/Beruf	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Familie/Kinder	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Freizeit	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

4. Wie unzufrieden sind Sie aufgrund dieser Schwierigkeiten/Probleme:
- | | | | | | | |
|--|------------------------|----|----|---|---|-----------------------------|
| | äußerst
unzufrieden | | | | | gar
nicht
unzufrieden |
| | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 3 |

5. Wie wirken sich diese Schwierigkeiten und Probleme auf Ihre Gesundheit aus:
- | | | | | | | |
|--|--------------------|----|----|---|---|-------------------------------|
| | äußerst
negativ | | | | | überhaupt
nicht
negativ |
| | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 3 |

Füllen Sie diese Seite/Fragen bitte nur aus, falls Sie Änderungswünsche in bestimmten Lebensbereichen haben.

6. Bitte kreuzen Sie an, in welchen Lebensbereichen Sie gern etwas verändern möchten:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Arbeit/Beruf | <input type="checkbox"/> | Freizeit | <input type="checkbox"/> |
| Familie/Kinder | <input type="checkbox"/> | Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| Ehe/Partnerschaft | <input type="checkbox"/> | Wohnsituation | <input type="checkbox"/> |
| Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> | Sonstige Personen | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> | Sonstige Umstände | <input type="checkbox"/> |

7. Bitte tragen Sie hier ein, was Sie gerne verändern möchten:

8. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> | Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| Partner/Partnerin | <input type="checkbox"/> | Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| Gruppenangebote
(z. B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | Informationen aus Fernsehen,
Büchern, Broschüren usw. | <input type="checkbox"/> |
| Ich selbst | <input type="checkbox"/> | Entspannung | <input type="checkbox"/> |
| Seelsorgerische Beratung | <input type="checkbox"/> | Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

9. Bitte geben Sie nun an, was die gewünschten Veränderungen erschweren oder verhindern könnte:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> | Partner / Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| Gewohnheiten | <input type="checkbox"/> | Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnder Wille | <input type="checkbox"/> | Berufliche Situation | <input type="checkbox"/> |
| Zeitmangel, Stress | <input type="checkbox"/> | Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> | Sonstige Personen | <input type="checkbox"/> |
| Mangelndes
Durchsetzungsvermögen | <input type="checkbox"/> | Sonstige Umstände | <input type="checkbox"/> |

10. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

Überhaupt nicht schwierig	1	2	3	4	5	sehr schwierig
---------------------------	---	---	---	---	---	----------------

11. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

Überhaupt nicht erreichbar	1	2	3	4	5	sehr erreichbar
----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------

Fragebogen zu Ihren Rauchgewohnheiten

Bitte füllen Sie diese Seite aus, falls Sie Raucher/In sind oder das Rauchen erst vor kurzer Zeit aufgegeben haben.

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
- 6 - 30 Minuten
- 31 - 60 Minuten
- Nach 60 Minuten oder später

2. Finden Sie es schwierig, sich an ein Rauchverbot (z. B. in Kirche, Bucherei, Kino etc.) zu halten?

- Ja
- Nein

3. Ab welcher Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die erste am Morgen
- Andere

4. Wieviele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?

- Bis 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 und mehr

5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- Ja
- Nein

6. Kommt es vor, daß Sie rauchen wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Ja
- Nein

Fragebogen zu Ihren Erwartungen an die Rehabilitation

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten in einer Rehabilitationsklinik beschreiben. Sicherlich sind auch Sie mit bestimmten Erwartungen und Wünschen hierher in diese Klinik gekommen. Und sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen an das, was die Rehabilitation längerfristig bewirken soll (z. B. im nächsten Jahr in Beruf oder Alltag).

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen der Reihe nach durch und kreuzen Sie bei jeder Aussage an, in welchem Maße die genannten Erwartungen und Wünsche auf Sie zutreffen.

	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
<i>ich erwarte / ich hoffe, dass ...</i>				
• ich mich erhole ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• man mir eine genaue Diagnose mitteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich bald wieder wie früher arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich lerne gesünder zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mein Selbstvertrauen gestärkt wird, und dass man mir Mut macht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich beruflichen Stress abbauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• man mir bei einer Rentenantragstellung hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 3:
Interviewleitfaden (allgemeiner Teil)

INFORMATIONSBLATT

Sehr geehrte

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an einer Befragung über den Fragebogen zur Rehabilitation teilzunehmen.

Das Klinikum Holsteinische Schweiz schickt seit längerer Zeit vor Beginn der Reha-Maßnahme einen Fragebogen an alle Patienten und Patientinnen aus. Sie haben ebenfalls einen solchen Fragebogen zugeschickt bekommen. Mit dem Fragebogen möchte die Klinik schon im Vorfeld einige Informationen zu ihrer Gesundheit und weitere für Ihre Rehabilitation wichtige Aspekte erfahren.

Durch die aktuelle Befragung möchten wir eine Rückmeldung über ihre Erfahrungen mit diesem Fragebogen erhalten. Das Ziel der Untersuchung besteht darin, mögliche Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens zu erkennen.

Die Befragung wird voraussichtlich 50 Minuten in Anspruch nehmen. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung zurückziehen. Die Weigerung, an der Befragung teilzunehmen, hat für Sie keinerlei Nachteile zur Folge.

Die Datenverwaltung erfolgt durch das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck. Die Dokumentation der Daten aus dem Fragebogen erfolgt ohne Angabe von Namen, Geburtsdatum und Versichertennummer. Auch die Erfassung der Daten aus dem Interview erfolgt in anonymisierter Form. Ein Rückschluss auf Ihre Person kann damit nicht erfolgen. Ihre Angaben werden nicht an die hiesige Rehabilitationsklinik, an eine andere Institution oder Firma weitergegeben. Die wissenschaftliche Auswertung, Veröffentlichung und Archivierung der Daten erfolgen ebenfalls nur in anonymisierter Form.

Für weitere Fragen stehen Ihnen gerne Herr Meyer (Tel. 0451 / 799 2526) oder Frau Dr. Deck (Tel. 0451 / 799 2513) vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck zur Verfügung.

Lübeck, im April 2003

Thorsten Meyer, Dipl.-Psych.

Dr. Ruth Deck

Zum Verbleib beim Projekt

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Projekt: Beurteilung des Fragebogens zur Rehabilitation
auf der Grundlage eines offenen Interviews mit Patienten/innen**

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Ich bin damit einverstanden, an dem Interview teilzunehmen.

Ich bin schriftlich und mündlich über das Ziel, die praktische Durchführung und den zu erwartenden Nutzen aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die im Interview und im Fragebogen erhobenen Daten wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Bearbeitung der Daten erfolgt anonym, eine Weitergabe an staatliche oder private Einrichtungen ist ausgeschlossen. Die Durchführung des Projektes unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich bin jederzeit berechtigt, ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Befragung abzulehnen. Durch eine Nichtteilnahme entstehen mir keinerlei Nachteile.

Ich habe eine Kopie der schriftlichen Aufklärung und dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Pseudonym für Patienten der Studie

Fragebogen zur Rehabilitation

erster Buchstabe Vorname (Rufname)	erster Buchstabe Nachname	Geburtsjahr (2-stellig)

Die Zuordnung des Pseudonyms zu den Daten wird nach erfolgter Zusammenführung der Daten und der Vergabe einer Studiennummer auf den Erhebungsbögen vernichtet.

Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck

Leitfaden-Interview zur Befragung von Rehabilitationspatienten/innen über die Validität von Angaben im Patienten/innen-Fragebogen

Anmerkung für den/die Interviewer/in: In den schattierten Feldern finden sich die Zieldimensionen der Fragen (Normalschrift) bzw. Handlungsanweisungen (kursiv). Die Fragen sind vorformuliert und sollen sinngemäß im Interview gestellt werden. Prinzipiell gilt es, die Aussagen der Patienten in den Feldern unter den Fragen schriftlich zu dokumentieren bzw. wenn notwendig auf der Rückseite des Bogens. Die Ankreuzfelder dienen nur der einfacheren Dokumentation, um den/der Befragten möglichst viel Aufmerksamkeit entgegenbringen zu können, sie sind nicht als erschöpfende Antwortkategorien aufzufassen!

A. Einführung / Information

Die Klinik schickt seit längerer Zeit im Vorfeld der Behandlung einen Fragebogen aus. Sie haben ebenfalls einen zugeschickt bekommen. Wir würden gerne erfahren, wie Sie beim Ausfüllen des Fragebogens vorgegangen sind, ob sie Schwierigkeiten dabei gehabt haben, welche Teile vom Fragebogen Ihnen möglicherweise Probleme bereitet haben.

Aus diesem Grunde bin ich von Seiten der Klinik beauftragt worden, zwei Wochen lang alle Patienten dieser Klinik zu ihren Erfahrungen mit dem Fragebogen zu befragen. Ihre Erfahrungen und Einschätzungen sollen der Klinik helfen, den Fragebogen ggf. zu verändern.

Alle Angaben, die Sie machen, werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Alles, was ich während unseres Gesprächs dokumentiere, bleibt anonym.

*Informationsblatt
ausgeben,
Einverständnis
einholen*

Bevor wir uns dem Fragebogen im einzelnen zuwenden, würde ich Ihnen gerne zunächst einige allgemeine Fragen stellen:

Eisbrecher und
Hintergrund-
informationen

A1 Was machen Sie beruflich?

A2 Ist das Ihre erste Reha?

A3 Warum sind Sie hierher gekommen?

A4 Haben Sie selber einen Antrag gestellt oder wurden Sie von Ihrer Krankenkasse dazu aufgefordert, einen Antrag zu stellen?

- Antrag selber aus Eigeninitiative gestellt
- Antrag aus Initiative des Arztes gestellt
- geschickt worden (Krankenkasse)

A5 Was haben Sie sich gedacht: wozu schicken die mir so einen Fragebogen, wozu brauchen die diese Angaben?

vorgestellter
Zweck / Nutzen
des Fragebogens
für die Klinik

B. Situation beim Ausfüllen des Fragebogens

B1 Wann haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?
(vor wie viel Tagen)

Zeitraum bis zum
Antritt der Reha

B2 Wo haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

Örtlichkeit;
Vertrautheit der
Situation

B3 Haben Sie den Fragebogen „in einem Rutsch“ ausgefüllt oder
mit größeren Unterbrechungen?

Erinnerungshilfe,
Unterbrechungen

- in einem unterbrochen
 2 Zeitpunkte > 2 Zeitpunkte
Range Beginn-Ende: _____ Tage

B4 Wie lange haben Sie in etwa für das Ausfüllen gebraucht?

Dauer Ausfüllen

B5 Haben Sie den Fragebogen mit jemanden zusammen ausgefüllt?

- niemand 1 Person >1 Personen: _____(Anz.)

Hilfen
Wer hat den Fragebogen tatsächlich ausgefüllt?

B6 Wenn ja: Wer war beim Ausfüllen beteiligt?

- (Ehe-) Partner Kind Elternteil
 Freund/in sonstige: _____

Beziehung zu den helfenden Personen

B7 Worin bestand die Beteiligung?

Art der Hilfe

B8 Haben Sie Unterstützung gebraucht oder wollte Ihnen die Person einen Gefallen tun bzw. am Ausfüllen des Fragebogens teilhaben?

Notwendigkeit der Unterstützung

falls schon konkreter Bezug auf einzelne Aspekte des Fragebogens genommen wird, darauf verweisen, dass der Fragebogen noch im einzelnen durchgesprochen wird

B9 Wenn nein: Waren noch andere Personen anwesend, als Sie den Fragebogen ausgefüllt haben?

möglicher Einfluss sozialer Kontrolle / sozialer Unterstützung

nein

ja:

(Ehe-) Partner

Kind

Elternteil

Freund/in

sonstige: _____

B10 Haben diese Personen gesehen, was Sie ausfüllen?

B11 Haben Sie diese Personen am Ausfüllen teilhaben lassen?

B12 Hätten Sie einige Dinge anders ausgefüllt, wenn diese Person nicht mit dabei gewesen wäre?

C. Literacy

C1 Haben Sie schon einmal einen vergleichbaren Fragebogen ausfüllen müssen (z.B. in der Verwaltung, bei Anträgen etc.)?

- nein ja:

Erfahrung im
Umgang mit
Fragebögen

C2 **Wenn ja:** Wann haben Sie das letzte Mal einen Fragebogen ausfüllen müssen?

- < 1 Monat 1-6 Monate
 6-12 Monate > 1 Jahr

C3 Müssen Sie im Alltag häufiger etwas selbst schreiben (z.B. bei der Arbeit; oder in der Freizeit: Briefe, Karten, Kreuzworträtsel)?

Schreib-
kompetenz

C4 Was lesen Sie in der Regel im Alltag (Zeitung, Zeitschriften, Bücher o.ä.)?

Lesekompetenz

D. Erwartungen, Ziele, Motivation

D1 Was erwarten Sie sich von ihrem Aufenthalt in der Klinik hier?
Was ist ihr persönliches Ziel ihres Aufenthaltes?
Gibt es weitere Ziele, die Sie sich vorgenommen haben?

Identifizierung von
Erwartungen/
Zielen
(kurzfristig +
längerfristig)

Nur bei Ziel Rentenantrag:

D2 Haben Ihre Erwartungen an die Reha beim Ausfüllen des
Fragebogens eine Rolle gespielt? D.h. haben Sie sich gedacht,
wenn ich das jetzt so-und-so ausfülle, dann denken die etwas
Falsches von mir?

Soziale
Erwünschtheit,
Rolle von
Erwartungen

Nur bei Ziel Rentenantrag:

D3 Gab es Fragen, die Sie so beantwortet haben, dass Sie Ihre
Ziele für ihren Aufenthalt hier oder Ihre längerfristigen Ziele
besser erreichen?

Rolle von
Erwartungen/
Zielen

E. Schwierigkeiten beim Ausfüllen

E1 Wie fanden Sie das, den Fragebogen auszufüllen?

War das eine lästige Pflicht, hat Ihnen das Spaß gemacht, haben Sie sich über bestimmte Dinge geärgert, hat der Fragebogen Sie schon auf die Rehabilitation eingestimmt, ...?

Identifizierung der
allgemeinen
Bewertung und
emotionalen
Reaktion auf den
Fragebogen

E2 Welche Schwierigkeiten haben Sie beim Ausfüllen des Fragebogens gehabt?

Identifizierung von
allgemeinen
inhaltlichen und
formalen
Problemen

Anhang 4:

Interviewleitfaden (Klinikum Holsteinische Schweiz)

Ich würde jetzt gerne mit Ihnen zusammen den Fragebogen durchgehen. Bitte zeigen Sie mir dabei die Fragen, die wir Ihrer Meinung nach verändern sollten, d.h. umformulieren, ganz weglassen usw.. Zeigen Sie mir bitte auch die Fragen, bei denen Sie nicht genau wussten, was Sie ausfüllen sollten, was Sie ankreuzen sollten, wie die Fragen gemeint waren. Bei einigen Teilen des Bogens werde ich Ihnen ausführlichere Fragen stellen.

Vorlage des Fragebogens, direkter Übergang zum spezifischen Teil des Interviews

Seite 2: G. Gesundheitszustand

G1 Als Sie Ihren Gesundheitszustand beurteilen sollten, an was haben sie dabei gedacht?

Bedeutung Begriff „Gesundheit“

G2 Ist Ihnen die Beurteilung dieser Frage eher leicht oder eher schwer gefallen?

Umgang mit Antwortkategorien

G3 Was hat sich gegenüber dem letzten Mal geändert?

Konstanz der Beurteilung

Den folgenden Fragebogen Teil Seite für Seite durchgehen. Wenn nicht spezielle Fragen vermerkt sind, sollten sinngemäß die folgenden Fragen bei jeder Seite gestellt werden:

Gab es Fragen, die sie nicht beantwortet haben? Aus welchen Gründen?

Identifizierung von inhaltlichen und formalen Schwierigkeiten.

Haben Sie verstanden, worum es bei diesen Fragen geht? Haben Sie alle Fragen verstanden?

Haben Sie verstanden, wie sie ankreuzen sollen?
Waren die Antwortvorgaben verständlich?

Dokumentation auf diesem Bogen mit Verweis auf jeweilige Fragebogenstelle!

Gab es für Sie Unklarheiten / Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieser Seite [Inhalte kurz verbalisieren]

[Haben Sie sich über bestimmte Frage gewundert? geärgert?]
[Würden Sie heute vergleichbare Antworten geben wie zum Zeitpunkt des Ausfüllens?]

Seite 7: G. Lebensgewohnheiten

G4 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Qualität und
Quantität von
Alkoholkonsum;
Kurze „Alkohol-
Anamnese“

G5 Wie viel müssen Sie trinken, um angeben zu können, dass sie
öfter Alkohol trinken? (auf Antwortkategorie zeigen)

Umgang mit
Antwortkategorien

G6 Rauchen Sie? Was rauchen Sie? Wie viel rauchen Sie in
etwa?

Qualität und
Quantität von
Nikotinkonsum;
Kurze „Raucher-
Anamnese“

Seite 8 G. AU-Tage

G7 Hatten Sie die Anzahl Ihrer Krankheitstage auf Anhieb parat oder mussten Sie erst einmal genauer überlegen?

Grundlage der Angabe

G8 Wie sind Sie auf die genaue Anzahl genau gekommen? Haben Sie gezählt, eher geschätzt, sind sie anders vorgegangen?

Grundlage der Angabe und Sicherheit in der Beurteilung

G9 Wie sicher waren Sie sich bei Ihrer Angabe in Bezug auf die letzten 12 Monate?

Grundlage der Angabe und Sicherheit in der Beurteilung

Den folgenden Fragebogenteil Seite für Seite durchgehen. Wenn nicht spezielle Fragen vermerkt sind, sollten sinngemäß die folgenden Fragen bei jeder Seite gestellt werden:

Gab es Fragen, die sie nicht beantwortet haben? Aus welchen Gründen?

Identifizierung von inhaltlichen und formalen Schwierigkeiten.

Haben Sie verstanden, worum es bei diesen Fragen geht? Haben Sie alle Fragen verstanden?

Haben Sie verstanden, wie sie ankreuzen sollen?

Waren die Antwortvorgaben verständlich?

Dokumentation auf diesem Bogen mit Verweis auf jeweilige Fragebogenstelle!

Gab es für Sie Unklarheiten / Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieser Seite [Inhalte kurz verbalisieren]

[Haben Sie sich über bestimmte Frage gewundert? geärgert?]
[Würden Sie heute vergleichbare Antworten geben wie zum Zeitpunkt des Ausfüllens?]

**Seite 15 G. Gesundheitsbedingte Einschränkungen
Subjektive Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit**

G10 An was haben Sie gedacht, als sie diese Frage gelesen haben? An welche Form von Leistungsfähigkeit?

Bedeutung Begriff
Leistungsfähigkeit

G11 Auf der rechten Seite dieser Skala steht „völlig beeinträchtigt“. Was stellen Sie sich darunter vor? Haben Sie diesen Zustand selber schon einmal erlebt?

Identifizierung der
Bewertungsdimension bzw.
Verankerung der
Bewertung

G12 Ist Ihnen die Einordnung dieser Skala eher leicht oder eher schwer gefallen?

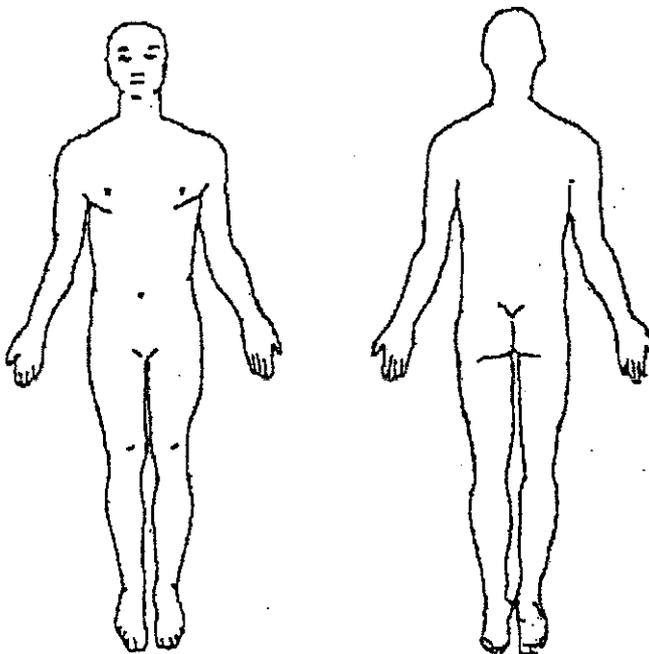
Sicherheit in der
Beurteilung

Seite 15 G- Gesundheitsbedingte Einschränkungen
Vorhandensein von Schmerzen

G13 Haben Sie zur Zeit Schmerzen? In welchen körperlichen Bereichen leiden Sie zur Zeit unter Schmerzen?

„Kleine Schmerz-
anamnese“
Konkordanz mit
Fragebogen

Können Sie mir bitte auf dieser Zeichnung angeben, an welchen Stellen Sie Schmerzen verspüren?



G14 Wenn Sie an den Zeitpunkt zurückdenken, an dem sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben: Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? In welcher Art und Weise?

Zeitliche Stabilität
der Angaben

Seite 15 G. Gesundheitsbedingte Einschränkungen
Durchschnittliche Schmerzintensität

G15 Mit dieser Frage wurden sie gebeten anzugeben, wie stark diese Schmerzen sind. An welche der eben genannten Schmerzen haben Sie gedacht, als sie diese Frage beurteilt haben?

Umgang mit
 Bildung eines
 Durchschnitt-
 Wertes
 (subjektiver
 Bezugspunkt)

G16 Ist Ihnen die Einordnung dieser Skala eher leicht oder eher schwer gefallen?

Schwierigkeiten
 bei der
 Beantwortung
 Umgang mit
 Bildung eines
 Durchschnitt-
 Wertes

G17 An was haben Sie bei „unerträgliche Schmerzen“ gedacht? Was war bisher ihre stärkste Schmerzintensität auf dieser Skala?

Umgang mit
 Bildung eines
 Durchschnitt-
 Wertes
 (Identifizierung
 der Verankerung)

Ich möchte Sie zum Abschluss bitten, einen ausgewählten Teil des Fragebogens noch einmal auszufüllen. Mit dem erneuten Ausfüllen möchten wir herausbekommen, ob der Fragebogen genügend zuverlässige Informationen liefert.

Retest-Version
 des Fragebogens
 zur Bearbeitung
 vorlegen

Fragebogen
 bearbeiten lassen,
 dabei auf
 räumliche und
 zeitliche Ruhe
 achten

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

TM, RD 02/03; TM 07/03

Anhang 5:
Interviewleitfaden (Fachklinik Aukrug)

Ich würde jetzt gerne mit Ihnen zusammen den Fragebogen durchgehen. Bitte zeigen Sie mir dabei die Fragen, die wir Ihrer Meinung nach verändern sollten, d.h. umformulieren, ganz weglassen usw.. Zeigen Sie mir bitte auch die Fragen, bei denen Sie nicht genau wussten, was Sie ausfüllen sollten, was Sie ankreuzen sollten, wie die Fragen gemeint waren. Beim Teil über Schmerzen werde ich Ihnen ausführlichere Fragen stellen.

Vorlage des Fragebogens, direkter Übergang zum spezifischen Teil des Interviews

Im folgenden den Fragebogen-Teil zu Schmerzen durchgehen.

Seite 1, Frage 1: F. Lokalisation der Schmerzen

F1 Haben Sie heute Schmerzen?

Hintergrund

F2 Sie wurden mit dieser Frage gebeten, die Stelle(n) anzugeben, an dem Sie Schmerzen verspüren. Haben Sie Schwierigkeiten gehabt, den Ort Ihrer Schmerzen auf diesem Bild darzustellen?

Umgang mit der Schmerzzeichnung

F3 Wie genau konnten Sie mit Hilfe dieser Zeichnung den Ort Ihrer Schmerzen tatsächlich darstellen?

Umgang mit der Schmerzzeichnung

F4 Ändern sich die Schmerzorte bei Ihnen oder haben sie mehr oder weniger an den gleichen Körperstellen Schmerzen?

Konstanz der Angaben

Seite 1, Frage 3: F. Dauer der Schmerzen

F5 Sie haben verschiedene Schmerzorte angegeben. In der folgenden Frage wird nach der Dauer Ihrer Schmerzen gefragt. Auf welche Schmerzen haben Sie ihre Antwort bezogen?

Nur fragen, wenn verschiedene Schmerzorte angegeben wurden!

Urteilsbildung

F6 Bei dieser Frage wurden Sie nach der durchschnittlichen Dauer ihres Schmerzes gefragt. Konnten Sie ohne groß zu überlegen eine Antwort geben oder ist es Ihnen die Antwort eher schwer gefallen?

Umgang mit Bildung eines Durchschnitt-Wertes

F7 Was verstehen Sie unter einem „ständigen Dauerschmerz“?

Verständnis des Begriffs (auch Schmerzen in der Nacht?)

F8 Sie haben den Fragebogen ja vor ... [Tagen/Wochen] ausgefüllt. Hat sich an der Dauer der Schmerzen in der Zwischenzeit etwas geändert?

Zeitliche Konstanz der Schmerzdauer

Seite 1, Frage 4: F. Schmerzqualitäten

F9 In der folgenden Frage wurden verschiedene Formen aufgeführt, wie Schmerz erlebt werden kann. Trafen diese Beschreibungen – elektrisierend, stromartig, dumpf, pochend, schneidend, hell - auf Ihr Erleben zu?

Gültigkeit der Schmerzqualitäten für den/die Betroffene

F10 Wenn nein: Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

Gültigkeit der Schmerzqualitäten für den/die Betroffene

F11 Ist Ihnen die Beantwortung dieser Frage eher leicht oder eher schwer gefallen? (Wenn schwer: Warum?)

Schwierigkeiten bei der Beantwortung

Seite 1, Frage 5: F. Schmerzintensität

F12 Mit dieser Frage wurden sie gebeten anzugeben, wie stark diese Schmerzen sind. An welche der eben genannten Schmerzen haben Sie gedacht, als sie diese Frage beurteilt haben?

Umgang mit
Bildung eines
Durchschnitt-
Wertes
(subjektiver
Bezugspunkt)

F11 Ist Ihnen die Einordnung dieser Skala eher leicht oder eher schwer gefallen?

Schwierigkeiten
bei der
Beantwortung;
Umgang mit
Bildung eines
Durchschnitt-
Wertes

F12 An was haben Sie bei „stärkste vorstellbare Schmerzen“ gedacht? Was war bisher ihre stärkste Schmerzintensität auf dieser Skala?

Umgang mit
Bildung eines
Durchschnitt-
Wertes
(Identifizierung
der Verankerung)

Seite 2, Frage 6: F. Schmerzintensität (worst case)

F14 An welche Situation haben Sie bei dieser Frage gedacht? Wann war das?

Verankerung
(konkrete
Situation
identifizierbar?)

Seite 2, Frage 7-9: F. Zeitpunkt der Schmerzen / Beginn der Schmerzen / Änderung der Schmerzen

Bei diesen Frage wurden Sie gebeten anzugeben, in welchen Situationen Sie Schmerzen haben, seit wann Ihre Schmerzen bestehen und ob sie sich im Verlauf der Zeit verändert haben.

Beurteilung der Sicherheit / Genauigkeit der Einschätzung

F15 Ist Ihnen die Beantwortung dieser Fragen leicht gefallen? Konnten Sie diese Frage eindeutig beantworten?

F16 Konnten Sie sich genau erinnern oder haben Sie hier eher Pi-mal-Daumen geschätzt?

Beurteilung der Sicherheit / Genauigkeit der Einschätzung

Seite 2, Frage 10: F. Methoden der Schmerzlinderung

F17 Gibt es etwas [eine Methode der Schmerzlinderung], was Ihnen geholfen hat, was aber in der Liste fehlt?

Ergänzung zum Fragebogen notwendig?

Seite 2, Frage 11: F. Gesundheitszustand

F20 Als Sie Ihren Gesundheitszustand beurteilen sollten, an was haben sie dabei gedacht?

Bedeutung Begriff „Gesundheit“

F21 Ist Ihnen die Beurteilung dieser Frage eher leicht oder eher schwer gefallen?

Umgang mit VAS

F22 Was hat sich gegenüber dem letzten Mal geändert?

Konstanz der Beurteilung

Den folgenden Fragebogen Seite für Seite durchgehen. Wenn nicht spezielle Fragen vermerkt sind, sollten sinngemäß die folgenden Fragen bei jeder Seite gestellt werden:

Gab es Fragen, die sie nicht beantwortet haben? Aus welchen Gründen?

Identifizierung von inhaltlichen und formalen Schwierigkeiten.

Haben Sie verstanden, worum es bei diesen Fragen geht? Haben Sie alle Fragen verstanden?

Haben Sie verstanden, wie sie ankreuzen sollen?

Waren die Antwortvorgaben verständlich?

Dokumentation auf diesem Bogen mit Verweis auf jeweilige Fragebogenstelle!

Gab es für Sie Unklarheiten / Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieser Seite [Inhalte kurz verbalisieren]

[Haben Sie sich über bestimmte Frage gewundert? geärgert?]

[Würden Sie heute vergleichbare Antworten geben wie zum Zeitpunkt des Ausfüllens?]

Ich möchte Sie zum Abschluss bitten, einen ausgewählten Teil des Fragebogens noch einmal auszufüllen. Mit dem erneuten Ausfüllen möchten wir herausbekommen, ob der Fragebogen genügend zuverlässige Informationen liefert.

*Retest-Version
des Fragebogens
zur Bearbeitung
vorlegen*

*Fragebogen
bearbeiten lassen,
dabei auf
räumliche und
zeitliche Ruhe
achten*

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Soziodemographische Merkmale

Sind Sie

- männlich
- weiblich

Ihr Alter (in Jahren)

Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- geschieden / getrennt lebend
- verwitwet

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- Hauptschule / Volksschule
- Realschule / Mittlere Reife
- Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife
- Abitur / allgemeine Hochschulreife
- anderen Schulabschluss
- keinen Schulabschluss

Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Lehre (berufliche-betriebliche Ausbildung)
- Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- Fachakademie)
- Fachhochschule, Ingenieurschule
- Universität, Hochschule
- andere Berufsausbildung
- keine Berufsausbildung

Anhang 6:
Fragebogen für Ärztinnen und Ärzte

Ehrlichkeit

Der Patient war im Verlauf der Reha-Maßnahme um **ehrliche Aussagen zur eigenen Person** bemüht.

<input type="checkbox"/> trifft (nahezu) uneingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nur eingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	--	---

kann ich nicht
beurteilen

Es liegen Hinweise für eine bewusste Verzerrung von persönlichen Angaben vor...
im Sinne einer **bewussten Überspitzung tatsächlich vorhandener Eigenschaften**.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Es liegen Hinweise für eine bewusste Verzerrung von persönlichen Angaben vor...
im Sinne einer **bewussten eindeutigen Abweichung von tatsächlich vorhandenen Eigenschaften („Simulation“)**.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Offenheit / Selbstauskunftswille

Der Patient zeigte eine angemessene Bereitschaft zur Selbstauskunft über persönliche Belange.

<input type="checkbox"/> trifft (nahezu) uneingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nur eingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen
---	--	---	--

Es liegen Hinweise für eine fehlende Bereitschaft zur Offenbarung von persönlichen Belangen vor.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbild

Das Bild, das der Patient von seinem psychischen, körperlichen und funktionellen Zustand hat, stimmt im Großen und Ganzen mit meinem Bild vom Patienten überein.

<input type="checkbox"/> trifft (nahezu) uneingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nur eingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	--	---

Es liegen Hinweise für eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild vor.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Kognitives Funktionsniveau

Das kognitive Funktionsniveau (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verständnis, kognitive Strukturiertheit) des Patienten ist ausreichend, um Fragebogenmaterial eigenständig ausfüllen zu können.

<input type="checkbox"/> trifft (nahezu) uneingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nur eingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen
---	--	---	--

Es liegen Hinweise für eingeschränkte kognitive Funktionen vor.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Übereinstimmung zwischen Erwartungen von Patient und Klinik

Die Ziele bzw. Erwartungen, die der Patient von seiner medizinischen Rehabilitation hat, stimmen im Großen und Ganzen mit denen der Klinik überein.

<input type="checkbox"/> trifft (nahezu) uneingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nur eingeschränkt zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen
---	--	---	--

Es liegen Hinweise für eine deutliche Diskrepanz zwischen den Zielen / Erwartungen des Patienten und denen der Klinik vor.

<input type="checkbox"/> nein, keine	<input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja, deutliche
---	--	---

bitte spezifizieren:

vermuteter Grund:

Wie stark ist der Patient insgesamt motiviert, an der Reha-Maßnahme teilzunehmen?

überhaupt nicht motiviert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	sehr stark motiviert
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

Wie stark ist das Leistungsvermögen des Patienten insgesamt beeinträchtigt?

überhaupt nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	völlig beeinträchtigt
--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------

