



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg,
Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.**

Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg

Projekt-Nr. 148

Prof. Dr. Thomas Kohlmann, Dipl.-Psych. Ines Buchholz

Abschlussbericht

November 2012

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Ines Buchholz
Institut für Community Medicine/Abteilung Methoden
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Str. 48
17475 Greifswald

Telefon 03834 86 77 80
Email ines.buchholz@uni-greifswald.de

Inhaltsverzeichnis

A EINLEITUNG	3
1 Hintergrund	3
2 Studie und Studienziel	5
3 Fragestellungen	5
B HAUPTTEIL	6
4 Methode	6
4.1 Studientyp	6
4.2 Patientenrekrutierung.....	6
4.2.1 Probleme bei der Rekrutierung.....	7
4.2.2 Geplante und realisierte Stichprobengrößen	7
4.3 Die Interventionsmaßnahme	9
4.4 Anzahl der Messzeitpunkte, Erhebungs- und Messinstrumente.....	9
4.5 Auswertungsstrategien	11
4.5.1 Auswertungskollektive	12
4.5.2 Praktikabilität des Versandmodus	13
4.5.3 Nutzen und Praktikabilität aus Behandlersicht.....	13
4.5.4 Akzeptanz und Nutzen aus Patientensicht.....	14
4.5.5 Zusammenfassung und sich daraus ergebende Besonderheiten	14
für die Datenanalyse	14
5 Stichprobenbeschreibungen	16
5.1 Die Stichprobe der Rehabilitanden	16
5.1.1 Subjektive Gesundheit: die Funktionsskalen des SF-12.....	18
5.2 Die Stichprobe der Behandler	20
6 Ergebnisse	21
6.1 Praktikabilität des Versandmodus	21
6.1.2 Rückschlüsse aus dem Rücklauf der Studienunterlagen.....	21
6.1.2 Informationen aus den Dokumentationen im Aufnahmegespräch.....	23
6.2 Individualbeurteilung	27
6.3 Globalbeurteilung.....	30
6.3.1 Freitextliche Rückmeldungen.....	32
6.4 Patientenseitige Akzeptanz.....	35
6.5 Patientenseitiger Nutzen.....	38
6.6 Erfahrungen von Patienten bezüglich der Partizipation an	40
Zielvereinbarungen während der Rehabilitation	40
6.6.1 Gespräch über Reha-Ziele und dessen Zeitpunkt(e).....	40
6.6.2 Zielvereinbarungspraxis: Partizipation und Wahrnehmung der.....	41
Zielberücksichtigung und -verfolgung im Rehabilitationsprozess	41
6.6.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung sowie der Rehabilitation insgesamt.....	44
6.6.4 Exkurs: Deskriptive Kennwerte des PARZIVAR auf Itemebene	46
6.7 Veränderungen im selbstberichteten Gesundheitszustand	48

7	Multivariate Betrachtungen	49
8	Diskussion	52
8.1	Praktikabilität eines Fragebogen-Vorab-Versandes.....	52
8.2	Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität des Zielefragebogens aus Patienten- und Behandlersicht	54
8.3	Proximale und distale Effekte der Interventionsmaßnahme.....	55
8.4	Bewertung von Aussagekraft und Reichweite der Ergebnisse	59
8.4.1	Studiendesign	59
8.4.2	Inhaltliche Implikationen.....	60
8.4.3	Methodische Gesichtspunkte und Implikationen	63
C SCHLUSSTEIL		67
9	Zusammenfassung	67
10	Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse	70
11	Weitere Analysen nach Studienende	71
12	Übersicht der Anhänge	72
13	Literaturverzeichnis	73
14	Vorträge und Veröffentlichungen	77
15.	Anhang	78

EXECUTIVE SUMMARY

Hintergrund und Ziele

Das Vorziehen oder Vorbereiten von Zielvereinbarungen wird in Fachkreisen bereits seit einigen Jahren diskutiert (Meyer et al. 2009, Schliehe 2009). Mit dem Projekt „Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg“ sollten Versicherte der Deutschen Rentenversicherungen durch einen im Vorfeld der Rehabilitation versandten Zielefragebogen angeregt werden, sich mit ihren eigenen Reha-Zielen auseinanderzusetzen. Dazu wurde nach dem Vorbild der Vorbereitungsbroschüre der DRV Bund, „Rehabilitation - Was erwartet mich dort?“, ein Fragebogen erstellt, der allgemeine Informationen sowie Beispiele zu Reha-Zielen gibt und Freitextfelder für die Benennung eigener Reha-Ziele beinhaltet. Die Erstellung des Fragebogens orientierte sich wesentlich an den Inhalten der Broschüre, welche sprachlich vereinfacht, gekürzt und adressatengerechter aufbereitet worden sind. Der Fragebogen wurde analog der Implementierungsstrategie der DRV Bund mit dem Bewilligungsbescheid an die Versicherten versandt. In dem Projekt sollte insbesondere untersucht werden, wie Patienten und Behandler den Nutzen und die Praktikabilität dieses Instruments einschätzen und wie erfolgreich eine solche Form des Fragebogenversands (Zugang im Vorfeld der Rehabilitation und Versand mit den Bewilligungsunterlagen) ist.

Methodik

Studienteilnehmer waren 2.782 Rehabilitanden der DRV Bund und Nord, denen im Studienzeitraum eine orthopädische (N=1.406), onkologische (N=714) oder psychosomatische (N=662) Reha-Maßnahme bewilligt wurde. In Abgrenzung zur Interventionsgruppe erhielten Patienten der Kontrollgruppe lediglich Informationen zu Reha-Zielen. Nur die Interventionsgruppe wurde gebeten, ihre persönlichen Reha-Ziele aufzuschreiben. Alle Patienten machten Angaben zu ihrem Gesundheitszustand (SF-12) und wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen in das Aufnahmegespräch mitzubringen. Bei Reha-Ende wurden die Zufriedenheit mit der Partizipation an Zielvereinbarungen, der Gesundheitszustand (SF-12) und der wahrgenommene Nutzen der Informationen zu Reha-Zielen erfasst. Die behandelnden Ärzte/Therapeuten beantworteten standardisierte Items zu verschiedenen Aspekten des (einzelfallbezogenen und Gesamt-) Nutzens und der Praktikabilität des Fragebogens. Außerdem

protokollierten sie im Aufnahmegespräch, ob der Fragebogen mitgebracht wurde bzw. die Gründe, weshalb dieser nicht vorlag.

Ergebnisse

Praktikabilität des Vorabversands

34% der angeschriebenen Rehabilitanden brachten den Fragebogen ausgefüllt in das Aufnahmegespräch mit. Der häufigste Grund für das Fehlen des Fragebogens war der Wunsch des Patienten, nicht an der Studie teilzunehmen (16%).

Nutzen und Praktikabilität des Zielefragebogens aus Behandlersicht

Aus Sicht der Behandler ist der Fragebogen geeignet, um Rehabilitanden auf Reha-Ziele einzustimmen: 56,6% gaben an, die Rehabilitanden hätten sich Gedanken zu ihren Zielen gemacht, jeder Zweite befand, sie seien besser mit der Thematik vertraut.

Grundsätzlich waren die befragten Ärzte der untersuchten Intervention gegenüber positiver eingestellt. Sie bewerteten den Zielefragebogen hinsichtlich dessen Handhabung und Integration in das Aufnahmegespräch, Format und Layout sowie rehabilitanden- und behandlerseitigen Nutzen besser als die befragten Psychologen. Weniger optimistisch waren sie bezüglich der Fähigkeit der Rehabilitanden, eigene Ziele zu benennen. Auch hielten 40% Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung, z.B. bei auftretenden Zieldiskrepanzen, gänzlich oder zumindest teilweise für möglich; dieser Aspekt spielte bei den Psychologen keine Rolle (0% Zustimmungen, 7,1% „teils/teils“). Ferner waren sie zuversichtlicher, was die Fähigkeit der Rehabilitanden anbelangt, den Fragebogen zu beantworten (62,5%, Ärzte: 47,2%) und eigene Ziele zu formulieren (77,8%, Ärzte: 41,7%).

Die aus den Bewertungen der Psychologen hervorgehenden strukturellen Erschwernisse (z.B. zeitliche Integration des Fragebogens in das Aufnahmegespräch: Arzt 22,9% Ablehnung, Psychologe 52,9%; Relevanz der Inhalte für das Aufnahmegespräch: Arzt: 61,1% Zustimmung, Psychologe 35,3%; Eignung von Aufbau und Format für das Aufnahmegespräch: Arzt: 51,4% Zustimmung, Psychologe: 31,2%) sind vermutlich der Erprobung des Fragebogens im Aufnahmegespräch geschuldet. Anders als in den anderen untersuchten Indikationen werden Reha-Ziele in der Psychosomatik etwa vier Mal so häufig in einem separaten Gespräch, allerdings seltener im Aufnahmegespräch thematisiert. In der Psychosomatik werden damit of-

fenbar zeitliche und humane Ressourcen bereitgestellt, um Reha-Ziele gemeinsam zu erarbeiten, während das Aufnahmegespräch für andere Inhalte vorbestimmt ist. Die geringeren Nutzeinschätzungen könnten somit Ausdruck einer Deplatzierung des Zielefragebogens sein. Auch denkbar wäre, dass durch die besseren organisatorischen Rahmenbedingungen Zielvereinbarungen längst eine gewichtigere Bedeutung beigemessen wurde und folglich bessere Konzepte zu Zielvereinbarungen (Theoriemodelle, angewandte edukative oder therapeutische Methoden) im Klinikleitbild verankert und in den Reha-Prozess etabliert sind.

Anhand der freitextlichen Rückmeldungen der behandelnden Ärzte und Psychologen zur Implementierung und Eignung des Zielefragebogens wird deutlich, dass Scheitern oder Gelingen dieser Kurzintervention schlussendlich auch durch institutionelle Rahmenbedingungen (z.B. einheitliche Verankerung von Zielorientierung im Klinikleitbild, organisatorische Abläufe, humane und zeitliche Ressourcen, usw.) mitbestimmt werden. Das Anbieten flexibler Verwendungsmöglichkeiten des Zielefragebogens (d.h. Versand- und Einsatzmodalitäten sollten gestaltbar sein wie z.B. a) Versendung des Bogens bspw. mit dem klinikinternen Anamnesebogen und gemeinsames Besprechen von Reha-Zielen im Aufnahmegespräch, b) Aushändigung des Bogens bei der Aufnahme und Zielerarbeitung in einem separaten Gespräch) könnte daher wesentlich zum Erfolg dieser Maßnahme beitragen. Zugleich könnten mehr Rehabilitanden als die der Deutschen Rentenversicherung erreicht werden.

Akzeptanz und Nutzen und aus Patientensicht

Für die meisten Rehabilitanden waren Zielfestlegungen wichtig; die erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen nahmen 31,4% als sehr, 62,9% als teilweise hilfreich wahr. Auf Seiten der Patienten zeigte sich, dass ein offener Erhebungsansatz zur Erfassung patientenseitiger Zielvorstellungen geeignet ist. 91% der Patienten der Interventionsgruppe machten Angaben zu ihren persönlichen Reha-Zielen. Im Mittel wurden $6,9 \pm 3,6$ Ziele formuliert, die sich als Gesprächsgrundlage für das Aufnahmegespräch eignen und wichtige Anhaltspunkte über die subjektive Erlebenswelt des Patienten (Probleme, Bedürfnisse, Vorstellungen, Motivation) geben können.

Wirksamkeit der Intervention und Gegenüberstellung der Ergebnisse mit anderen Studien

Patienten der Interventionsgruppe erleben eine höhere Selbstbestimmung im Hinblick auf die Definition von Reha-Zielen: während jeder Vierte (24,7%) angab, die Ziele der Rehabilita-

tion selbst bestimmt zu haben, berichteten dies nur 13,6% der Kontrollgruppe. Darüber hinaus, konnten in allen beobachteten proximalen (zufriedenheits- und zielbezogene Outcomes) und distalen (SF-12) Zielgrößen, übereinstimmend mit den Ergebnissen vergleichbarer Studien (Glattacker et al. 2011, Holliday et al. 2007), keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden.

Neben adäquaten Strategien der Operationalisierung und Interventionsimplementierung werden im Bericht mögliche Gründe für die ausgebliebenen Effekte, Limitationen der Studie und deren Aussagekraft und Reichweite diskutiert. Einige Punkte sind nachfolgend paraphrasiert:

- I. Möglicherweise ließen sich für unsere Intervention Effekte in anderen, als den hier betrachteten Zielgrößen abbilden. Anhand der aktuellen Studienbefundlage ist es jedoch wahrscheinlich, dass sich Zielvereinbarungen nicht notwendigerweise in Funktionsparametern niederschlagen.
- II. Alle Patienten erhielten eine Kurzinformation zu Reha-Zielen. Patienten der Interventionsgruppe wurden darüber hinaus gebeten, sich mit ihren eigenen Reha-Zielen auseinanderzusetzen und diese so konkret wie möglich aufzuschreiben. Allein die Kurzinformation könnte bei der Kontrollgruppe ein vermehrtes Nachdenken über die eigenen Reha-Ziele bewirkt haben.
- III. Schon allein die Studienteilnahme könnte zu einer Sensibilisierung der Kontrollgruppe geführt haben.
- IV. Die Maßnahme könnte zu unterschwellig gewesen sein.
- V. Versicherte der DRV Bund bekamen weiterhin die Vorbereitungsbrochüre mit dem Bewilligungsbescheid. Infolgedessen kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch Patienten der Kontrollgruppe eine vergleichbare Intervention ähnlichen Umfangs erhielten. Aus Rückmeldungen von Ärzten/Psychologen wissen wir jedoch, dass der Vorbereitungsbrochüre von Seiten der Rehabilitanden bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Nach RV-Träger getrennte Analysen ergaben zudem auch für Versicherte der DRV Nord keine Effekte.

- VI. Die behandelnden Ärzte und Psychologen wurden nicht explizit dazu aufgefordert, den Zielefragbogen im Aufnahmegespräch zu thematisieren. Da dieselben Behandler sowohl Patienten der Interventions-, als auch der Kontrollgruppe aufnahmen, könnten Reha-Ziele unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit häufiger als sonst besprochen worden sein. Dadurch ließe sich erklären, weshalb sich im Partizipationserleben keine weiteren Gruppenunterschiede zeigten. Die im Hinblick auf die Zielbestimmung gefundenen Unterschiede könnten auf die Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen im Vorfeld der Rehabilitation und das Aufschreiben dieser zurückführt werden.
- VII. Reha-Ziele wurden zu mehreren Zeitpunkten im Reha-Verlauf besprochen (90% Aufnahmegespräch, 20% Visite, 18% während der Behandlung, 16% separates Gespräch). Dies spiegelte sich offensichtlich im Partizipationserleben aller Rehabilitanden wieder. Sowohl die Ereignishäufigkeit (einmalige Beschäftigung mit Reha-Zielen, wiederholte Thematisierung von Zielen während der Reha) als auch die retrospektive Befragung (Bewilligungsbescheid kam lange vor der Reha, Reha-Aufenthalt liegt unmittelbar zurück) könnten die Wahrnehmung beeinflusst haben.
- VIII. Hohe Zustimmungswerten auf Einzelitemebene (Deckeneffekte, geringe Varianz) ließen wenig Spielraum für Subgruppen- und Zusammenhangsanalysen, sodass Zusammenhänge mit relevanten Studienendpunkten und Gruppenunterschiede möglicherweise unentdeckt blieben.

Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Der verwandte Fragebogen wurde von der Mehrheit der befragten Rehabilitanden und Behandler gut angenommen und in wichtigen Punkten als praktikabel und nützlich beurteilt. Eine flächendeckende Implementierung des hier vorgestellten Fragebogens erweist sich insbesondere im Kontext der onkologischen und orthopädischen Rehabilitation als vielversprechend. Um den Rücklauf zu erhöhen, sollten alternative Versandoptionen (z.B. Vorabversand mit klinikinternen Unterlagen oder als eigenständiges Dokument, separat vom Bewilligungsbescheid) erprobt werden.

Vor dem Hintergrund, dass Rehabilitanden und Behandler der Psychosomatik den Fragebogen als weniger hilfreich empfanden, ist auch zu überprüfen, ob indikationsspezifisch unterschiedliche Implementierungsstrategien vorteilhaft wären. Hier wäre beispielsweise denk-

bar, dass psychosomatische Patienten den Fragebogen zu einem anderen Termin als dem Aufnahmegespräch mitbringen. In einer Folgestudie sollte untersucht werden, ob die Ergebnisse zu Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzen des Zielefragebogens auch in anderen als den hier untersuchten Indikationsgruppen gelten. Unter Einbezug eines repräsentativen Querschnitts von Reha-Kliniken sollten dabei insbesondere Implementierungsvoraussetzungen fokussiert werden.

Die hier untersuchte Intervention kann nicht das Gespräch über Reha-Ziele mit dem behandelnden Arzt und/oder Therapeuten ersetzen, hat sich in der Studie jedoch als hilfreich erwiesen, um Rehabilitanden mit der Thematik Reha-Ziele vertraut zu machen und auf das bevorstehende Gespräch vorzubereiten. Der Zielefragebogen kann Informationen zu Reha-Zielen im Vorfeld der Rehabilitation bereitstellen und Rehabilitanden Anregungen für eigene Zielvorstellungen geben. Bei subjektiv (geringe Eingangs-, Ausgangs- und Veränderungswerte im psychischen Summenscore des SF-12) und objektiv (erwerbs-/arbeitslos, dem Reha-Aufenthalt lange vorausgegangene Krankheitsperiode) stärker beeinträchtigten Rehabilitanden scheint die Überprüfung des Einsatzes durch Fachpersonal indiziert und ggf. ein gemeinsames Erarbeiten und Verwenden des Instruments zweckdienlich. Eine genaue Bestimmung des Anwendungsgebietes ist im Rahmen einer breiteren Erprobung des Instruments noch vorzunehmen. Dabei sollten unterschiedliche Implementierungsstrategien vor dem Hintergrund einrichtungsspezifisch gegebener Realisierungsvoraussetzungen überprüft werden.

Vorbemerkungen

Reha-Ziele stellen einen elementaren Baustein während des gesamten Rehabilitationsprozesses dar. Sie sind zunehmend Gegenstand internationaler wissenschaftlicher Forschungsarbeiten. Die politische Dimension von Reha-Zielen innerhalb des deutschen Rehabilitationssystems lässt sich insbesondere durch Betrachtung der ihnen zugesprochenen Funktionen verdeutlichen. So messen aktuelle Arbeiten Reha-Zielen einen hohen Stellenwert hinsichtlich Behandlungsplanung und -steuerung, Erfolgsbeurteilung, Patientenorientierung, Transparenz, postrehabilitativer Verhaltenssteuerung, Qualitätssicherung und -bewertung bei (Dudeck et al. 2011, Buchholz & Kohlmann in press). Die fundamentale Bedeutung von Reha-Zielen für den gesamten Rehabilitationsprozess veranlasste die Leistungsträger, Rehabilitations- und Therapiezielen einen eigenständigen Abschnitt im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation zu widmen und eine Berücksichtigung der Ziele des Rehabilitanden sowie dessen aktive Beteiligung und Mitgestaltung am Zielsetzungsprozess zu fordern (BAR 2008, Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009). Folglich sind Ziele und Erwartungen von Patienten der medizinischen Rehabilitation zunehmend auch Gegenstand rehabilitationswissenschaftlicher Betrachtungen.

Trotz dieser enormen (politischen) Bedeutung von Reha-Zielen, legen neuere Arbeiten nahe, dass eine explizite Zielorientierung in der Praxis der medizinischen Rehabilitation noch immer nicht ausreichend vorherrschend ist (Korsukéwitz 2008, Glattacker et al. 2009). Schwachstellen bei der Umsetzung partizipativer Zielvereinbarungen konnten sowohl auf Rehabilitanden- als auch auf Behandlerseite identifiziert werden. Aber auch die organisatorischen Rahmenbedingungen würden sich problemverstärkend auswirken (Meyer, Pohontsch, Raspe 2009).

Auf der Seite der Rehabilitanden konnten in der Arbeitsgruppe um Meyer et al. (2009) insbesondere Schwierigkeiten bei der Mitteilung eigener (realistischer) Ziele und Erwartungen festgestellt werden. Mangelnde Gewohnheit des Äußerns von Zielen, unzureichende Vorbereitung auf den bevorstehenden Reha-Aufenthalt, Überforderung und geringe Aufnahmefähigkeit bei Reha-Beginn könnten ursächlich für die geringe Beteiligung der Rehabilitanden am Zielsetzungsprozess sein. Patientenseitigen Voraussetzungen kommt im Rahmen einer erfolgreichen Zielvereinbarungspraxis offenbar eine Schlüsselrolle zu (Pohontsch & Meyer 2011, Quatmann et al. 2011).

In Anbetracht dessen, dass in der Reha-Einrichtung viele neue Eindrücke auf den Patienten zukommen und fehlende konkrete Erwartungen die knapp bemessene Zeit des Aufnahmege- sprächs schmälern, sollten sich Patienten bereits im Vorfeld ihrer Rehabilitation mit Reha- relevanten Themen, insbesondere ihren eigenen Reha-Zielen, auseinandersetzen. Vor die- sem Hintergrund war das Ziel der vorliegenden Studie, Rehabilitanden der Deutschen Ren- tenversicherung (DRV) bereits vor Reha-Beginn über Reha-Ziele zu informieren und die Be- schäftigung mit den eigenen Reha-bezogenen Zielen und Erwartungen durch Beantwortung eines Fragebogens anzuregen. Dazu erhielten Versicherte der DRV Bund und Nord zusam- men mit den Bewilligungsunterlagen Informationen und einen Fragebogen zu Reha-Zielen. Dieser wurde in Anlehnung an die Broschüre der DRV Bund „Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“ (DRV 2008) erstellt. Im hier vorgestellten Projekt sollten primär die Funktions- weise des Vorab-Versands der Fragebögen, Nutzen und Praktikabilität des Zielefragebogens mit Blick auf die Erfassung von Reha-Zielen sowie dessen Einsatz in der Praxis der medizini- schen Rehabilitation überprüft werden.

Unser besonderer Dank gilt dem *vffr* e.V. für die Finanzierung dieses Projektes sowie Frau Dr. Glaser-Möller für die Projektidee und die Herstellung von Kontakten zu allen Beteiligten der beiden kooperierenden Rentenversicherungsträger. Weiterhin möchten wir uns bei den Mit- arbeitern der Deutschen Rentenversicherungen Bund und Nord, die wesentlich an der Initiie- rung der Studie beteiligt waren (insbesondere jedoch Frau Schwenn und Herrn Stange sowie Frau Wald und Frau Polakowski) sowie den teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabili- tanden bedanken.

Nicht zuletzt danken wir allen beteiligten Kooperationskliniken für die gute Zusammenarbeit: Reha-Klinik Ahrenshoop, „Moorbad“, Bad Doberan, MEDIAN Klinik Bad Sülze, AKG Reha- Zentrum, Graal Müritz, Rehabilitationsklinik Göhren, MEDIAN Klinik Heiligendamm, Rehabili- tationsklinik „Garder See“, Lohmen, AHG Klinik Schweriner See, Lübstorf, Klinik „Silbermüh- le“, Plau am See, MediClin Reha-Zentrum Plau am See, Rehasentrum Schwerin, MediClin „Dünenwald Klinik“ Trassenheide, Reha-Zentrum Ückeritz, Klinik „Ostseeblick“, AHG Klinik Waren (Müritz), MEDIAN Klinik Wismar.

Nachstehend wird im vorliegenden Bericht stets die männliche Form benutzt, ungeachtet ob männliche oder weibliche Personen gemeint sind. Für Ärzte/Therapeuten wird teilweise ver- einfachend auf die Worte „Behandler“ oder „Ärzte“ zurückgegriffen. Beide Formen der Dar- stellung sind wertfrei und dienen lediglich der besseren Lesbarkeit.

A Einleitung

1 Hintergrund

In der kurativen Medizin ergeben sich Therapieziele primär aus den vorliegenden Erkrankungssymptomen und werden in der Regel nicht explizit ausformuliert. In der medizinischen Rehabilitation stellt sich der Sachverhalt weitaus komplexer dar. Hier spielen Ziele eine wesentliche Rolle. Bereits vor 16 Jahren sahen Vogel et al. (1994) in der Entwicklung von individuellen Rehabilitationszielen ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Durchführung der Rehabilitationsbehandlung. Dass die Formulierung und Ausgestaltung von Reha-Zielen ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation ist, findet sich auch im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung wieder (2007). Der Definition individueller Reha-Ziele zwischen dem Rehabilitanden und dem Behandlungsteam kommt hier eine wichtige Rolle zu. Sie sollte zu Beginn der Rehabilitation erfolgen, um eine Implementierung in den Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dabei bleibt das zentrale Ziel der medizinischen Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit des von Behinderung bedrohten Menschen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen, um so die Teilhabe zu sichern.

Die Praxis sieht jedoch häufig anders aus. Trotz der hohen Bedeutung, die der gemeinsamen Vereinbarung von Reha-Zielen vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme eingeräumt wird, ist die explizite Ausformulierung von Zielen in der Praxis wenig anzutreffen. Oftmals erschweren die Rahmenbedingungen die Implementierung einer patientenzentrierten Zielorientierung. Meyer et al. (2009) nennen in diesem Zusammenhang u.a. das Fehlen einer einheitlichen Verankerung von Reha-Zielen im Klinikleitbild, den Vorrang ökonomischer Anforderungen sowie administrative Barrieren (z.B. zeitliche Restriktionen, Dokumentationsaufwand, komprimierte Reha-Aufenthalte, wenig Platz für Zielthematik im Aufnahmegespräch), die eine adäquate Umsetzung des Konzepts der partizipativen Zielkommunikation verhindern. Außerdem weisen zahlreiche Studien aus den vergangenen Jahren darauf hin, dass einheitliche Vorstellungen zu Reha-Zielen sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Therapeuten häufig fehlen (Buchholz & Kohlmann in press, Rietz et al. 2001, Meyer et al. 2009). Oft haben die Rehabilitanden große Probleme, über ihre individuellen Ziele zu sprechen bzw. Erwartungen und Reha-Ziele überhaupt zu formulieren (Meyer et al. 2009). Sie kommen zum Teil ohne konkrete Erwartungen in die Rehabilitationseinrichtung und haben häufig keine Vor-

stellung davon, was sie erwartet und was sie erreichen können. Daneben zeigen sich Unterschiede zwischen Rehabilitanden und deren Behandlern in der Anzahl und der Schwerpunktsetzung der gewählten Ziele. Während Ärzte krankheits- und schädigungsfokussierte Ziele präferieren, wählen Patienten überwiegend globale, alltagsnahe Ziele (Buchholz & Kohlmann in press, Korsukéwitz 2008). Der krankheitsorientierten Zielauswahl seitens der Ärzte steht eine Vielzahl biopsychosozialer Ziele der Patienten gegenüber, die den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Rehabilitanden eher gerecht werden (Dudeck et al. 2009). Rietz et al. (2001) ermitteln diesbezüglich eine Zielkongruenz zwischen behandelnden Ärzten und Patienten von durchschnittlich unter 50%. Möglicherweise spielt die Art der Zielerfassung (Zielauswahlliste vs. freie Zielbenennung) eine entscheidende Rolle bezüglich der Fähigkeit von Patienten, Vorstellungen und Erwartungen an die Rehabilitation zu verbalisieren. Dass hinsichtlich des Themenkomplexes „Rehabilitationsziele/Patientenorientierung“ Forschungsbedarf besteht, geht auch aus dem Ergebnisbericht der seit 1994 kontinuierlich stattfindenden Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung hervor. Die Kategorie „Rehabilitationsplan und -ziele“ nimmt sowohl in der Zufriedenheitsbewertung seitens der Rehabilitanden, als auch im Peer-Review-Verfahren eine hintere Position ein (Widera & Klosterhuis 2007).

Die vorliegenden Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass zwischen Anspruch und Wirklichkeit hinsichtlich der Implementierung von individuellen Reha-Zielen auf allen Ebenen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Konsens besteht jedoch über die Notwendigkeit, Ziele zwischen den Rehabilitanden und den Therapeuten zu vereinbaren und für den Rehabilitationsprozess nutzbar zu machen.

Ein viel versprechender Ansatz könnte dabei sein, die Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit seinen Erwartungen und Zielen nicht erst bei Antritt der Rehabilitationsbehandlung einsetzen zu lassen. Gegebenenfalls kann dieser Prozess bereits vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme und somit vor Eintreffen in der Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Das Versenden eines Fragebogens im Vorfeld der Rehabilitation stellt daher eine attraktive Intervention für die Implementierung individueller Reha-Ziele dar.

2 Studie und Studienziel

Gegenwärtig versorgt die DRV Bund ihre Rehabilitanden vor Antritt der Rehabilitation mit einer Broschüre („Rehabilitation – Was erwartet mich dort?“), die den Bewilligungsunterlagen beigelegt ist. In dieser finden die Patienten zahlreiche Informationen, Hinweise und Antworten auf häufig gestellte Fragen bezüglich ihres bevorstehenden Reha-Aufenthaltes. Einen Themenaspekt nehmen Reha-Ziele ein. Ein Arbeitsblatt, welches mögliche Zielfelder aufzeigt und zugleich Platz für individuelle Antworten lässt, soll die Patienten im Zielfindungsprozess unterstützen.

Unklar ist bislang, inwieweit dieses Arbeitsblatt von den Patienten für den vorgesehenen Zweck ausgefüllt und als unterstützend und hilfreich empfunden wird, wie praktikabel Behandler das Instrument einschätzen und ob bzw. in welchem Umfang der Fragebogen überhaupt in der Praxis Anwendung findet. Zudem ist unbekannt, ob der Fragebogen - wie intendiert - zur Aufnahmeuntersuchung in die Reha-Klinik mitgenommen wird.

Die zentrale Fragestellung der hier vorgestellten Studie bestand daher in der Untersuchung, ob ein vorab versandter Fragebogen über Rehabilitationsziele geeignet ist, um bei den Rehabilitanden vor Antritt der Reha-Maßnahme eine Auseinandersetzung mit den eigenen, rehabilitationsbezogenen Zielen zu fördern. Die Studie soll einen wichtigen Beitrag zur Überwindung der beachtlichen Defizite im Bereich der Patientenorientierung im Allgemeinen wie der Partizipation und Berücksichtigung patientenbezogener Ziele und Erwartungen im Besonderen leisten.

3 Fragestellungen

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden vor dem dargestellten Hintergrund drei wesentliche Ziele verfolgt:

1. Überprüfung der Praktikabilität des eingesetzten Fragebogens zur Definition von Rehabilitationszielen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.
2. Analyse der Bewertung des Nutzens dieses Instruments durch die Patienten einerseits sowie die behandelnden Ärzte und Therapeuten andererseits.
3. Explorative Bestimmung der durch Patientenorientierung und Zieldefinition evtl. erreichbaren Verbesserung der Ergebnisqualität.

B Hauptteil

4 Methode

4.1 Studientyp

Die Praktikabilität und der Nutzen des untersuchten Instruments zur Konkretisierung von Reha-Zielen wurden in einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Längsschnittstudie mit den patientenseitigen Erhebungszeitpunkten T_0 , vor Reha-Beginn mit Zusendung des Bewilligungsbescheids, und T_1 , Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme, bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherungen Bund und Nord überprüft (vgl. 4.4, **Abb. 1**). Die behandelnden Ärzte und Therapeuten wurden bei Reha-Beginn zeitnah zum Aufnahmegespräch (T_0), bei Reha-Ende (T_1) und bei Studienende (T_2) befragt.

4.2 Patientenrekrutierung

Studienteilnehmer waren orthopädische, onkologische und psychosomatische Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherungen Bund und Nord, denen im Studienzeitraum eine Rehabilitationsmaßnahme in einer von 15 kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen im Heilverfahren bewilligt wurde. Die Patienten wurden randomisiert nach dem Geburtstag einer Interventions- (gerader) oder Kontrollgruppe (ungerader Geburtstag) zugewiesen und durch die Rentenversicherungsträger in die Studie konsekutiv eingeschlossen. Dabei wandten die beiden Rentenversicherungsträger unterschiedliche Rekrutierungsprozeduren an:

So wurden Versicherte der DRV Nord in der Zentrale Neubrandenburg durch zwei Angestellte als potentielle Studienteilnehmer identifiziert und stratifiziert nach Gruppe und Indikation (ca. 20/Monat je Indikation, N äquivalent je Gruppe) in die Studie eingeschlossen (**Tab. A1**). Bei dieser manuellen Rekrutierung erhielten die Rehabilitanden einen gehefteten Fragebogen, der dem Bewilligungsbescheid händisch beigefügt wurde. Der Fragebogen wurde somit zwar zeitgleich und zusammen mit dem Bescheid, aber als zusätzliches Material verschickt.

Bei der DRV Bund erfolgte der Einschluss der Patienten über die (elektronische) Poststraße in Berlin. Vom (Computer-) Programm identifizierte Patienten erhielten die Studienunterlagen als Formblätter, die dem Bewilligungsbescheid angefügt wurden. Diese Patienten bekamen damit keinen separaten, gehefteten Fragebogen, sondern einen um Studienunterlagen (und zwar vier Doppelseiten) angereicherten Bewilligungsbescheid.

4.2.1 Probleme bei der Rekrutierung

Aufgrund des elektronischen Rekrutierungsmodus der DRV Bund wurde der Versand der Studienunterlagen unbeständiger beobachtet als bei der manuell versendenden DRV Nord. Erst nachdem die vorab geplante Fallzahl erheblich überschritten war, wurde durch Hinweise aus teilnehmenden Kliniken bemerkt, dass die Studienunterlagen mehr als den 600 vorgesehenen Rehabilitanden mit dem Bewilligungsbescheid zugestellt worden waren. Auf Nachfrage bei der DRV Bund wurde dort festgestellt, dass der Einschluss von Versicherten nicht mit dem Erreichen einer Fallzahl von 600 abgeschlossen, sondern weit darüber hinaus fortgesetzt worden war. Diese Feststellung führte am 2.8.2011 bei der DRV Bund zu einem Abbruch des Einschlusses weiterer Studienteilnehmer. Bis dahin wurden die Studienunterlagen an mehr als die dreifache Anzahl der ursprünglich geplanten Fälle versandt (**Tab. 2, Tab. A2**).

Durch diese Überrekrutierung (**Tab. 2**) von Versicherten der DRV Bund ergaben sich für das Projekt bzw. das Institut in Greifswald sowie diejenigen Kooperationseinrichtungen, die überwiegend oder gänzlich von der DRV Bund belegt wurden, ein zeitlicher und personeller Mehraufwand (Einschluss und Aufklärung der Patienten in der Klinik, Sammlung und Weiterleitung der Studienunterlagen, Befragung der Patienten am Ende der Reha-Maßnahme, Ausfüllen eines Dokumentationsformulars, Datenmanagement, usw.), der jedoch dank der kostenneutralen Laufzeitverlängerung des *vffr* sowie des Verzichts einiger Einrichtungen auf Aufwandentschädigung abgefangen werden konnte. Demgegenüber steht positiv, dass sich die Auswertungen für Versicherte der DRV Bund nun auf eine größere empirische Datenbasis beziehen können.

4.2.2 Geplante und realisierte Stichprobengrößen

Laut Studienprotokoll sollten 600 Rehabilitanden pro Rentenversicherungsträger, jeweils 200 pro Indikation und 100 pro Gruppe durch den jeweiligen Rentenversicherungsträger in die Studie eingeschlossen werden (2 Gruppen x 3 Indikationen x 100 = 600, vgl. **Tab. 1**).

Die Gesamtfallzahl wurde durch die DRV Nord protokollgemäß realisiert (**Tab. 2, Tab. A1**). Aufgrund der unter Punkt **4.2.1** geschilderten Probleme kam es bei der DRV Bund zu einer Überschreitung der vorab festgelegten Fallzahl, sodass dort 2.169 Versicherte den Fragebogen mit dem Bescheid erhielten (**Tab. A2**). Die Anzahl der im Vorfeld der Rehabilitation angeschriebenen Rehabilitanden beläuft sich damit auf 2.782 Versicherte (**Tab. 2**).

Tabelle 1 Geplante Fallzahlen					
Indikation	DRV Nord		DRV Bund		Gesamt
	IG	KG	IG	KG	
Onkologie	100	100	100	100	
Orthopädie	100	100	100	100	
Psychosomatik	100	100	100	100	
Gesamt	300	300	300	300	1.200

Tabelle 2 Fallzahl der angeschriebenen Patienten			
Indikation	DRV Nord	DRV Bund	Gesamt
Orthopädie	229	1.177	1.406
Onkologie	156	558	714
Psychosomatik	228	434	662
Gesamt	613	2.169	2.782
davon Intervention	308	1.034	1.342
Kontrollen	305	1.135	1.440

4.2.3 Beteiligte Einrichtungen

Für die multizentrische Studie konnten 15 der ursprünglich 17 in Mecklenburg-Vorpommern angefragten Reha-Kliniken als Kooperationspartner gewonnen werden (**Tab. 3**).¹

Tabelle 3 Kooperationseinrichtungen			
Teilnehmende Rehabilitationskliniken	Orthopädie	Onkologie	Psychosomatik
Reha-Klinik Ahrenshoop		X	
„Moorbad“, Bad Doberan	X		
MEDIAN Klinik Bad Sülze	X		
AKG Reha-Zentrum, Graal Müritz	X		
Rehabilitationsklinik Göhren			X
MEDIAN Klinik Heiligendamm			X
Rehabilitationsklinik „Garder See“, Lohmen	X	X	X
AHG Klinik Schweriner See, Lübstorf			X
Klinik „Silbermühle“, Plau am See		X	
MediClin Reha-Zentrum Plau am See	X		
Rehazentrum Schwerin	X		
MediClin „Dünenwald Klinik“ Trassenheide	X		
Reha-Zentrum Ückeritz, Klinik „Ostseeblick“		X	
AHG Klinik Waren (Müritz)			X
MEDIAN Klinik Wismar		X	

¹ Gründe für die Nichtteilnahme zweier angefragter Kliniken waren ein bevorstehender Chefarztwechsel sowie Umstrukturierungsmaßnahmen in der Einrichtung.

4.3 Die Interventionsmaßnahme

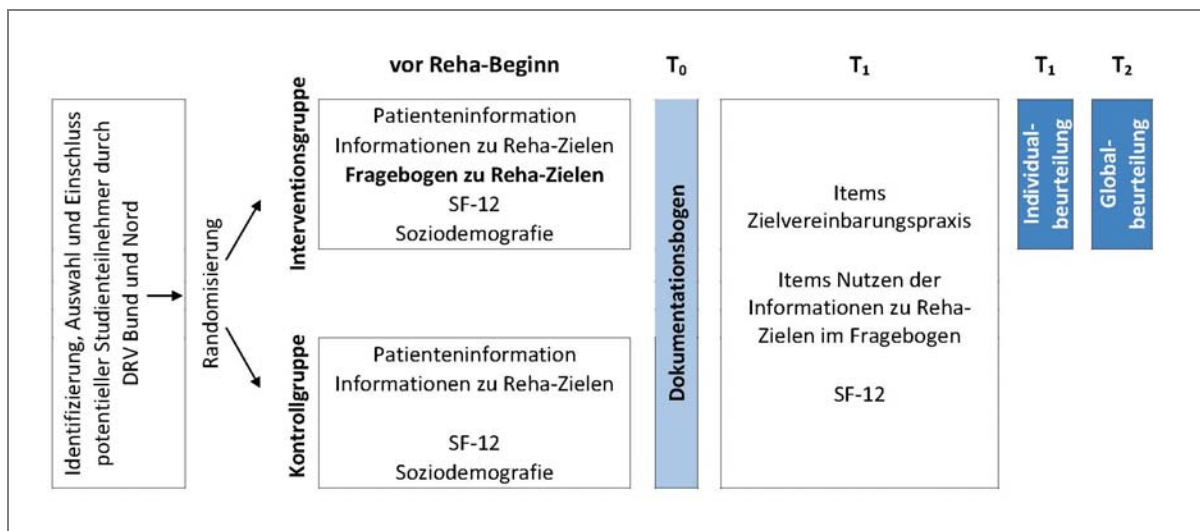
Untersucht wurden die Praktikabilität und der Nutzen eines Fragebogens zur individuellen Definition von Reha-Zielen. Dieser Fragebogen wurde in Anlehnung an das Arbeitsblatt der Vorbereitungsbrochure der DRV Bund - „Rehabilitation - Was erwartet mich dort?“ - entwickelt (Worringen 2008). Der zweiteilige Fragebogen besteht aus Informationen zur Reha-Zielen sowie einem Antwortteil mit Freitextfeldern (**Anhang 3**). Ziel war es, dem Rehabilitanden potentielle Reha-Ziele aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation aufzuzeigen. Im zweiten Teil wurde der Rehabilitand gebeten, sich selbst mit seinen eigenen Zielen zu beschäftigen und diese aufzuschreiben.

Die Neufassung des Zielefragebogens stellt eine vereinfachte Version der Broschürenvariante dar. Anders als in der Broschüre der DRV Bund wurden die Beispielziele nicht unmittelbar unter den Antwortfeldern platziert. Um dem Patienten dennoch eine Vorstellungen davon zu geben, was potenzielle Reha-Ziele sein könnten, wurden exemplarisch Ziele aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation aufgeführt. Wenngleich, wie in der Broschüre, die Gefahr bestand, dass dem Rehabilitanden Ziele „in den Mund gelegt“ würden, sollten die Beispielziele das Generieren eigener Ziele erleichtern. Alles in allem wurde das Konzept, wie es in der Broschüre verwandt wurde, nur leicht modifiziert (kleine sprachliche Abwandlungen, Vereinfachungen, Kürzungen). Die zuvor unterschwellige Aufforderung, eigene Ziele zu formulieren und das Arbeitsblatt in die Reha-Klinik mitzubringen, wurde jetzt allerdings durch eine unmissverständliche Instruktion ersetzt: der Rehabilitand wurde nun explizit dazu aufgefordert, sich mit seinen eigenen Zielen auseinanderzusetzen und diese auszuformulieren. Außerdem wurde darum gebeten, nicht mit „ja“, „nein“ oder durch Ankreuzen zu antworten und die eigenen Ziele so konkret wie möglich aufzuschreiben. Ferner bestand die Möglichkeit, eine Gewichtung der Ziele vorzunehmen.

4.4 Anzahl der Messzeitpunkte, Erhebungs- und Messinstrumente

Das Erhebungsinstrumentarium erfasste zu T_0 die zu formulierenden Reha-Ziele und die gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche mit dem Zielefragebogen bzw. dem SF-12 (Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011) erfasst wurden. In Abgrenzung zur Interventionsgruppe erhielt die Kontrollgruppe nur eine Kurzinformation zu den Zielen der Rehabilitation sowie ebenfalls den SF-12. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass beide Gruppen einen Fragebogen zur Selbstbeantwortung erhalten sollten. Zur Stichprobenbeschreibung und für Sub-

gruppenanalysen wurden die üblichen soziodemografischen und sozialmedizinischen Parameter erfasst. Der ausgefüllte Fragebogen sollte von allen Patienten mit in das Aufnahmege­spräch gebracht werden. Bei Reha-Ende füllten alle Patienten erneut den SF-12 aus. Außer­dem beantworteten sie Items zum Umfang und Nutzen der eingangs erhaltenen Informatio­nen zu Reha-Zielen und der Beschäftigung mit den eigenen Zielen im Vorfeld der Rehabilita­tion (**Abb. 1**). Für die Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit der Partizipation bei Zielvereinbarungen wurden nach freundlicher Genehmigung durch die Autoren Items aus dem Projekt „PARZIVAR“ modifiziert übernommen. Die Patienten wurden vor jeder Befra­gung über Ziele, Inhalte und Ablauf der Studie informiert und vor Studienbeginn um eine schriftliche Einwilligung gebeten. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universi­tätsmedizin Greifswald und den Datenschutzbeauftragten der DRV Bund und Nord begut­achtet und mit einem positiven Votum beschieden. Studienablauf, Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte sind in **Abbildung 1** dargestellt. Alle verwendeten Instrumente sind im Anhang I-VIII wiedergegeben.



Anmerkungen: Farbig unterlegte Flächen stellen Erhebungen beim Arzt/Therapeuten dar. Nicht unterlegte Flächen markieren Erhebungen beim Patienten. T₀ Aufnahmegespräch, T₁ Reha-Ende, T₂ Studienende.

Abbildung 1 Studiendesign mit Messinstrumenten und Erhebungszeitpunkten

4.5 Auswertungsstrategien

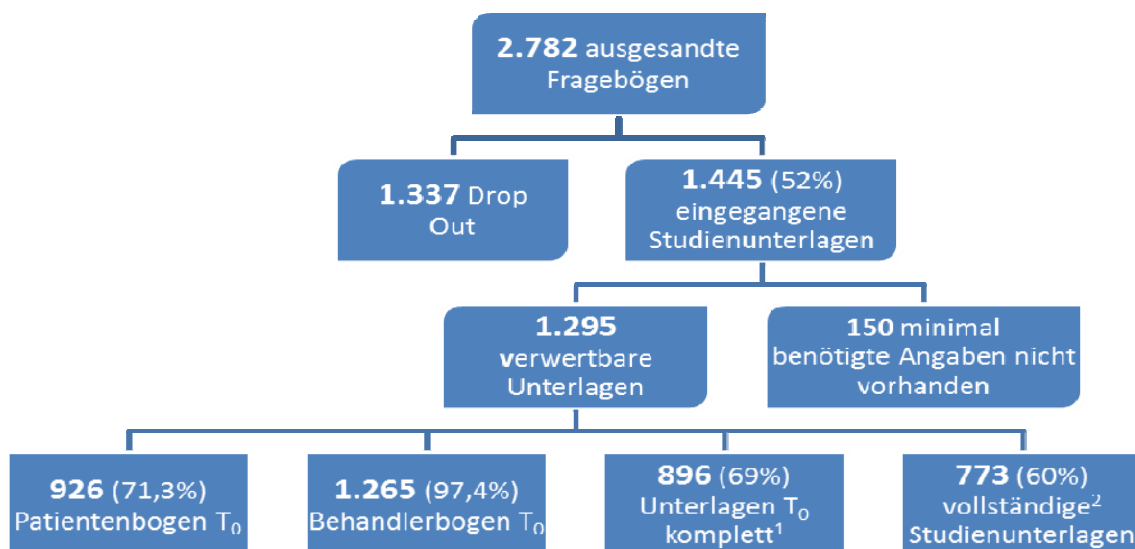
Da sich die Stichprobe zu ungleich großen Anteilen aus Versicherten der DRV Bund und Nord sowie den drei Indikationsgruppen zusammensetzte, wurden sowohl gewichtete als auch ungewichtete Analysen durchgeführt. Die Gewichte wurden so gewählt, dass die Fallzahlen der einzelnen Substichproben (Indikation * Träger) nach der Gewichtung den geplanten Fallzahlen des vorab definierten Studiendesigns entsprachen (jeweils 600 Rehabilitanden/Träger und 200/Indikation). Sie dienten damit der Kompensation der unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten für Versicherte der DRV Bund und Nord, die durch die Methode der Stichprobenrekrutierung verursacht wurden (s. Ergebnisse). In den Ergebnissen zeigten sich allerdings keine wesentlichen Unterschiede zwischen gewichteten und ungewichteten Analysen. Die Ergebnisdarstellung erfolgt daher für die ungewichteten Originaldaten. Sofern es bedeutsame Unterschiede in Abhängigkeit von Indikation und RV-Träger gab, werden die Ergebnisse der Subgruppenanalysen berichtet.

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 20.0 durchgeführt. Zur Responderanalyse und für Häufigkeitsvergleiche wurden non-parametrische Testverfahren (Chi²-Tests, Exakter Test nach Fisher) verwendet. Mittelwerte wurden mittels t-Tests bzw. einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. Für Zusammenhangsanalysen wurden Korrelationen, multiple und logistische Regressionen berechnet. Variablen, hinsichtlich derer sich Interventions- und Kontrollgruppe oder Versicherte der DRV Bund und Nord mit $p \leq 0,05$ unterschieden, wurden statistisch kontrolliert. Die Analysen wurden für distale (SF-12) und proximale (zufriedenheits- und zielbezogene) Outcomes durchgeführt. Zur deskriptiven Quantifizierung der Effekte werden Cohens d (bei zwei Gruppen), Cohens ω (bei Häufigkeiten) und f (bei mehr als zwei Gruppen) berichtet (Cohen 1988). Als Maß der Änderungssensitivität wurden standardisierte Mittelwertsdifferenzen (SRM) berechnet. Alle Grafiken wurden mit SigmaPlot, Version 11.0, erstellt.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die zusammengefassten zustimmenden („ja“ und „eher ja“) und ablehnenden („nein“ und „eher nein“) Antwortkategorien der fünfstufig erfassten Items (alle Bewertungen durch die Behandler) berichtet und dargestellt. Der interessierte Leser kann die ausführlichen tabellarischen Ergebnisse dem Anhang entnehmen.

4.5.1 Auswertungskollektive

Je nachdem, zu welchem Messzeitpunkt die Studienunterlagen vom behandelnden Arzt und/oder Patienten verfügbar waren, variierte die Anzahl der Fälle. Aufgrund dieser Variabilität in der Vollständigkeit der Datensätze wurden für die Auswertungen des hier vorliegenden Berichts verschiedene Auswertungskollektive definiert (**Abb. 2**). Ferner wurden nur solche Fälle in den Analysen berücksichtigt, von denen für die Beantwortung zentraler Untersuchungsfragestellungen minimal erforderliche Angaben verfügbar waren. Dazu zählten Angaben zum Träger, zur Indikation und zur Gruppe. In **Abbildung 2** sind die definierten Auswertungskollektive nach Gruppe, Indikation und Träger wiedergegeben. Eine ausführliche Beschreibung des Rücklaufes der Studienunterlagen findet sich unter Punkt **6.1.2**.



davon

Intervention	456	655	438	368
Kontrollen	470	610	458	405
Orthopädie	461	658	451	397
Onkologie	283	356	275	238
Psychosomatik	182	251	170	138
DRV Bund	724	952	696	592
DRV Nord	202	313	200	181

Anmerkungen: ¹Patienten- und Behandlerbogen T₀ vorhanden, ²alle Patienten- (T₀, T₁) und Behandlerbögen (T₀, IG:T₁) verfügbar

Abbildung 2 Datenrücklauf und Auswertungskollektive

4.5.2 Praktikabilität des Versandmodus

Im Aufnahmegespräch wurde vom behandelnden Arzt/Therapeuten (T_0 , **Abb. 1**) in einem standardisierten Dokumentationsbogen erfasst, ob der Fragebogen mitgebracht und ausgefüllt wurde bzw. der Grund dessen Fehlens vermerkt. Außerdem wurde protokolliert, ob der Zielefragebogen Teil des Gesprächs war. Bei Einwilligung durch den Rehabilitanden wurde ferner dessen Diagnose erfasst. Als Praktikabilitätsmaße des Vorab-Versands des Fragebogens wurden der prozentuale Rücklauf der Patientenfragebögen (T_0) und die von den Patienten vorgetragenen Gründe dafür, dass der Fragebogen nicht im Aufnahmegespräch vorlag, ermittelt.

4.5.3 Nutzen und Praktikabilität aus Behandler Sicht

Bei Reha-Ende (T_1) erfolgte für Patienten der Interventionsgruppe eine kurze schriftliche Befragung der Behandler zum Nutzen des Zielefragebogens für die jeweilige Maßnahme des Patienten (Individualbeurteilung, fünf Items, **Abb. 1**). Ziel dieser Befragung war es, die Verwendung der vorab formulierten Reha-Ziele im Aufnahmegespräch zu evaluieren und die Operationalisierbarkeit mit Blick auf die Behandlung zu überprüfen. Bei Studienende (T_2) nahmen die behandelnden Ärzte und Therapeuten eine Gesamteinschätzung des Instruments vor (Globalbeurteilung, 26 Items, **Abb. 1**). In dieser beurteilten sie rückblickend die Handhabung und verschiedene Gesichtspunkte des Nutzens und der Praktikabilität des Zielefragebogens. Die erfragten Aspekte umfassten:

Format, Layout und Inhalt des Zielefragebogens (z.B. Länge, Antwortformat),

dessen Akzeptanz bei den Patienten und Eignung für die Patienten,

seine praxisbezogene Handhabung (z.B. Relevanz der Inhalte sowie Eignung von Aufbau und Format für das Aufnahmegespräch; zeitliche Integration in das Aufnahmegespräch),

Aspekte des patienten- und behandlerseitigen Nutzens (z.B. individuelle Zielerarbeitung, Zielabstimmung, Transparenz, Qualität der Zielvorstellungen).

Alle Items waren auf einer fünfstufigen Likertskala (1-„ja“, 2-„eher ja“, 3-„teils/teils“, 4-„eher nein“, 5-„nein“) zu beantworten und wurden aufgrund der besonderen Fragestellung sowie vor dem Hintergrund fehlender Instrumente selbst entwickelt. Bei der Itemgenerierung wurden die Ergebnisse des Projekts „PARZIVAR“ (Glattacker et al. 2008) sowie allgemeine Befunde einschlägiger Publikationen zu Zielen und Zielvereinbarungen in der medizinischen

Rehabilitation berücksichtigt (Schut & Stam 1994, Levack et al. 2006a, Levack et al. 2006b, Playford et al. 2009, Wade 2009). Neben diesen geschlossenen Fragen hatten die Befragten die Möglichkeit, Hinweise, Anregungen und Anmerkungen in einem Freitextfeld zu geben. Diesem waren drei Leitfragen vorangestellt, auf welche sich die Befragten beziehen konnten: Merkmale/Gruppen von Rehabilitanden, für die der Einsatz des Fragebogens empfohlen/davon abgeraten wird, Eignung des Informationsschreibens zu Reha-Zielen für Rehabilitanden, mögliche Schwierigkeiten im Hinblick auf die Anwendung.

4.5.4 Akzeptanz und Nutzen aus Patientensicht

Als Maße der Akzeptanz wurden die Einstellung der Rehabilitanden zu Zielen und Zielvereinbarungen (z.B. „Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, ... dass bei Reha-Beginn Ziele für die Rehabilitation festgelegt werden?“, „... dass bei Reha-Ende Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation festgelegt werden?“, „... dass Sie zur weiteren Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes die besprochenen Ziele zuhause weiter verfolgen werden?“) und die Bereitschaft, sich mit Reha-Zielen auseinander zu setzen („Haben Sie sich vor Beginn Ihrer Rehabilitation mit Reha-Zielen beschäftigt?“), definiert. Als indirektes Maß wurde bei Patienten der Interventionsgruppe die Anzahl formulierter Ziele herangezogen. Der wahrgenommene Nutzen der vorab erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen wurde mit den Items „Wie hilfreich waren für Sie die Informationen zu Reha-Zielen in unserem Fragebogen?“ und „Hätten Sie sich jetzt, bei Reha-Ende, noch mehr Informationen zu Reha-Zielen gewünscht?“ erfragt.

4.5.5 Zusammenfassung und sich daraus ergebende Besonderheiten für die Datenanalyse

Alles in Allem bekamen alle Teilnehmer zu T₀ einen Fragebogen. Darüber hinaus erhielten Rehabilitanden der DRV Bund routinemäßig mit Versendung der Bewilligungsunterlagen eine Broschüre, in der vier Seiten den Rehabilitationszielen gewidmet sind. Erfahrungsberichte von Klinikern ergaben allerdings, dass der dort enthaltene Fragebogen bislang keine besondere Aufmerksamkeit erlangte. Um dieser Tatsache dennoch gerecht zu werden und vor dem Hintergrund des rekrutierungsbedingt unterschiedlichen Responses, wurde zusätzlich eine separate Analyse für die Studienteilnehmer von DRV Bund und DRV Nord vorgenommen. Unter Berücksichtigung des dargestellten Sachverhalts gehen wir davon aus, dass sich

der Effekt zwischen Teilnehmern der Interventions- und Kontrollgruppe der DRV Bund schmälert. Zudem besteht die Möglichkeit, dass der Interventionseffekt für die Interventionsgruppe der DRV Bund (im Vergleich zur IG der DRV Nord) größer ausfällt.

5 Stichprobenbeschreibungen

5.1 Die Stichprobe der Rehabilitanden

Der Stichprobencharakterisierung liegen die Angaben von N=926 Rehabilitanden zugrunde (vgl. **Abb. 2**), von denen der Patientenfragebogen zum ersten Messzeitpunkt vorlag und Angaben zum Träger, zur Indikation und zur Gruppe verfügbar waren. Von diesen waren 78% Versicherte der DRV Bund (N=724) und 22% Versicherte der DRV Nord (N=202). Das Verhältnis von DRV Bund- zu DRV Nord-Versicherten entspricht damit dem des Fragebogenversands mit dem Bewilligungsbescheid (3,5:1). Für beide RV-Träger liegen zu gleichen Anteilen Patientenfragebögen der Interventions- und Kontrollgruppe vor (DRV Bund: 49,7% IG, 50,3% KG, DRV Nord: 47,5% IG, 52,5% KG).

Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe beträgt 54 Jahre (Range: 20-86 Jahre). Aufgrund der unterschiedlichen Versichertenstruktur der beiden Sozialversicherungsträger, mit überproportional mehr weiblichen Versicherten bei der DRV Bund, aber etwa ausgeglichenem Geschlechterverhältnis bei der DRV Nord, ist der hohe Anteil weiblicher Probanden von 77,3% auf die Stichprobenszusammensetzung zurückzuführen. Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmer sind erwerbstätig (62,6%), verheiratet/mit Partner lebend (68,7%) und verfügen über einen mittleren Bildungsabschluss (60,4%). Ungefähr 10% geben an, einen Antrag wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung gestellt zu haben oder beabsichtigen, einen solchen Antrag zu stellen. In **Tabelle 4** sind die Basismerkmale der Stichprobe getrennt nach Indikation und Rentenversicherungsträger wiedergegeben.

Hinsichtlich der aufgeführten Merkmale bestehen keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (**Tab. A5**). Die Indikationsgruppen beider RV-Träger unterscheiden sich statistisch signifikant ($p \leq 0,05$) in allen dargestellten Variablen; lediglich bei der Variable Geschlecht zeigten sich Indikationsunterschiede nur für Versicherte der DRV Nord. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Indikationen sind erwartungskonform: Psychosomatische Patienten sind im Mittel jünger, onkologische Patienten älter als die Gesamtstichprobe. Infolge des höheren Alters sind onkologische Patienten häufiger nicht erwerbstätig und weisen einen größeren Anteil an Rentenantragstellern auf. Orthopädische Patienten haben die geringsten Krankentage. Mehr als jeder zweite orthopädische Patient hat ein Rückenleiden (M53: 18,7%, M54: 44%). Bei den psychosomatischen Patienten dominiert die (rezidivierende) depressive Erkrankung (F32: 42,9%, F33: 14,3%), bei onkologischen Patienten der DRV

Bund ist Brustkrebs (C50: 67,4%) die prominenteste Diagnose. Onkologische Patienten der DRV Nord haben aufgrund des ausgeglichenen Geschlechterverhältnisses und des damit höheren Männeranteils neben Brustkrebs (C50: 29,0%) auch andere Krebsdiagnosen (C20: 11,3%, C18: 9.7%, C15, C16, C22, C56, C64, C67 je 3,2%).

Tabelle 4 Charakterisierung der Stichprobe der Rehabilitanden							
		Orthopädie N=461		Onkologie N=283		Psychosomatik N=182	
RV-Träger	DRV	Bund	Nord	Bund	Nord	Bund	Nord
Anzahl	N	370	91	221	62	133	49
Gruppe	IG	50,3	47,9	50,4	52,7	60,4	56,2
	KG	49,7	52,1	49,6	47,3	39,6	43,8
Alter	M ± SD, in Jahren	52±8	53±8	59±11	60±9	50±8	48±9
	Range, in Jahren	20-64	21-64	31-86	40-81	24-62	22-60
Geschlecht (%)	% Frauen	82,0	40,7	88,6	54,1	85,7	65,3
	% Männer	18,0	59,3	11,4	45,9	14,3	34,7
Beruf (%)	Arbeiter	5,2	74,7	4,4	55,2	0,8	58,3
	Angestellter	92,1	22,0	87,3	36,2	95,5	39,6
	Selbstständiger	2,7	3,3	5,4	3,4	3,0	2,1
	anderes	0,0	0,0	3,0	5,2	0,8	0,0
Erwerbstätigkeit (%)	mindestens halbtags	81,6	60,2	39,2	23,7	73,3	44,4
	erwerbs-/arbeitslos	7,1	22,7	4,7	10,2	12,2	31,1
	nicht erwerbstätig	11,3	17,0	56,1	66,1	14,5	24,4
Schulabschluss (%)	EOS, (Fach-) Abitur	22,3	3,3	23,6	6,9	27,1	4,1
	POS, mittlere Reife/Realschule	61,3	75,6	50,5	55,2	58,1	81,6
	Hauptschule, kein Schulabschluss	9,5	18,9	12,3	34,5	10,9	8,2
	anderer Abschluss	7,0	2,2	13,7	3,4	3,9	6,1
Familienstand (%)	ledig	11,0	11,0	4,6	8,2	12,2	16,7
	verheiratet/mit Partner lebend	69,9	78,0	69,4	68,9	63,4	54,2
	geschieden/getrennt lebend	15,3	6,6	13,7	1,6	20,6	25,0
	verwitwet	3,8	4,4	12,3	21,3	3,8	4,2
Renten Antrag ¹	% „ja“	5,7	21,1	8,5	28,6	10,8	9,7
Krankentage ²	M ± SD (in Tagen)	55±79	86±87	114± 129	174± 147	137± 129	155± 125
PSW des SF-12	M ± SD	44±12	45±12	44±11	45±12	32±10	32±10
KSW des SF-12	M ± SD	34± 8	31± 8	38± 9	36± 7	42±11	39± 9

Anmerkungen: ¹nur Erwerbsfähige, Item: „Haben Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt oder beabsichtigen Sie, einen solchen Antrag zu stellen?“, ²in den letzten 12 Monaten, N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung, PSW psychischer Summenwert, KSW körperlicher Summenwert.

Versicherte der DRV Bund und Nord unterscheiden sich in den Variablen Geschlecht, Beruf, Erwerbsstatus, Schulbildung, Rentenanspruchstellung und Krankentage statistisch signifikant (**Tab. A10**). Signifikante und erwartungskonforme Unterschiede zeigten sich auch in der selbstberichteten physischen und psychischen Gesundheit: während orthopädische Rehabilitanden die stärksten Beeinträchtigungen im körperlichen Bereich angaben (33,8 Punkte) und

psychosomatische Rehabilitanden die beste körperliche Gesundheit berichteten, fielen die Einschätzungen für den psychischen Gesundheitszustand umgekehrt aus. Hier erreichten psychosomatische Rehabilitanden mit im Mittel 31,9 Punkten die schlechtesten Werte. Die Bewertungen orthopädischer bzw. onkologischer Rehabilitanden waren durchschnittlich 12 bzw. 13 Punkte besser. Weitere soziodemografische und (sozial-) medizinische Merkmale für verschiedene Subgruppen (z.B. nach RV-Träger, Indikation und Geschlecht) sind im Anhang in den **Tabellen A6-A11** dargestellt.

5.1.1 Subjektive Gesundheit: die Funktionsskalen des SF-12

Erwartungsgemäß ging es den Studienteilnehmern im Mittel vor Reha-Beginn schlechter als bei Reha-Ende (**Abb. 3**). Zu beiden Befragungszeitpunkten schätzten die Rehabilitanden ihren körperlichen Gesundheitszustand durchschnittlich etwas schlechter ein. Nach Abschluss der Maßnahme stieg die subjektiv wahrgenommene Gesundheit im Mittel um 3,5 (körperliche) respektive 6,1 (psychische Summenskala) Punkte.

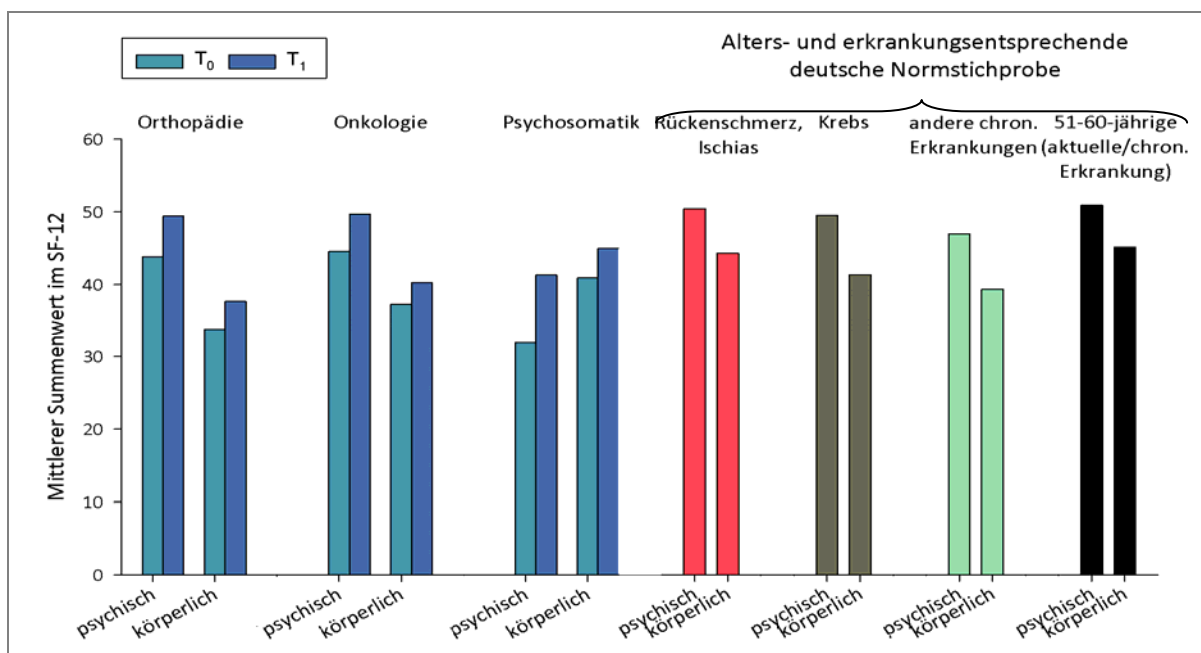


Abbildung 3 Summenskalen des SF-12 für die untersuchten Indikationsgruppen und im Vergleich zur alters- und erkrankungsentsprechenden deutschen Normstichprobe

Verglichen mit der alters- und erkrankungsentsprechenden deutschen Normstichprobe zeigen sich, je nach Messzeitpunkt, sowohl in der körperlichen als auch der psychischen Sum-

menskala Abweichungen von 0,5-7 Punkten (**Abb. 3**). Postrehabilitativ entsprachen die Mittelwerte onkologischer Rehabilitanden den Normwerten der jeweiligen Vergleichspopulation, wohingegen orthopädische Rehabilitanden normäquivalente Werte nur in der psychischen Summenskala erreichten. Für die körperliche Summenskala wichen die Mittelwerte postrehabilitativ um etwa minus 7 Punkte ab.

Bei trägerspezifischer Betrachtung der wahrgenommenen subjektiven Gesundheit zeigten sich für die körperliche Summenskala nur marginale Unterschiede ($\Delta=2$ Punkte) zwischen Patienten der DRV Bund und Nord (**Tab. 5**). Versicherte der DRV Bund verbesserten sich im Reha-Verlauf im Mittel um 3,7 Punkte, Versicherte der DRV Nord um 4,3 Punkte. Im Hinblick auf die psychische Summenskala gaben Versicherte der DRV Bund initial eine etwas höhere psychische Belastung an (Bund 40,8 vs. Nord 42,8 Punkte), beurteilten ihre psychische Gesundheit bei Reha-Ende jedoch durchschnittlich um 3,5 Punkte besser. Daraus ergibt sich ein Änderungswert des psychischen Summenscores von im Mittel 7,7 Punkten für Versicherte der DRV Bund sowie 3 Punkten für Versicherte der DRV Nord. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p \leq 0,01$, $d=0,46$, **Tab. 5**).

Tabelle 5 Funktionsskalen des SF-12 nach RV-Träger						
	RV-Träger	N	M	SD	p-Wert	Cohens d
SF-12, KSW, T ₀	DRV Bund	462	37,68	9,014	<0,05	0,24
	DRV Nord	82	35,56	8,452		
SF-12, PSW, T ₀	DRV Bund	462	40,84	11,752	<0,05	0,16
	DRV Nord	82	42,75	13,101		
SF-12, KSW, T ₁	DRV Bund	367	41,82	8,326	0,06	0,25
	DRV Nord	71	39,69	10,129		
SF-12, PSW, T ₁	DRV Bund	367	49,08	11,451	<0,05	0,30
	DRV Nord	71	45,59	11,707		
Δ KSW	DRV Bund	361	3,75	7,278	0,59	0,07
	DRV Nord	67	4,26	7,234		
Δ PSW	DRV Bund	361	7,67	9,973	<0,01	0,46
	DRV Nord	67	3,05	10,451		

Anmerkungen: N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung, KSW körperlicher Summenwert, PSW psychischer Summenwert, Δ Differenzwert (T₁-T₀).

5.2 Die Stichprobe der Behandler

Die nachstehende Stichprobenbeschreibung charakterisiert die bei Studienende befragten behandelnden Ärzte und Therapeuten, die eine Einschätzung der Handhabung und des allgemeinen Nutzens des Zielefragebogens (Globalbeurteilung) vornahmen. Pro Klinik liegen im Mittel fünf Beurteilungen vor (Range: 1-11). Die Befragten waren durchschnittlich 48 Jahre alt (**Tab. 6**). Sie kamen zu etwa gleichen Anteilen aus den untersuchten Indikationsgebieten. 63% waren weiblich, 68,4% hatten Berufserfahrungen von mehr als zehn Jahren. Die Teilnahmebereitschaft der Ärzte und Psychologen belief sich schätzungsweise auf 50%.²

Tabelle 6 Stichprobe der Behandler (N=57)		
Alter	M=48 Jahre (SD=11)	Range=27-71
Geschlecht	Frauen	36 (63,2%)
	Männer	19 (33,3%)
	k.A.	2 (3,5%)
Indikation	Orthopädie	19 (33,3%)
	Onkologie	15 (26,3%)
	Psychosomatik	20 (35,1%)
	k.A.	3 (5,3%)
Berufsgruppe	Ärzte	36 (63,2%)
	Psychologen	21 (36,9%)
	k.A.	2 (3,5%)
Berufserfahrung	≤ 5 Jahre	9 (15,8%)
	6-10 Jahre	8 (14,0%)
	> 10 Jahre	39 (68,4%)
	k.A.	1 (1,8%)

Anmerkungen: k.A. keine Angabe, M Mittelwert, SD Standardabweichung

² Um den Dokumentationsaufwand in den Kooperationskliniken möglichst gering zu halten, ist ursprünglich darauf verzichtet worden, zu erfassen, wie viele Ärzte und Psychologen an der Durchführung des Projektes (z.B. Entgegennahme des Fragebogens im Aufnahmegespräch) beteiligt waren. Im Nachhinein stellte sich diese Information für die Einschätzung und Interpretation der behandlerseitigen Bewertungen des Nutzens und der Praktikabilität jedoch als wichtig heraus. Um die Teilnahmebereitschaft der Ärzte und Psychologen der Kooperationseinrichtungen nachträglich zu schätzen, wurden die studienverantwortlichen Personen der teilnehmenden Einrichtungen kontaktiert. Den Angaben zufolge waren 115 Behandler an der Studiendurchführung beteiligt. Von diesen nahmen 57 an der Globalbeurteilung des Zielefragebogens teil. Dies entspricht einem Dropout von 50%. In zwei Kliniken wurde auf die Globalbeurteilung verzichtet, da unter zehn Patienten durch die RV-Träger in die Einrichtung entsandt worden waren.

6 Ergebnisse

6.1 Praktikabilität des Versandmodus („Vorab-Versand“)

Zur Beurteilung der Praktikabilität des Versandmodus des Fragebogens mit dem Bewilligungsbescheid betrachten wir nachfolgend den Rücklauf der Studienunterlagen sowie die von den Behandlern dokumentierten Gründe, weshalb der Fragebogen im Aufnahmegespräch nicht vorlag.

6.1.2 Rückschlüsse aus dem Rücklauf der Studienunterlagen

Abbildung 5 zeigt den Verbleib der versandten Studienunterlagen. Über 1.246 (44,78%) der 2.782 ausgesandten Fragebögen können wir keine Aussagen machen. Mit anderen Worten: wir wissen weder etwas über deren Verbleib noch darüber, ob die durch die RV-Träger rekrutierten Rehabilitanden jemals eine Reha-Maßnahme in einer der kooperierenden Einrichtungen in Anspruch genommen haben. Unter die „ausgeschiedenen Fälle“ (Drop Out) wurden weitere N=34 Fälle subsummiert, von denen Teile der Studienunterlagen (i.d.R. nur der Dokumentationsbogen) unbeantwortet zurückkamen sowie N=57 Fälle, die aufgrund der Überrekrutierung von den jeweiligen Einrichtungen nicht mehr in die Studie eingeschlossen worden sind.

Verwertbare Unterlagen gingen von 1.445 (52%) der 2.782 angeschriebenen Rehabilitanden ein. Bei diesen lagen beantwortete Fragebögen von mindestens einem der Befragten zu mindestens einem der Erhebungszeitpunkte vor. Darunter befanden sich die Unterlagen von N=60 Rehabilitanden, bei denen eine eindeutige Zuordnung der Studienunterlagen nicht möglich war. Dies war bspw. dann gegeben, wenn die Identifikationsnummer manipuliert wurde (N=12, z.B. eigens vorgenommene Änderung der Nummer oder Kopieren von Unterlagen, wodurch es zu Dopplungen der IDs kam) oder vergessen wurde, den Unterlagen eine Nummer zu geben (N=48). Darunter waren weitere N=7 Fälle, die den Fragebogen an den RV-Träger oder das Institut für Community Medicine versandten, anstatt ihn in das Aufnahmegespräch mitzubringen sowie N=4 Einrichtungswechsler. Alle 60 Studienunterlagen waren unvollständig und/oder konnten nicht exakt einander zugeordnet werden, weshalb sie in den Analysen nicht berücksichtigt werden konnten.

Von den verbleibenden, auswertbaren Unterlagen (N=1.385) wurden sechs der ursprünglich orthopädisch eingeschlossenen Patienten klinikintern aufgrund einer im Vordergrund ste-

henden kardiologischen Erkrankung auf die Kardiologie verlegt und daher aus den Analysen ausgeschlossen. Weiterhin unberücksichtigt blieben die Studienunterlagen von 84 Rehabilitanden, bei denen Angaben zur Gruppe und/oder zum Träger fehlten. Insgesamt konnten daher nur 90% der eingegangenen Studienunterlagen (1.295/1.445) bzw. 46,5% der ausgesandten Unterlagen (1.295/2.782) für die Auswertungen herangezogen werden (**Abb. 5**).

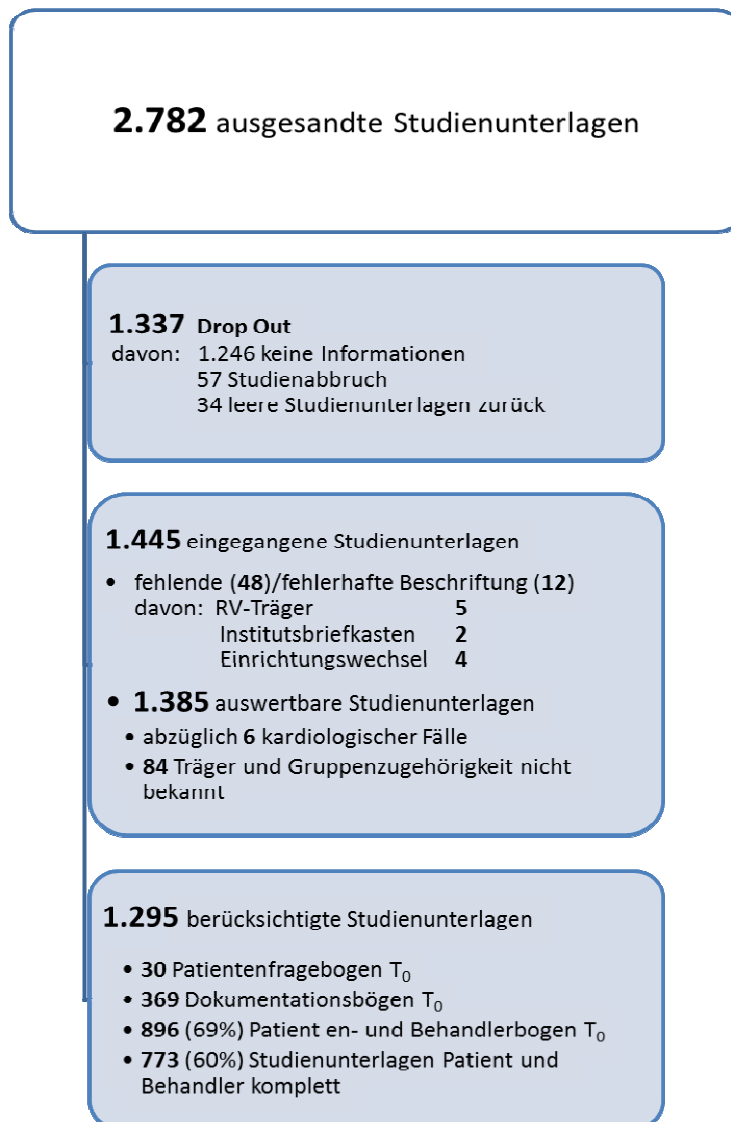


Abbildung 5 Verbleib der Studienunterlagen und Datenrücklauf

Anhand der 1.295 den Auswertungen zugrunde liegenden Fällen wurden vier Datenkollektive bestimmt. Das erste Kollektiv umfasst alle verfügbaren Patientenfragebögen zum Zeitpunkt T₀ (N=926). Analog dazu befinden sich im zweiten Kollektiv alle von den behandelnden Ärzten und Therapeuten beantworteten Dokumentationsbögen (T₀, N=1.265). Die dritte

Gruppe beinhaltet die von Patient und Behandler kompletten Studienunterlagen zum ersten Messzeitpunkt (N=896). Das letzte Auswertungskollektiv (N=773) umfasst die zu allen Messzeitpunkten vollständigen Studienunterlagen von Patient (T₀, T₁) und Behandler (T₀, IG: T₁).

6.1.2 Informationen aus den Dokumentationen im Aufnahmegespräch

6.1.2.1 Mitbringen des Fragebogens

Für 1.265 Patienten liegen Angaben durch die behandelnden Ärzte/Therapeuten vor. Aus diesen geht hervor, dass durchschnittlich 64,6% (817/1.265) der Patienten den Fragebogen wie erbeten in das Aufnahmegespräch mitbrachten (**Tab. 7**). Bei psychosomatischen Patienten lag der Fragebogen signifikant seltener vor (**Tab.7, Tab.8**). Darüber hinaus konnten Interaktionseffekte zwischen den Merkmalen Gruppe und Indikation sowie Träger und Indikation festgestellt werden (**Tab. 8**), wobei psychosomatische Patienten der DRV Nord verglichen mit psychosomatischen Patienten der DRV Bund eine über 5-fach größere Chance hatten, den Fragebogen mit in das Aufnahmegespräch zu bringen. Onkologische Patienten der Interventionsgruppe hatten im Vergleich zu onkologischen Patienten der Kontrollgruppe eine mehr als 3,5-fach höhere Chance, dass der Fragebogen mitgebracht wird. Insgesamt ist die Aussagekraft des Prädiktionsmodells mit einem eher geringen Erklärungswert (Nagelkerkes R²=0,064) als deutlich eingeschränkt zu betrachten.

Tabelle 7 Mitbringen des Fragebogens nach Indikation und Rentenversicherungsträger, N (%)							
	Orthopädie		Onkologie		Psychosomatik		gesamt
	Bund	Nord	Bund	Nord	Bund	Nord	
Interventionsgruppe	170 (65,9)	33 (48,5)	96 (73,3)	29 (59,2)	51 (48,6)	21 (48,8)	400 (61,2)
Kontrollgruppe	182 (70,5)	53 (71,6)	96 (73,3)	25 (56,8)	40 (58,8)	21 (60,0)	417 (68,4)
gesamt	352 (68,2)	86 (60,6)	192 (73,3)	54 (58,1)	91 (52,6)	42 (53,8)	817 (64,4)

Anmerkungen: Antwort „ja“ auf das Item „Hat der Patient den Fragebogen mitgebracht?“.

Tabelle 8 Prädiktion, ob der vorab versandte Fragebogen in das Aufnahmegespräch mitgebracht wurde. Logistische Regression, Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervall (KI) und Signifikanzniveau (p), Kriterium: Fragebogen mitgebracht (ja/nein).

	N (%) ^a	OR	95%-KI	p
Alter	885 (100,0)	1,00	0,98-1,03	0,747
Geschlecht (Ref: Mann)	203 (22,9)			
Frau	682 (77,1)	0,74	0,44-1,25	0,259
RV-Träger (Ref: DRV Bund)	687 (75,2)			
DRV Nord	198 (24,8)	0,64	0,26-1,57	0,324
Gruppe (Ref: KG)	451 (51,0)			
IG	434 (49,0)	0,63	0,32-1,23	0,175
Indikation (Ref: Orthopädie)	445 (50,3)			0,002
Onkologie	270 (30,5)	0,49	0,23-1,03	0,059
Psychosomatik	170 (19,2)	0,25	0,11-0,54	<0,001
Gruppe*Träger		0,57	0,22-1,47	0,245
Gruppe*Indikation				0,043
Gruppe*Onkologie		3,59	1,31-9,83	0,013
Gruppe*Psychosomatik		1,38	0,52-3,66	0,517
Träger*Indikation				0,019
Träger*Onkologie		1,18	0,39-3,53	0,773
Träger*Psychosomatik		5,14	1,58-16,76	0,007
Nagelkerkes R² = 0,064				

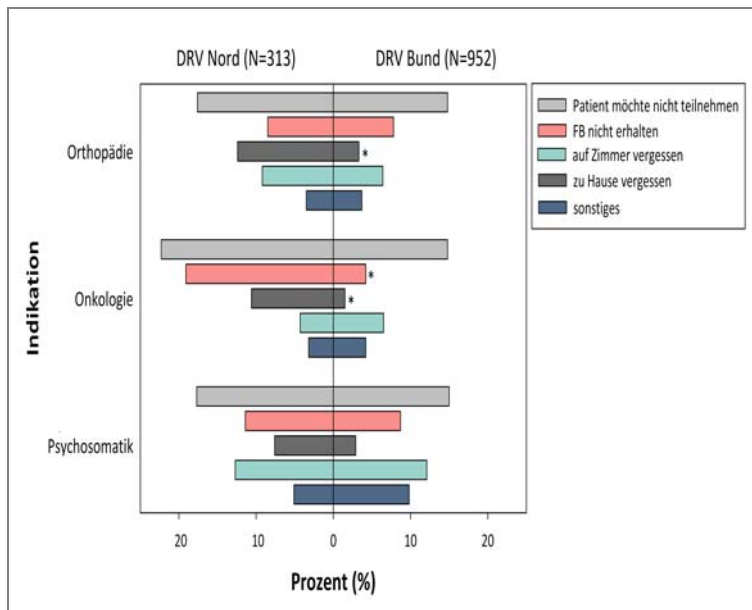
Anmerkungen: ^a Gesamtstichprobe (IG und KG) N=896. N Anzahl, Ref: Referenzgruppe.

6.1.2.2 Gründe, weshalb der Fragebogen nicht vorlag

Der häufigste Grund für das Fehlen des Fragebogens war der Wunsch des Patienten, nicht an der Studie teilzunehmen (15,9%). Weitere Gründe dafür, dass der Fragebogen das Aufnahmegespräch nicht erreichte, waren: auf dem Zimmer vergessen (7,7%), Fragebogen nicht erhalten (8,3%), zu Hause vergessen (4,7%), anderes (4,7%).

Der Anteil derjenigen Patienten, die den Fragebogen zwar mit in die Einrichtung brachten, diesen allerdings auf dem Zimmer vergaßen, war mit 12,4% bei psychosomatischen Rehabilitanden am größten (Orthopädie: 7%, Onkologie: 6%). Im Mittel dokumentierten die behandelnden Ärzte und Therapeuten bei Versicherten der DRV Nord fast alle Gründe häufiger (**Abb. 6**): onkologische Rehabilitanden der DRV Nord wollten häufiger nicht an der Studie teilnehmen (22,6%) und berichteten signifikant häufiger, keinen Fragebogen erhalten zu haben (19,4% vs. 4,2% Bund); onkologische und orthopädische Versicherte der DRV Nord vergaßen ihn signifikant häufiger zu Hause. Unterschiede zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich nur für Versicherte der DRV Nord: dort äußerten Patienten

der Interventionsgruppe signifikant häufiger, keinen Fragebogen erhalten zu haben (16,9% vs. KG 7,8%).



Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich. *Chi²-Test, p<0,05

Abbildung 6 Gründe, weshalb der Fragebogen das Aufnahmegespräch nicht erreichte

6.1.2.3 Thematisierung des Zielefragebogens im Aufnahmegespräch

Sofern der Fragebogen mitgebracht wurde ($N_{IG}=438/655$), war er bei 71% Teil des Gesprächs zwischen Patient und Behandler (**Tab. 9**). In der Psychosomatik war der Fragebogen bei 51% der Patienten Gesprächsgegenstand zwischen Behandler und Patient, in den anderen Indikationen wurden die Inhalte des Fragebogens bei etwa drei von vier Patienten thematisiert (**Tab. 9**). Signifikante Unterschiede zwischen den Indikationen zeigten sich nur bei Versicherten der DRV Bund ($p<0,001$, $\omega=0,294$); signifikante Unterschiede zwischen den Rentenversicherungsträgern ergaben sich nur für onkologische Rehabilitanden (DRV Nord 88%, DRV Bund 72%, $p=0,025$, $\omega=0,236$).

Tabelle 9 Thematisierung des Zielefragebogens, Angaben in %			
	DRV Nord	DRV Bund	Gesamt
Orthopädie	68,4	79,2	77,3
Onkologie	87,5	72,3	75,9
Psychosomatik	58,3	48,6	51,1
Gesamt	72,3	70,9	71,2

Bei multivariater Betrachtung der Zusammenhänge (**Tab. 10**) unter Kontrolle von Geschlecht und Alter konnten ein Haupteffekt für die Variable Indikation sowie ein Interaktionseffekt zwischen Träger und Indikation gefunden werden. Wie schon durch die bivariaten Analysen bestätigt, hatten psychosomatische Rehabilitanden eine signifikant geringere Chance, dass der Zielefragebogen im Aufnahmegespräch zum Gesprächsthema wurde. Verglichen mit onkologischen Rehabilitanden der DRV Bund hatten onkologische Rehabilitanden der DRV Nord eine um mehr als 4-mal so große Chance, dass die Inhalte des Zielefragebogens Gesprächsgegenstand waren. Der Erklärungswert des Modells beträgt 9,3%.

Tabelle 10 Prädiktion, ob der Zielefragebogen Gesprächsgegenstand im Aufnahmegespräch war. Logistische Regression, Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervall (KI) und Signifikanzniveau (p), Kriterium: Gesprächsgegenstand (ja/nein)				
	N (%)^a	OR	95%-KI	p
Alter	435 (100,0)	1,00	0,98- 1,02	0,991
Geschlecht (Ref: Mann)	105 (24,1)			
Frau	330 (75,9)	1,36	0,80- 2,33	0,258
RV-Träger (Ref: DRV Bund)	341 (78,4)			
DRV Nord	94 (21,6)	0,67	0,30- 1,53	0,344
Indikation (Ref: Orthopädie)	209 (48,0)			<0,001
Onkologie	132 (30,3)	0,70	0,38- 1,28	0,249
Psychosomatik	94 (21,6)	0,25	0,14- 0,46	<0,001
Träger*Indikation				0,097
Träger*Onkologie		4,29	1,08-17,06	0,039
Träger*Psychosomatik		2,31	0,67- 7,94	0,183
Nagelkerkes R² = 0,093				

Anmerkungen: ^a Nur Patienten der IG, da nur diese den Zielefragebogen erhielten. N=435. N Anzahl, Ref: Referenzgruppe.

6.2 Individualbeurteilung

Insgesamt befand etwa die Hälfte der befragten Behandler den Fragebogen für hilfreich bei der Findung der Ziele (53%) und der Behandlungsplanung (51%); 50% sprachen sich für einen generellen Nutzen des Zielefragebogens für die Maßnahme des Rehabilitanden aus (**Abb. 7**). 70-80% gaben an, dass die Ziele bei der Behandlungsplanung berücksichtigt und umgesetzt worden sind. Die Einschätzungen der Behandler waren unabhängig von soziodemografischen und sozialmedizinischen Merkmalen der Rehabilitanden (z.B. Geschlecht, Bildung, Rentenanspruchstellung).

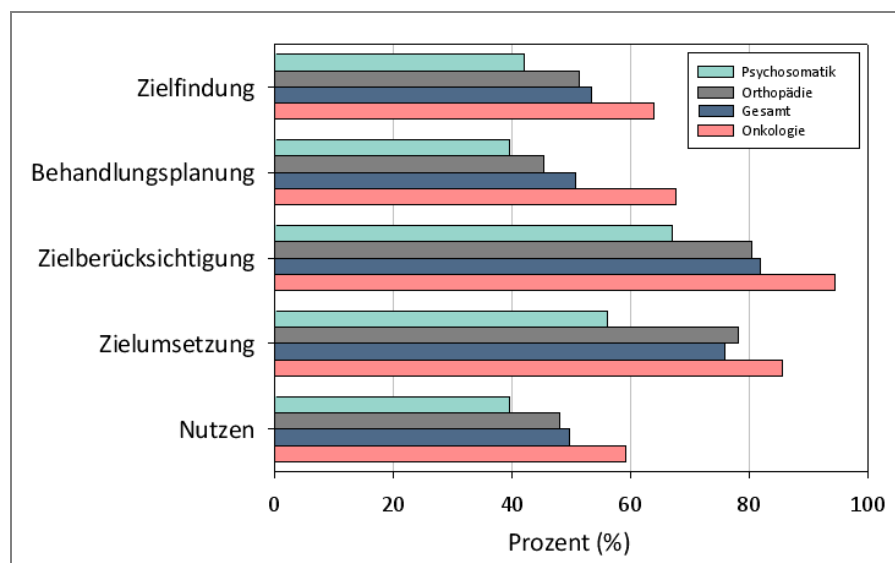


Abbildung 7 Mittlere Einschätzung des patientenbezogenen Nutzens, N=366, Angaben in %

Die Beurteilungen fielen für Patienten der DRV Nord, insbesondere in der Psychosomatik, tendenziell positiver aus. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Indikationen ($p < 0,05$, $0,25 < \omega > 0,33$) zeigten sich mit Ausnahme für das letzte Item nur bei Patienten der DRV Bund (**Tab. 11**): Verglichen mit psychosomatischen Behandlern bewerteten onkologische Behandler den Nutzen bezüglich aller erfragten Aspekte um 20-40 Prozentpunkte besser. In **Abbildung 7** und den **Tabellen A12-A14** sind die Bewertungen getrennt nach den Indikationsgruppen dargestellt.

Um den simultanen Einfluss der Merkmale Träger und Indikation auf die Nutzenbewertungen zu betrachten, wurde für jeden zu bewertenden Nutzenaspekt jeweils ein binärologistisches Regressionsmodell berechnet. Dazu wurden die in **Tabelle 11** aufgeführten Items dichotomisiert (1 – „(eher) ja“, 2- „(eher) nein“, „teils/teils“). Die Ergebnisse der berechneten

Regressionsmodelle sind in den **Tabellen 12** (mit Kontrolle von Alter und Geschlecht) und **13** (ohne deren Berücksichtigung) dargestellt.

Tabelle 11 Individualbeurteilung des Nutzens durch die Behandler (%)						
	Orthopädie		Onkologie		Psychosomatik	
	Bund	Nord	Bund	Nord	Bund	Nord
War der Fragebogen hilfreich bei der Findung der Ziele des Patienten?	51,0	53,6	64,3	63,0	37,5	57,9
War der Fragebogen hilfreich für die Behandlungsplanung?	45,7	42,9	69,0	63,0	39,3	42,1
Wurden die Ziele bei der Behandlungsplanung berücksichtigt?	80,8	78,6	94,0	96,3	64,9	77,8
Konnten die Ziele (in der Behandlung) umgesetzt werden?	76,2	88,9	88,0	77,8	46,4	83,3
War der Zielefragebogen für diese konkrete Reha-Maßnahme von Nutzen?	48,3	46,4	54,4	70,4	37,5	47,4

Anmerkungen: Zustimmungende Antworten („ja“ und „eher ja“), DRV Bund (N=291), DRV Nord (N=74).

Bei gleichzeitiger Betrachtung beider Merkmale konnte nur die Variable Indikation als statistisch signifikante Einflussgröße auf die Nutzenbewertung identifiziert werden. Während im Vergleich zu orthopädischen Rehabilitanden die Beurteilung des Nutzens bezüglich Zielfindung, Behandlungsplanung und Zielberücksichtigung für onkologische Rehabilitanden signifikant besser ausfiel, konnten die Ziele psychosomatischer Rehabilitanden signifikant weniger berücksichtigt und umgesetzt werden. Ferner wurde die Zielumsetzung in Abhängigkeit des Trägers für die untersuchten Indikationsgruppen unterschiedlich bewertet (Interaktionseffekt). Der Einfluss der Indikation ($p=0,034$, **Tab. 13**) auf die Beurteilung des allgemeinen Nutzens des Zielefragebogens veränderte sich nach Kontrolle von Alter und Geschlecht (**Tab. 12**). Im Hinblick auf die Zielumsetzung trat erst dann ein Effekt für den Rentenversicherungsträger ein. Die Ergebnisse decken sich weitestgehend mit den vorherigen Interpretationen der bivariaten Analysen.

Insgesamt ist die Varianzaufklärung der Modelle eher gering. Etwas fundiertere Aussagen erlauben die Modelle zur Zielberücksichtigung und -umsetzung mit einer Varianzaufklärung von mehr als 10%. Allerdings stehen diese beiden Aspekte weniger im Zusammenhang mit dem Zielefragebogen als mit der Zielorientierung und Zielvereinbarungspraxis der jeweiligen Einrichtung. Auch dürfte sich darin widerspiegeln, wie machbar und realistisch die Zielformulierungen der Rehabilitanden waren.

Tabelle 12 Nutzenbewertung des Zielefragebogens in Abhängigkeit von Träger und Indikation, adjustiert für Alter und Geschlecht, auf der Grundlage eines binär-logistischen Regressionsmodells. Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervall und Signifikanzniveau (p).

Prädiktoren	N (%) ^a	Zielfindung			Behandlungsplanung			Zielberücksichtigung			Zielumsetzung			Allgemeiner Nutzen		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Alter	364 (100,0)	1,00	0,98-1,03	0,714	1,02	0,99-1,05	0,113	0,98	0,95- 1,02	0,349	1,02	0,99- 1,05	0,137	1,02	0,99-1,05	0,099
Geschlecht (Mann ^{Ref})	84 (23,1)															
Frau	280 (76,9)	1,04	0,60-1,79	0,894	1,03	0,59-1,79	0,913	1,02	0,51- 2,04	0,961	1,64	0,86- 3,14	0,134	0,96	0,56-1,66	0,895
RV-Träger (DRV Bund ^{Ref})	290 (79,7)															
DRV Nord	74 (20,3)	1,29	0,73-2,28	0,382	0,92	0,52-1,64	0,780	1,27	0,58- 2,77	0,554	3,60	0,94-13,77	0,061	1,33	0,76-2,35	0,321
Indikation (Orthopädie ^{Ref})	178 (48,9)			0,035			0,003			<0,001			<0,001			0,178
Onkologie	111 (30,5)	1,61	0,96-2,71	0,069	2,31	1,37-3,90	0,002	4,60	1,79-11,80	0,002	1,94	0,89- 4,24	0,096	1,39	0,83-2,32	0,207
Psychosomatik	75 (20,6)	0,70	0,40-1,23	0,216	0,89	0,51-1,55	0,671	0,48	0,25- 0,90	0,022	0,29	0,15- 0,57	<0,001	0,77	0,44-1,35	0,354
Träger*Indikation													0,017			
Träger*Onkologie											0,16	0,03- 0,89	0,036			
Träger*Psychosomatik											1,71	0,26-11,27	0,576			
Nagelkerkes R²				0,036			0,076			0,111			0,147			0,040

Anmerkungen: ^a Nur Patienten der Interventionsgruppe, da nur diese den Zielefragebogen erhielten. N Anzahl. Ref: Referenzgruppe.

Tab. 13 Regressionsmodell analog zu Tab.12 ohne Kontrolle von Alter und Geschlecht.

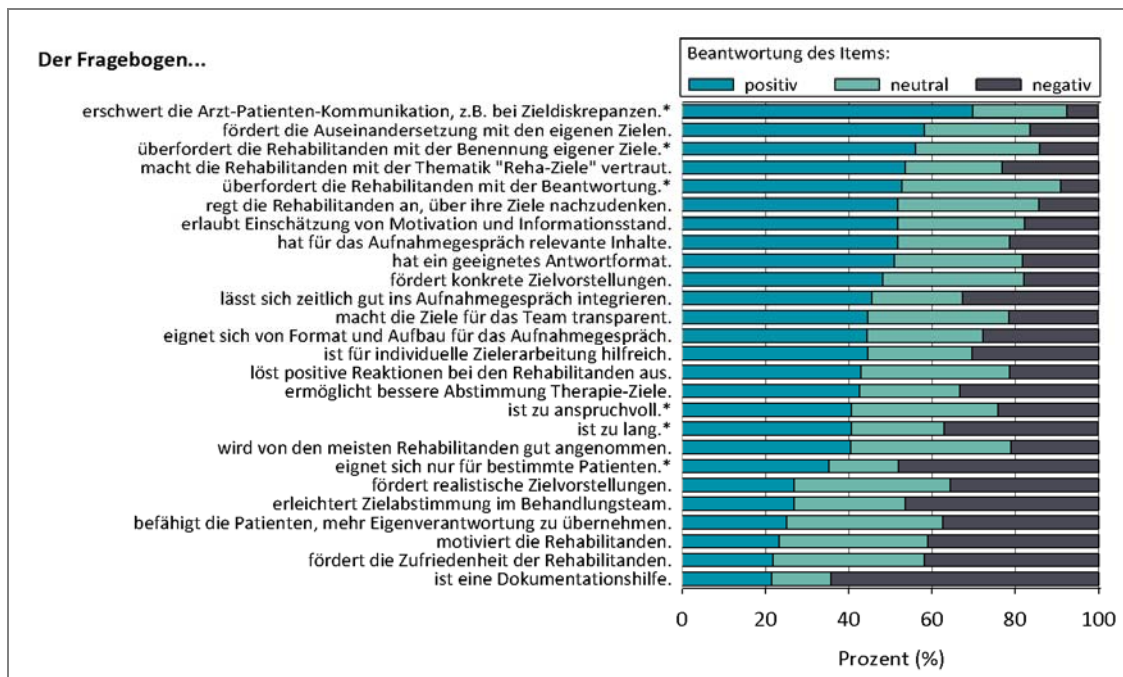
Prädiktoren	N (%) ^a	Zielfindung			Behandlungsplanung			Zielberücksichtigung			Zielumsetzung			Allgemeiner Nutzen		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
RV-Träger (DRV Bund ^{Ref})	291 (79,7)															
DRV Nord	74 (20,3)	1,26	0,74-2,13	0,390	0,89	0,53-1,52	0,683	1,26	0,60- 2,62	0,540	2,50	0,96- 3,92	0,152	1,33	0,79-2,23	0,291
Indikation (Orthopädie ^{Ref})	179 (49,0)			0,014			<0,001			<0,001			<0,001			0,034
Onkologie	111 (30,4)	1,65	1,01-2,68	0,045	2,55	1,55-4,19	<0,001	4,14	1,68-10,21	0,002	2,29	0,83- 2,98	0,033	1,53	0,94-2,47	0,086
Psychosomatik	75 (20,6)	0,69	0,40-1,19	0,179	0,82	0,47-1,41	0,466	0,51	0,27- 0,94	0,030	0,27	0,18- 0,58	<0,001	0,70	0,40-1,22	0,206
Träger*Indikation													0,015			
Träger*Onkologie											0,19	0,04- 1,03	0,055			
Träger*Psychosomatik											2,30	0,37-14,54	0,375			
Nagelkerkes R²				0,035			0,066			0,107			0,132			0,029

Anmerkungen: ^a Nur Patienten der Interventionsgruppe, da nur diese den Zielefragebogen erhielten. N Anzahl. Ref: Referenzgruppe.

6.3 Globalbeurteilung

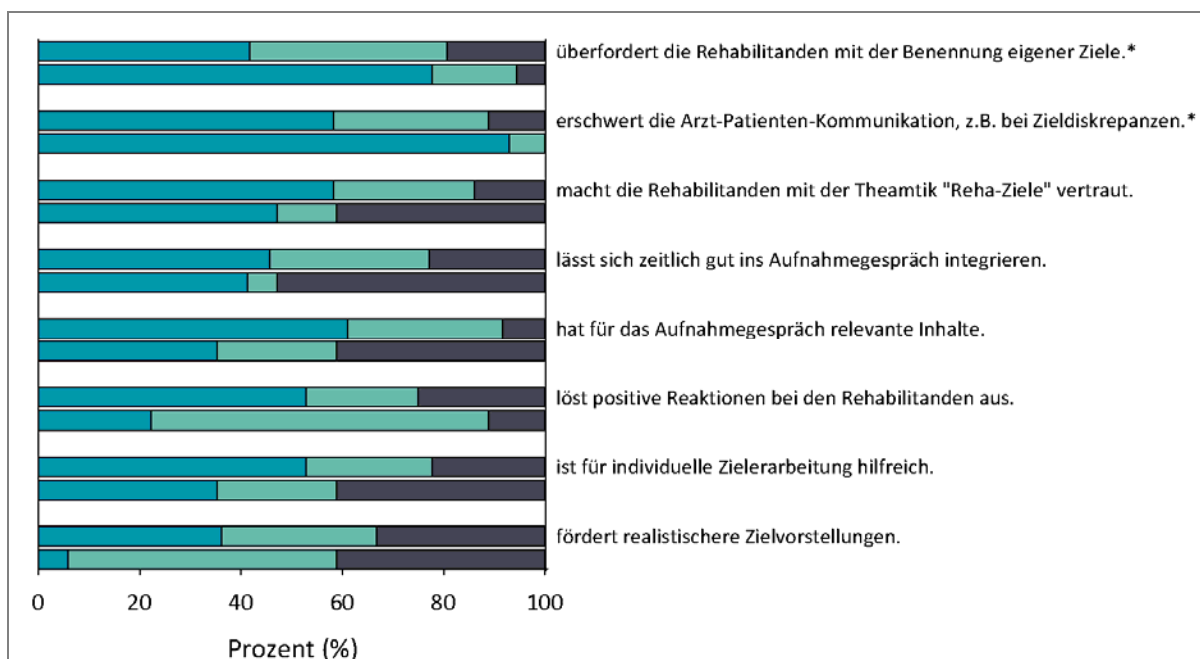
Abbildung 8 zeigt, wie die behandelnden Ärzte und Therapeuten retrospektiv, bei Studierende, die Handhabung des Zielefragebogens im Aufnahmegespräch wahrnahmen. Die Mehrheit der Behandler befand gänzlich oder teilweise (Anteil „(eher) nein“ < 20%), dass die Rehabilitanden mit dem Fragebogen gut zurechtgekommen seien (Zielbenennung, Antwortformat, keine Überforderung) und der Fragebogen hinsichtlich Inhalt, Aufbau und Format für das Aufnahmegespräch geeignet sei. Mehr als die Hälfte der Befragten war der Ansicht, dass der Fragebogen die Rehabilitanden auf zielbezogene Inhalte des Aufnahmegesprächs vorbereiten könne (Item 1-3, **Abb. 8**). Jeweils 40% der Befragten glaubten, dass der Fragebogen gut oder zumindest teilweise von den Patienten angenommen würde. Die Items, die Aspekte des Nutzens für das Behandlerteam wiedergeben (individuelle Zielerarbeitung, Einschätzung von Motivations- und Informationsstand, Transparenz, Abstimmung Behandlung - Ziel), wurden von mehr als 45% der Befragten positiv beantwortet. Weniger gut schnitten die Zeiterparnis bei der Dokumentation (63,5% „(eher) nein“) und die Qualität der Zielangaben (Ziele realistischer: 41,5% „(eher) nein“) ab. Ebenso konnte jeder Dritte keine Förderung von Zufriedenheit, Motivation oder Eigenverantwortung des Patienten feststellen. Schwierigkeiten oder mögliche Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung bei diskrepanten Zielvorstellungen sah die überwiegende Mehrheit allerdings nicht. Indessen glaubten 40%, dass der Fragebogen zu lang sei. 49% sprachen sich dafür aus, dass der Fragebogen nur für bestimmte Patientengruppen geeignet sei. Dies war sogleich der Punkt, auf den die Befragten mit Abstand am häufigsten in den Freitextangaben eingingen (s. **6.3.1**).

Bei nach Berufsgruppen getrennter Betrachtung zeigten sich hingegen Unterschiede in den Einschätzungen der befragten Ärzte und Psychologen (**Abb. 9**): Insgesamt fielen die Bewertungen der befragten Ärzte hinsichtlich 22 der 26 untersuchten Aspekte des Zielefragebogens positiver aus (**Tab. A16**). Aus Sicht der Psychologen sei der Fragebogen weniger hilfreich bei der Erarbeitung individueller Ziele. Auch nahmen sie eine schlechtere Passung des Fragebogens in das Aufnahmegespräch (Relevanz der Inhalte für und zeitliche Integration in das Aufnahmegespräch) und eine geringere Akzeptanz des Instruments seitens der Patienten wahr. Im Gegensatz dazu fiel es aus ihrer Sicht psychosomatischen Patienten leichter, eigene Ziele zu benennen. Diese wurden dann aber als weniger realistisch beurteilt.



Anmerkungen: * umgepoolte Items.

Abbildung 8 Globalbeurteilung durch die behandelnden Ärzte/Therapeuten



Anmerkungen: * umgepoolte Items. Alle dargestellten Vergleiche sind statistisch signifikant ($p < 0,05$) und praktisch bedeutsam ($0,46 < \omega > 0,62$).

Abbildung 9 Globalbeurteilung nach Berufsgruppe

Im Unterschied dazu sahen Ärzte im Zielefragebogen einen größeren (rehabilitanden- und behandlerseitigen) Nutzen und waren weniger kritisch gegenüber strukturellen Voraussetzungen (z.B. zeitliche Integration in das Aufnahmegespräch), nahmen gleichzeitig aber häufiger eine Überforderung der Rehabilitanden mit der Benennung eigener Ziele wahr und hielten es häufiger für möglich, dass der Fragebogen, z.B. bei Zieldiskrepanzen, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erschweren könne (58,3% „eher nein“). Folglich führten sie auch häufiger einschränkend an, dass der Fragebogen nur für bestimmte Patientengruppen geeignet sei (Arzt: 54% vs. Psychologe: 38%). Im Gegensatz dazu sah kaum ein Psychologe eine potentielle Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung (92,9% „eher nein“).

6.3.1 Freitextliche Rückmeldungen

Elf der 57 befragten Ärzte und Psychologen nutzten die Möglichkeit, ihre mit dem Zielefragebogen gemachten Erfahrungen schriftlich zurückzumelden. Die berichteten Hinweise und Eindrücke wurden zunächst wörtlich extrahiert und zu Kategorien zusammengefasst. In den **Tabellen 14** und **15** sind die gebildeten Kategorien wiedergegeben. Die meisten Rückmeldungen (22 von 29 Nennungen) betrafen verschiedene Punkte der Eignung, Handhabung und des Anwendungsbereichs des Fragebogens. Positive Rückmeldungen standen weniger im Vordergrund und fokussierten primär den mit dem Fragebogen bezweckten Nutzen wie Motivierung, Hilfe bei der Zielfindung, Erleichterung des Aufnahmegesprächs, Förderung der Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen und folglich konkretere Zielvorstellungen. Alle Aspekte wurden jedoch nur ein Mal, oft gepaart mit Empfehlungen bzw. Erfordernissen hinsichtlich der Verwendung des Instruments, genannt. Dies soll ein Beispiel verdeutlichen: „Der Fragebogen wäre für alle Betroffenen hilfreich in der Zielfindung und Motivierung, jedoch sollte er gemeinsam mit dem empfehlenden Arzt o.ä. Fachpersonal besprochen werden, so daß auch beeinträchtigte Patienten davon profitieren können (Unterstützung geben.).“ [30-jährige Psychologin, 6 Jahre Berufserfahrung]. Für die Eignung der Kurzinformati- on zu Reha-Zielen sprachen sich N=2 Behandler aus.

Im Hinblick auf Barrieren und Voraussetzungen für den Einsatz des Fragebogens (**Tab. 15**) wurden am häufigsten patientenseitige Faktoren (N=7, z.B. Alter, Motivation, Rentenbegehren, Erwerbsstatus, Bildung), Anregungen und Hinweise in Bezug auf die Implementierung und Eignung des Fragebogens (N=7) und Überforderung (N=5, z.B. inhaltliche/zeitliche Überforderung, Schwierigkeiten mit der Zielbenennung/Hilfe erforderlich) angesprochen. In allen

drei Kategorien geht es überwiegend um den Rehabilitanden. So umfasst die Kategorie Anregungen und Hinweise in Bezug auf die Implementierung und Eignung des Fragebogens vor allem Definitionsversuche der Behandler im Hinblick auf die Frage³ „Gibt es Merkmale/Gruppen von Rehabilitanden, für die Sie den Einsatz des Zielefragebogens besonders empfehlen bzw. davon abraten würden?“ Dies soll die Angabe einer 30-jährigen Psychologin mit 6-jähriger Berufserfahrung exemplarisch veranschaulichen: „Ich würde abraten, den Fragebogen bei Personen mit chronischen Depressionen, schwerwiegenden Erkrankungen einzusetzen. Diese sind damit überfordert, sind oft froh, es überhaupt bis hierher geschafft zu haben.“ Vergleichsweise selten (N=2 Nennungen) wurden strukturelle und den Zielefragebogen betreffende Faktoren (N=1) angeführt. Dabei ging es um das Zeitproblem im Aufnahmegespräch, die Redundanz des Fragebogens, sofern Klinikintern bereits Instrumente, die Ziele erheben, verwendet wurden sowie den Inhalt und Umfang des Zielefragebogens, der von einem Behandler als „nicht genug spezifisch und umfangreich“ erachtet wurde.

Tabelle 14 Positive Rückmeldungen		
Kategorie	Subkategorie	Beispiel
Patientenbezogener Nutzen (3)	Beschäftigung mit Zielen (1) Motivierung (1) Zielfindung (1)	„Ich denke das Schreiben + der Fragebogen sind gut für die Förderung der Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Zielen + zur Konkretisierung. Hierdurch gibt es auch eine gewisse Erleichterung im Aufnahmegespräch. [...]“ [34-jährige Psychologin, 2 Jahre Berufserfahrung]
Nutzen des Fragebogens (4)	Informationen zu Reha-Zielen geeignet (2) Qualität der Zielangaben (1) Entlastung des Aufnahmegesprächs (1)	

Alles in Allem weisen die Rückmeldungen darauf hin, dass nicht der Fragebogen an sich, sondern vornehmlich dessen Anwendungsbereich und Implementierungsansatz von den befragten Psychologen und Ärzten kritisch betrachtet wurden. So wird anhand der Angaben ersichtlich, dass klinikbezogene, strukturelle Voraussetzungen und organisatorische Abläufe wesentlich zum Gelingen der Intervention beitragen. Dass nicht nur indikations-, sondern sogar klinikspezifisch unterschiedliche Implementierungsstrategien sinnvoll scheinen, sollen zwei Angaben verdeutlichen: „Bei Ausgabe des Bogens bei Anreise teilweise Überforderung der Patienten durch zu viele verschiedene Fragebögen (hauseigene Anamnesebögen) und Formulare (Behandlungsvertrag etc.).“ [55-jährige Ärztin, 31 Jahre Berufserfahrung, Onkolo-

³ Dem Freitextfeld wurden drei Leitfragen vorangestellt, an denen sich die Befragten orientieren und darauf Bezug nehmen konnten. Der komplette Fragebogen ist im Anhang einsehbar.

gie); „... [der Fragebogen sollte] gemeinsam mit dem empfehlenden Arzt o.ä. Fachpersonal besprochen werden“. [30-jährige Psychologin, 6 Jahre Berufserfahrung]. Während aus der ersten Rückmeldung hervorgeht, dass ein Versand des Fragebogens - wie hier erprobt - im Vorfeld der Rehabilitation zweckmäßiger wäre, um den Rehabilitanden vor zu vielen, in der Einrichtung ohnehin anfallenden, Bögen und Formularen und damit vor Überlastung zu schützen, signalisiert das zweite Beispiel, dass in der Einrichtung kaum zeitliche und humane Ressourcen für gemeinsame Zielvereinbarungen bereitgestellt werden, sodass es aus dieser Perspektive sinnvoller erscheint, den Zielvereinbarungsprozess zeitlich vor den Beginn der Rehabilitation zu verlegen und ihn an den überweisenden Arzt zu delegieren.

Tabelle 15 Schwierigkeiten und daraus resultierende Implikationen und Anforderungen im Hinblick auf die Verwendung des Fragebogens		
Kategorie	Subkategorie	Beispiel
Personenbezogene Faktoren (7)	Rentenbegehren (1) Motivation/Compliance (2) Bildungsniveau (1) Alter (1) erwerbsfähig/nicht arbeitslos (1) Anderes (1)	„Fragebogen nur für Patienten geeignet, die in den Arbeitsprozeß zurückkehren wollen (Motivation vorhanden), keinen Rentenantrag gestellt haben, ein gewisses Bildungsniveau haben, nicht arbeitslos sind, keine Depression oder ähnliche neurologische Begleiterkrankung haben (Antriebsarmut)“ [43-jährige Ärztin, 18 Jahre Berufserfahrung, Orthopädie]
Anregungen und Hinweise in Bezug auf die Implementierung/den Anwendungsbereich/die Eignung des Zielfragebogens (7)	Eignung für bestimmte* Patientengruppen (5) Fragebogen gemeinsam ausfüllen und besprechen (1) anderes (1)	„Sehr depressive Patienten bzw. sehr unstrukturier- te/überforderte Patienten füllten den Fragebogen nicht aus bzw. gaben sehr häufig an, den Bogen nicht erhalten zu haben.“ [46-jährige Psychologin, 17 Jahre Berufserfahrung] „Bei Patienten mit schlechten Behandlungsvoraus- setzungen (Motivation, Leidensdruck) eher proble- matisch.“ [56-jähriger Psychologe, 33 Jahre Berufser- fahrung]
Strukturelle Faktoren (2)	Mangel an Zeit (1) Ziele andernorts bereits er- fasst (1)	„[...] Die Zeit für das Aufnahmegespräch ist jedoch knapp bemessen, ich sehe keine Möglichkeit, im Gespräch auf den Fragebogen einzugehen.“ [34-jährige Psychologin, 2 Jahre Berufserfahrung]
Überforderung (5)	Hilfe notwendig/nur mit Unter- stützung ausgefüllt (1) zeitlich (1) inhaltlich (2) Probleme mit der Zielbenen- nung (1)	„Einige Patienten hatten Schwierigkeiten, ihre Ziele konkret/spezifisch zu benennen. [Die] Zielformulie- rung war eher allgemein gehalten. Dadurch war er Nutzen des Fragebogens dann auch eingeschränkt.“ [40-jährige Psychologin, 14 Jahre Berufserfahrung]
Fragebogenbezogene Faktoren (1)	Inhalt und Umfang (1)	„Fragebogen nicht genug spezifisch und umfangreich gewesen, sodaß für die Beurteilung der EF die erho- benen Info's nicht reichen, damit ein weiterer Frage- bogen notw. wäre. Derzeit wäre er eine doppelte Belastung; die Klinik müsste einen Ergänzungsbogen erstellen und den bisherigen Pat.-Fragebogen aufge- ben.“ [45-jähriger Arzt, 20 Jahre Berufserfahrung, Orthopädie]

Anmerkungen: *In der Regel wird auf Erkrankungsbilder in der Neurologie und Psychosomatik, insbesondere antriebsarme (depressive) Patienten Bezug genommen.

6.4 Patientenseitige Akzeptanz

In den **Tabellen 16 bis 18** sind die prozentualen Antworthäufigkeiten für Items wiedergegeben, welche die Wichtigkeit von Zielvereinbarungen und -verfolgungen erfassen. Für die überwiegende Mehrheit der Patienten waren Zielvereinbarungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Rehabilitationsprozess bedeutsam. Kaum ein Patient befand Zielfestlegungen für unwichtig (1,7-3,4%) oder völlig unwichtig ($\leq 0,3\%$). Für drei von vier Patienten war es sogar sehr wichtig, die besprochenen Ziele zu Hause weiter zu verfolgen (**Tab. 18**). Für psychosomatische Rehabilitanden waren Zielfestlegungen geringfügig weniger bedeutsam.

Tabelle 16 Wichtigkeit Zielfestlegung bei Reha-Beginn (%)						
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt	Effektmaß
Orthopädie (N=394)	73,6	23,9	1,0	0,3	1,3	$\omega=0,198$
Onkologie (N=234)	73,7	23,9	0,4	0,0	2,1	
Psychosomatik (N=136)	57,4	36,0	5,9	0,0	0,7	
DRV Bund (N=586)	69,6	27,0	1,9	0,2	1,4	$\omega=0,052$
DRV Nord (N=178)	74,2	23,0	1,1	0,0	1,7	
Mann (N=175)	73,3	22,9	1,7	0,0	1,7	$\omega=0,047$
Frau (N=585)	69,6	27,2	1,7	0,2	1,4	
Interventionsgruppe (N=363)	70,8	27,8	0,8	0,3	0,3	$\omega=0,123$
Kontrollgruppe (N=401)	70,6	24,4	2,5	0,0	2,5	
≤ 54 Jahre (390)	67,9	29,2	2,1	0,3	0,5	$\omega=0,116$
> 54 Jahre (374)	73,5	22,7	1,3	0,0	2,4	
Gesamt (N=773)	70,7	26,0	1,7	0,1	1,4	

Item: „Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass bei Rehabilitationsbeginn Ziele für die Reha festgelegt werden?“

Tabelle 17 Wichtigkeit Zielfestlegung für die Zeit nach der Reha (%)						
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt	Effektmaß
Orthopädie (N=394)	71,8	23,9	2,0	0,3	2,0	$\omega=0,177$
Onkologie (N=232)	58,2	34,1	3,4	0,4	3,9	
Psychosomatik (N=137)	56,2	34,3	7,3	0,0	2,2	
DRV Bund (N=585)	64,3	29,4	3,8	0,3	2,2	$\omega=0,067$
DRV Nord (N=178)	66,9	27,0	2,2	0,0	3,9	
Mann (N=176)	69,3	23,9	4,0	0,0	2,8	$\omega=0,068$
Frau (N=583)	63,5	30,4	3,3	0,3	2,6	
Interventionsgruppe (N=364)	65,4	28,8	4,1	0,3	1,4	$\omega=0,083$
Kontrollgruppe (N=399)	64,4	28,8	2,8	0,3	3,8	
≤ 54 Jahre (390)	65,4	30,0	2,6	0,5	1,5	$\omega=0,100$
> 54 Jahre (373)	64,3	27,6	4,3	0,0	3,8	
Gesamt	64,9	28,8	3,4	0,3	2,6	

Item: „Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass bei Reha- Ende Ziele für die Zeit nach der Reha festgelegt werden?“

Tabelle 18 Wichtigkeit postrehabilitativer Zielverfolgung (%)

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt	Effektmaß
Orthopädie (N=397)	79,3	18,6	1,0	0,3	0,3	ω=0,160
Onkologie (N=238)	73,5	21,8	0,0	0,0	2,5	
Psychosomatik (N=138)	74,6	21,0	2,2	0,0	2,2	
DRV Bund (N=592)	76,5	20,1	1,0	0,2	1,2	ω=0,040
DRV Nord (N=181)	77,3	19,9	0,6	0,0	1,7	
Mann (N=177)	76,3	20,9	0,6	0,0	1,7	ω=0,040
Frau (N=592)	76,7	19,9	1,0	0,2	1,2	
Interventionsgruppe (N=361)	76,9	20,4	0,8	0,3	0,8	ω=0,057
Kontrollgruppe (N=400)	76,5	19,8	1,0	0,0	1,7	
≤ 54 Jahre (392)	78,3	19,4	1,3	0,3	0,8	ω=0,075
> 54 Jahre (374)	76,5	21,1	0,5	0,0	1,9	
Gesamt (N=773)	76,7	20,1	0,9	0,1	1,3	

Item: „Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass Sie zur weiteren Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes zuhause die besprochenen Ziele weiter verfolgen werden?“

Tabelle 19 Anzahl formulierter Reha-Ziele

Merkmal	N	M	SD	Min	Max	p-Wert	Effektgröße
Indikation							
Orthopädie	201	6,7	3,4	1	24	<0,001	f=0,32
Onkologie	127	6,1	2,9	1	19		
Psychosomatik	87	8,7	4,2	2	22		
RV-Träger							
DRV Bund	336	7,1	3,6	1	24	0,058	d=0,24
DRV Nord	81	6,3	3,3	1	19		
Rentenantragstellung							
ja	51	6,8	3,3	2	19	0,670	d=0,05
nein	342	7,0	3,5	1	24		
Geschlecht							
Mann	95	6,0	3,3	1	18	<0,050	d=0,34
Frau	321	7,2	3,6	1	24		
Alter							
≤ 54 Jahre	218	7,6	3,8	1	22	<0,001	d=0,40
> 54 Jahre	197	6,2	3,1	1	24		
Gesundheitszustand							
sehr gut	9	5,9	3,6	2	13	<0,010	f=0,20
gut	130	6,3	3,1	1	15		
weniger gut	221	7,3	3,5	1	24		
schlecht	37	7,9	4,7	2	19		
SF-12 KSW							
< 37	209	7,0	3,7	1	24	0,989	d=0,01
≥ 37	190	7,0	3,5	1	22		
SF-12 PSW							
< 40	181	8,0	3,8	2	24	<0,001	d=0,51
≥ 40	218	6,2	3,2	1	22		
Beschäftigung mit Reha-Zielen vor Reha-Beginn							
ja	333	7,0	3,6	1	24	<0,010	d=0,67
nein	14	4,6	2,3	1	9		
Gesamt	415	6,9	3,6	1	24		

Anmerkungen: N Stichprobengröße, M mittlere Zielanzahl, SD Standardabweichung, Min kleinster Wert (Minimum), Max größter Wert (Maximum), RV- Rentenversicherungs-, KSW körperlicher Summenwert, PSW psychischer Summenwert.

Ziehen wir als indirektes Maß zur Beurteilung der patientenseitigen Akzeptanz und Wichtigkeit von Zielvereinbarungen die von den Patienten im Zielefragebogen gemachten Angaben zu ihren Zielen heran, so zeigt sich auch hier ein hohes Maß der Zustimmung. In **Tabelle 19** ist die Anzahl der formulierten Ziele separat für verschiedene Untersuchungsmerkmale dargestellt. Von den Patienten der Interventionsgruppe machten 91% (415/456) Angaben zu ihren persönlichen Reha-Zielen. Im Mittel wurden $6,9 \pm 3,6$ Ziele (Range: 1-24) genannt. Die meisten Rehabilitanden (72,3%) formulierten 3-9 Ziele. Psychosomatische, weibliche und jüngere (< 54 Jahre) Patienten führten im Mittel mehr Ziele an (**Tab. 19**). Unterschiede zeigten sich auch in Abhängigkeit vom allgemeinen Gesundheitszustand sowie tendenziell zwischen den Versicherten der beiden RV-Träger. Bei simultaner Betrachtung erwiesen sich allerdings nur die Variablen Geschlecht, Alter, Indikation und Gesundheitszustand als statistisch signifikante Einflussgrößen auf die Zielanzahl ($p < 0,05$, **Tab. 20**). Das Modell erklärt 10% der Varianz in der Zielanzahl.

Tabelle 20 Prädiktion der Zielanzahl. Multiple Regression. Regressionskoeffizient B mit 95%-Konfidenzintervall und Signifikanzniveau (p).				
Variablen	N=397 ^a	B	[95%-KI]	p
Konstante		6,039		<0,001
RV-Träger (DRV Bund)	319 (80,4)			
DRV Nord	78 (19,6)	-0,672	[-1,56; 0,22]	0,139
Geschlecht (Mann)	91 (22,9)			
Frau	306 (77,1)	0,789	[-0,60; 1,64]	0,068
Indikation (Orthopädie)	190 (47,9)			
Onkologie	122 (30,7)	-0,337	[-1,15; 0,48]	0,415
Psychosomatik	85 (21,4)	1,569	[0,68; 2,46]	0,001
Gesundheitszustand ((sehr) gut)	139 (35,0)			0,031
weniger gut	221 (55,7)	0,939	[0,20; 1,68]	0,013
schlecht	37 (9,3)	1,188	[-0,10; 2,48]	0,071
Alter (≤ 54 Jahre)	207 (52,1)			
> 54 Jahre	190 (47,9)	-0,875	[-1,58; -0,17]	0,015
corr. R² = 0,100				

Anmerkungen: ^a Nur Patienten der Interventionsgruppe, da nur diese den Zielefragebogen erhielten bzw. Ziele für Ihre bevorstehende Reha formulierten. N Anzahl, corr. R² korrigiertes R².

6.5 Patientenseitiger Nutzen

Angesichts der Bedeutsamkeit von Zielvereinbarungen für die Rehabilitanden zeigte sich, dass sich fast alle Rehabilitanden (93,2%) im Vorfeld der Rehabilitation mit Reha-Zielen beschäftigten (**Tab. 21**). Zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe konnten keine bemerkenswerten Unterschiede beobachtet werden ($p=0,294$). Patienten der DRV Bund setzen sich vor Reha-Beginn geringfügig häufiger mit ihren Reha-Zielen auseinander (95% vs. 88%).

Tabelle 21 Beschäftigung mit Reha-Zielen			
	N	% „ja“	Teststatistik, p-Wert, Effektmaß
Orthopädie	396	93,7	$\chi^2(2)= 0,253, p=0,81, \omega=0,018$
Onkologie	237	92,8	
Psychosomatik	137	92,7	
Mann	163	92,1	$\chi^2(1)= 0,721, p=0,396, \omega=0,031$
Frau	553	93,9	
DRV Bund	591	94,9	$\chi^2(1)=11,355, p=0,001, \omega=0,121$
DRV Nord	179	87,7	
Interventionsgruppe	365	94,2	$\chi^2(1)= 1,102, p=0,294, \omega=0,038$
Kontrollgruppe	405	92,3	
≤ 54 Jahre	391	95,7	$\chi^2(1)= 7,299, p=0,007, \omega=0,097$
> 54 Jahre	379	90,8	
Gesamt	770	93,2	

Item: „Haben Sie sich vor Beginn Ihrer Rehabilitation mit Reha-Zielen beschäftigt?“

Für die meisten Rehabilitanden waren die erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen „sehr“ (31,4%) oder „ein wenig“ hilfreich (62,9%, **Tab. 22**). Nur ein geringer Anteil sah keinen Nutzen in den Informationen (4,5% „überhaupt nicht hilfreich“) oder befand diese als vollkommen überflüssig (1,2%). Es konnten keine Unterschiede im patientenseitig wahrgenommenen Nutzen zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Allerdings konnten Indikationsunterschiede beobachtet werden: während für 32% der orthopädischen und 37,2% der onkologischen Patienten die erhaltenen Informationen sehr hilfreich waren, stimmte dem nur jeder fünfte psychosomatische Patient zu (19,5%).

Tabelle 22 Nutzen der Informationen im Zielefragebogen (%)						
	N	sehr hilfreich	ein wenig hilfreich	überhaupt nicht hilfreich	vollkommen überflüssig	Teststatistik, p-Wert, Effektmaß
Orthopädie	387	32,0	61,8	5,2	1,0	$\chi^2(6)=13,667$, $p=0,034$, $\omega=0,135$
Onkologie	234	37,2	58,5	3,0	1,3	
Psychosomatik	133	19,5	73,7	5,3	1,5	
Mann	172	28,5	66,9	3,5	1,2	$\chi^2(3)=1,664$, $p=0,645$, $\omega=0,047$
Frau	578	32,2	61,8	4,8	1,2	
DRV Bund	581	31,5	61,4	5,5	1,5	$\chi^2(3)=9,093$, $p=0,028$, $\omega=0,110$
DRV Nord	173	31,2	67,6	1,2	0,0	
Interventionsgruppe	360	31,4	62,2	5,0	1,4	$\chi^2(3)=0,634$, $p=0,889$, $\omega=0,029$
Kontrollgruppe	394	31,5	63,5	4,1	1,0	
≤ 54 Jahre	381	25,2	69,3	4,5	1,0	$\chi^2(3)=14,724$, $p=0,002$, $\omega=0,140$
> 54 Jahre	373	37,8	56,3	4,6	1,3	
Gesamt	773	31,4	62,9	4,5	1,2	

Item: „Wie hilfreich waren für Sie die Informationen zu Reha-Zielen in unserem Fragebogen?“

Noch mehr Informationen zu Reha-Zielen wünschten sich bei Reha-Ende 32,1% der Patienten (**Tab. 23**). Psychosomatische Rehabilitanden (42,9% „ja“, Orthopädie: 34,5%, Onkologie: 22%), Versicherte der DRV Nord (40,8%, DRV Bund 29,5%) und männliche Rehabilitanden (39,1%, weiblich 30%) zeigten ein größeres Informationsbedürfnis. Es zeigten sich keine Unterschiede in Abhängigkeit der Intervention ($p=0,901$).

Tabelle 23 Bedürfnis nach weiteren Informationen zu Reha-Zielen			
	N	% „ja“	Teststatistik, p-Wert, Effektmaß
Orthopädie	386	34,5	$\chi^2(2)=18,942$, $p<0,001$, $\omega=0,159$
Onkologie	232	22,0	
Psychosomatik	133	42,9	
DRV Bund	577	29,5	$\chi^2(1)=7,891$, $p\leq 0,050$, $\omega=0,103$
DRV Nord	174	40,8	
Mann	174	39,1	$\chi^2(1)=5,027$, $p=0,025$, $\omega=0,082$
Frau	573	30,0	
Interventionsgruppe	359	32,3	$\chi^2(1)=0,015$, $p=0,901$, $\omega=0,005$
Kontrollgruppe	392	31,9	
≤ 54 Jahre	379	30,3	$\chi^2(1)=1,072$, $p=0,300$, $\omega=0,038$
> 54 Jahre	372	33,9	
Gesamt	773	32,1	

Item: „Hätten Sie sich jetzt, bei Reha- Ende, noch mehr Informationen zu Reha-Zielen gewünscht?“

6.6 Erfahrungen von Patienten bezüglich der Partizipation an Zielvereinbarungen während der Rehabilitation

6.6.1 Gespräch über Reha-Ziele und dessen Zeitpunkt(e)

Im Mittel gaben 93,4% der Rehabilitanden an, mit ihrem Arzt/Therapeuten über Reha-Ziele gesprochen zu haben (**Tab. 24**). Diesbezüglich zeigten sich unerhebliche Unterschiede zwischen Rehabilitanden der Interventions- (94,8%) und Kontrollgruppe (92,1%). Gespräche über Ziele mit anderen Behandlern wurden vergleichsweise selten berichtet. Rehabilitanden der Kontrollgruppe gaben marginal häufiger an, mit anderen Behandlern über Reha-Ziele gesprochen zu haben.

Tabelle 24 Zielgespräch bei Reha-Beginn mit dem Arzt/Therapeuten und anderen Behandlern						
	Arzt/Therapeut			andere Behandler		
	N	% „ja“		N	% „ja“	
Orthopädie	390	93,3	p=0,935 ω=0,013	390	31,3	p=0,060 ω=0,086
Onkologie	232	93,1		234	22,6	
Psychosomatik	135	94,1		137	26,3	
DRV Bund	580	93,1	p=0,559	584	26,4	p=0,129
DRV Nord	177	94,4	ω=0,021	177	32,2	ω=0,055
Mann	174	93,1	p=0,877	174	35,6	p=0,009
Frau	579	93,4	ω=0,006	583	25,6	ω=0,095
Interventionsgruppe	364	94,8	p=0,140	363	25,6	p=0,215
Kontrollgruppe	393	92,1	ω=0,054	398	29,6	ω=0,045
≤ 54 Jahre	385	93,2	p=0,867	386	29,0	p=0,420
> 54 Jahre	372	93,5	ω=0,006	375	26,4	ω=0,029
Gesamt	773	93,4		773	27,7	

Item: „Haben Sie zu Beginn der Rehabilitation über Ziele Ihrer Rehabilitation („Reha-Ziele“) gesprochen?“

Sofern ein Austausch über Reha-Ziele mit dem Arzt/Therapeuten oder anderen Behandlern stattfand, äußerte die Mehrheit der Befragten, dass Ziele im Aufnahmegespräch thematisiert worden sind (**Tab. 25**). Immerhin jeder Fünfte gab an, dass während der Visite Zielgespräche geführt wurden. Etwa jeder Sechste berichtete, während der Behandlung (17,1%) oder in einem separaten Gespräch (15,5%) über Ziele mit dem Behandler gesprochen zu haben.

Hinsichtlich der Zeitpunkte der Zielbesprechungen zeigten sich moderate Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen. Am deutlichsten fiel auf, dass Zielgespräche in der Psychosomatik ungefähr vier Mal so häufig in einem separaten Gespräch stattfanden wie in den

anderen Indikationsgruppen. Dementsprechend gaben nur 78% an, dass Ziele bereits während des Aufnahmegesprächs thematisiert worden sind. Onkologische Rehabilitanden berichteten doppelt so häufig wie psychosomatische und orthopädische Rehabilitanden, dass Ziele während der Visite besprochen worden sind. Zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe sowie männlichen und weiblichen Rehabilitanden zeigten sich nur unwesentliche Unterschiede. Bis auf das Aufnahmegespräch, berichteten Patienten der DRV-Nord durchgängig häufiger, dass Ziele zum jeweiligen Zeitpunkt besprochen wurden (**Tab. 25**).

Tabelle 25 Zeitpunkt(e) der Zielvereinbarung (%)						
Wann hat Ihr Arzt/Therapeut Reha-Ziele mit Ihnen besprochen?	im Aufnahmegespräch	in einem separaten Gespräch	während der Visite	während der Behandlung	zu einem anderen Zeitpunkt	p-Wert
Orthopädie (N=364)	94,5	8,8	19,0	20,6	0,5	
Onkologie (N=216)	93,1	11,6	34,3	10,6	1,4	<0,05*
Psychosomatik (N=127)	78,0	40,9	11,8	18,1	3,1	
Effekt (ω)	*0,217	*0,333	*0,200	*0,116	0,085	
DRV Bund (N=540)	92,6	13,5	20,7	16,1	0,9	<0,05*
DRV Nord (N=167)	86,2	21,6	27,5	20,4	2,4	>0,05
Effekt (ω)	0,095*	0,095*	0,069	0,048	0,056	
Mann (N=162)	90,1	18,5	27,8	20,4	0,6	>0,05
Frau (N=541)	91,3	14,6	20,7	16,1	1,5	
Interventionsgruppe (N=345)	89,3	16,2	23,2	14,5	0,9	>0,05
Kontrollgruppe (N=362)	92,8	14,6	21,5	19,6	1,7	
Gesamt (709)	91,1	15,5	22,4	17,1	1,2	

Anmerkungen: Mehrere Antworten möglich. N=1.045 Nennungen. *p<0,05.

6.6.2 Zielvereinbarungspraxis: Partizipation und Wahrnehmung der Zielberücksichtigung und -verfolgung im Rehabilitationsprozess

Im Hinblick auf die Beteiligung an Zielvereinbarungen zeigte sich (**Abb. 10**), dass fast alle Rehabilitanden angaben (93,4%), dass Reha-Ziele thematisiert wurden. Davon wiederum bekundeten im Mittel 93,1%, nach ihren eigenen Zielen gefragt worden zu sein. 83,3% berichteten, dass die Ziele gemeinsam vereinbart worden seien. Ausreichend an der Zielvereinbarung beteiligt worden zu sein fühlten sich 71,0%.

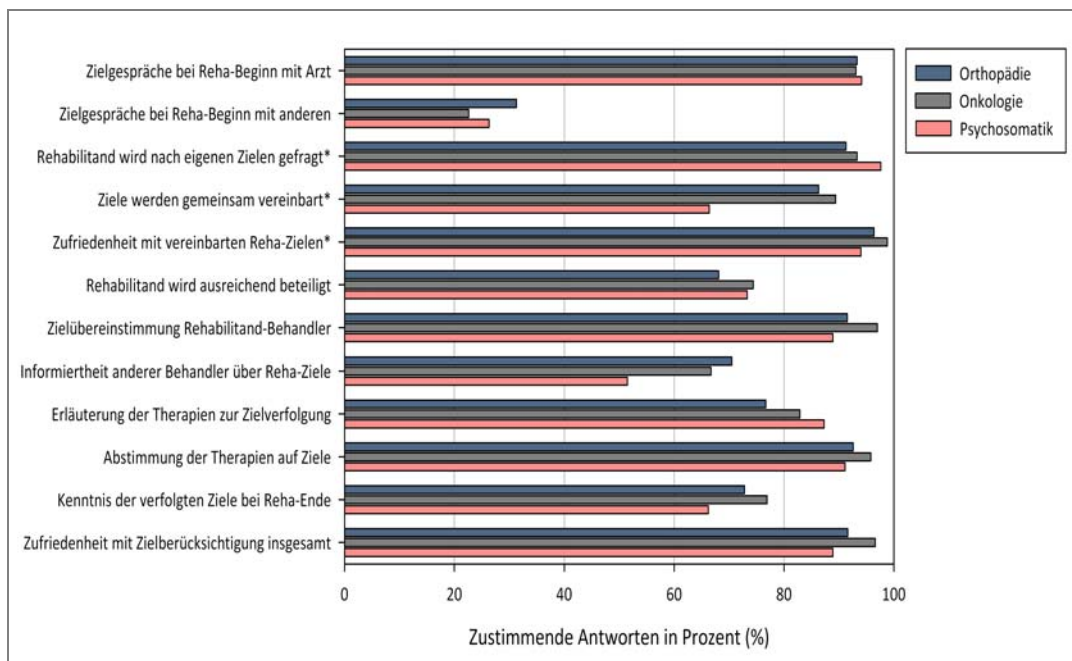
Die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden gab an, dass die Ziele gemeinschaftlich ausgehandelt worden seien. Jeder Fünfte empfand, selbst die Ziele der Rehabilitation bestimmt zu haben (**Tab. 26**). Nur 11,1% hatten den Eindruck, der Arzt hätte die Ziele festgelegt. Vergleichsweise häufiger empfanden dies Versicherte der DRV Nord, ältere, männliche und or-

thopädische Rehabilitanden. Umgekehrt nahmen Versicherte der DRV Bund häufiger wahr, die Ziele zusammen mit dem Arzt vereinbart zu haben. Psychosomatische Rehabilitanden berichteten doppelt so oft wie orthopädische, selbst die Ziele ihrer Rehabilitation definiert zu haben. Dies befanden auch Frauen und jüngere Rehabilitanden häufiger. Anders als in den bisherigen Ergebnissen konnten erstmals statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe beobachtet werden ($p=0,001$). Hierbei zeigte sich, dass Patienten der Interventionsgruppe stärker wahrnahmen, die Ziele für ihre Rehabilitation selbst bestimmt zu haben (25% „ich“ vs. 14%). Im Gegensatz dazu war der Anteil der Patienten, die eine „Fremdbestimmung“ wahrnahmen (der Arzt definiert die Reha-Ziele) in beiden Gruppen etwa gleich groß (~ 10%). Immerhin jeder sechste Patient der Interventions- und jeder siebte der Kontrollgruppe war der Ansicht, dass die Ziele gemeinschaftlich vereinbart wurden.

Tabelle 26 Wahrgenommene Beteiligung an der Zielfestlegung (%)							
Wer hat Ihrer Ansicht nach die Ziele Ihrer Rehabilitation bestimmt?	der Arzt	ich	der Arzt & ich gemeinsam	andere Behandler	Kombinationen	p-Wert	ω
Orthopädie	13,1	15,6	66,4	0,5	3,4	0,025	0,185
Onkologie	8,9	18,2	69,9	0,8	1,2		
Psychosomatik	9,5	29,2	55,5	2,9	2,1		
DRV Bund	8,7	20,2	66,7	0,5	2,6	<0,001	0,188
DRV Nord	18,9	14,4	61,7	2,8	2,3		
Mann	14,8	14,8	65,9	1,7	1,7	0,320	0,104
Frau	9,9	20,2	65,4	0,9	2,7		
Interventionsgruppe	10,4	24,7	60,8	0,8	1,9	0,001	0,175
Kontrollgruppe	11,8	13,6	69,8	1,3	3,1		
≤ 54 Jahre	8,0	23,4	64,0	1,3	3,3	0,001	0,158
> 54 Jahre	14,6	14,3	68,7	0,8	1,6		
Gesamt	11,1	18,9	65,5	1,0	3,4		

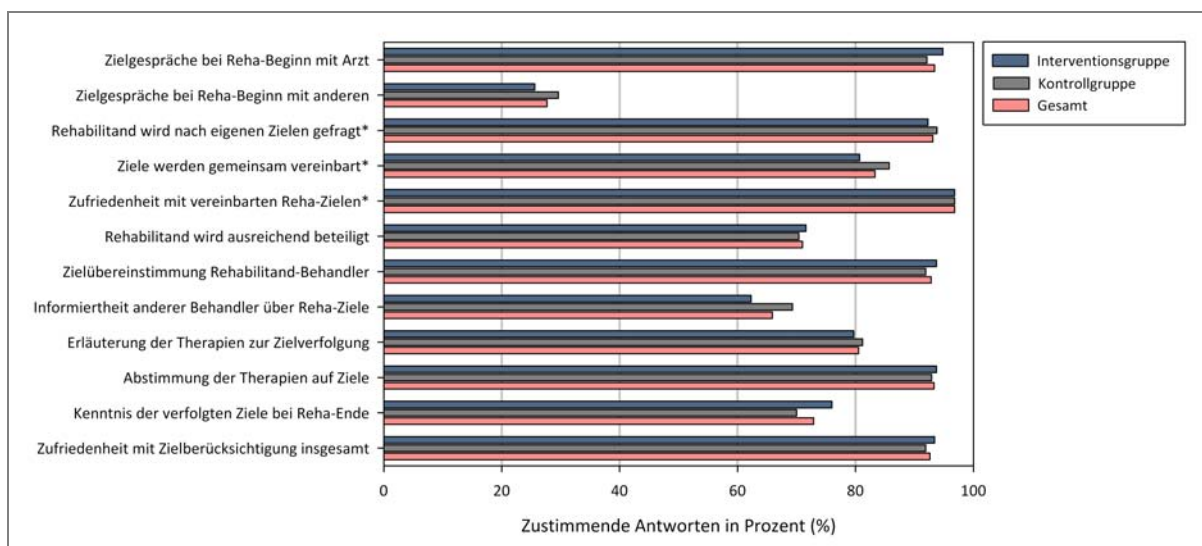
Sofern ein Gespräch über Reha-Ziele stattfand, nahmen im Mittel 45% eine komplette und weitere 47,8% eine partielle („eher ja“) Übereinstimmung zwischen ihren persönlichen Zielen mit denen des Arztes wahr (**Tab. A22**). Ein ähnliches Bild präsentierte sich bei der wahrgenommenen Abstimmung der Behandlungen auf die persönlichen Ziele, die im Mittel 48,4% als vollkommen und 44,9% als teilweise stimmig empfanden. Psychosomatische Rehabilitanden sahen bezüglich beider Aspekte eine geringere Passung: Sie empfanden sowohl die Zielübereinstimmung mit dem Arzt/Therapeuten (**Tab. A22**), als auch die Abstimmung der Behandlungen auf die eigenen Ziele schlechter (**Tab. A25**). Jeder dritte Rehabilitand (65,9%) berichtete, den Eindruck gehabt zu haben, dass auch andere Behandler über seine Ziele informiert gewesen seien; vier von fünf (80,5%) Rehabilitanden befanden, ausreichende Erläu-

terungen bezüglich Therapien zur Zielerreichung erhalten zu haben. In der Psychosomatik nahm hingegen nur jeder zweite Rehabilitand ausreichende Informiertheit anderer Behandler wahr. Allerdings empfanden fast neun von zehn Rehabilitanden, ausreichend über zielführende Therapiemaßnahmen aufgeklärt worden zu sein (**Abb. 10**).



Anmerkungen: *Nur diejenigen, die die vorangehende Frage bejaht haben.

Abbildung 10 Aspekte der Partizipation bei der Zielvereinbarung nach Indikation



Anmerkungen: *Nur diejenigen, die die vorangehende Frage bejaht haben.

Abbildung 11 Aspekte der Partizipation bei der Zielvereinbarung nach Gruppe

Hinsichtlich aller erfragten Aspekte der Partizipation bei Zielvereinbarungen und Integration der Ziele in den Behandlungsprozess (Informiertheit anderer Behandler, Erklärungsmodelle: veranlasste Therapien zur Zielverfolgung, Abstimmung von Therapien und Zielen) zeigten sich keine Unterschiede zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe (**Abb. 11**). Die selten gefundenen Unterschiede hinsichtlich anderer Merkmale (z.B. Träger, Geschlecht) waren allenfalls marginal. Lediglich die gefundenen Unterschiede zwischen den untersuchten Indikationsgruppen brachten kleine bis moderate Effekte ($0,086 < \omega < 0,225$, **Abb. 10**).

6.6.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung sowie der Rehabilitation insgesamt

Insgesamt sprach sich die Mehrheit der Befragten positiv hinsichtlich der ärztlichen Betreuung (**Abb. 12, Abb. 13**) und der Reha-Maßnahme insgesamt (**Abb. 14**) aus. Durchschnittlich drei von vier Befragten gaben an, zufrieden mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Betreuung im Reha-Verlauf gewesen zu sein. Am besten wurde die Empathie des Arztes mit im Mittel 82,7% bewertet, am „schlechtesten“ fiel die Einschätzung für das Item „Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.“ aus, welches 71% verneinten. Es konnten durchgängig für alle betrachteten Variablen keine Unterschiede zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe aufgefunden werden.

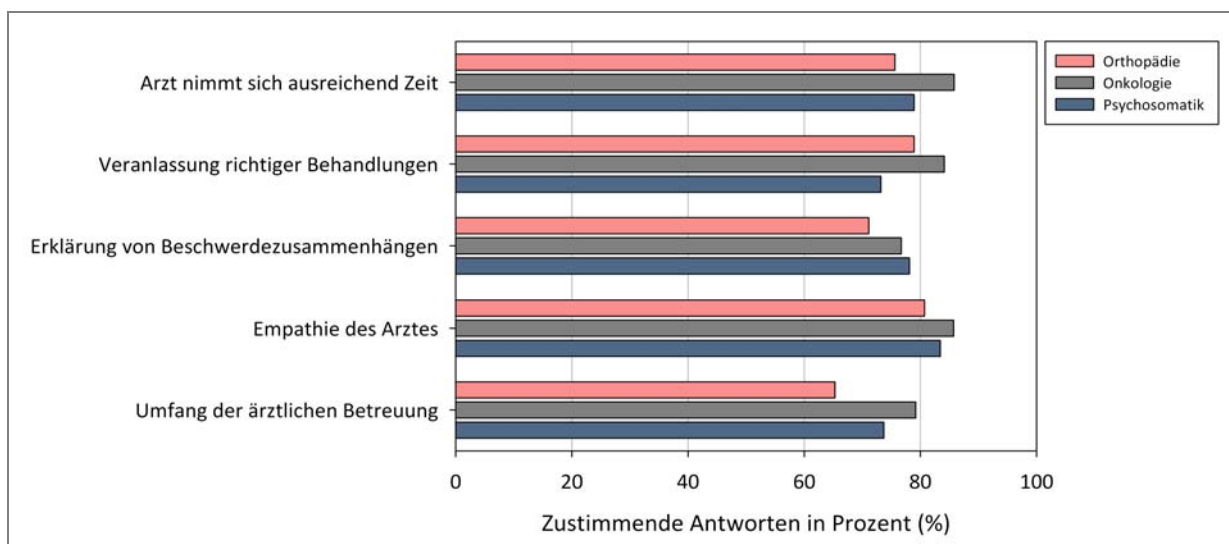


Abbildung 12 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

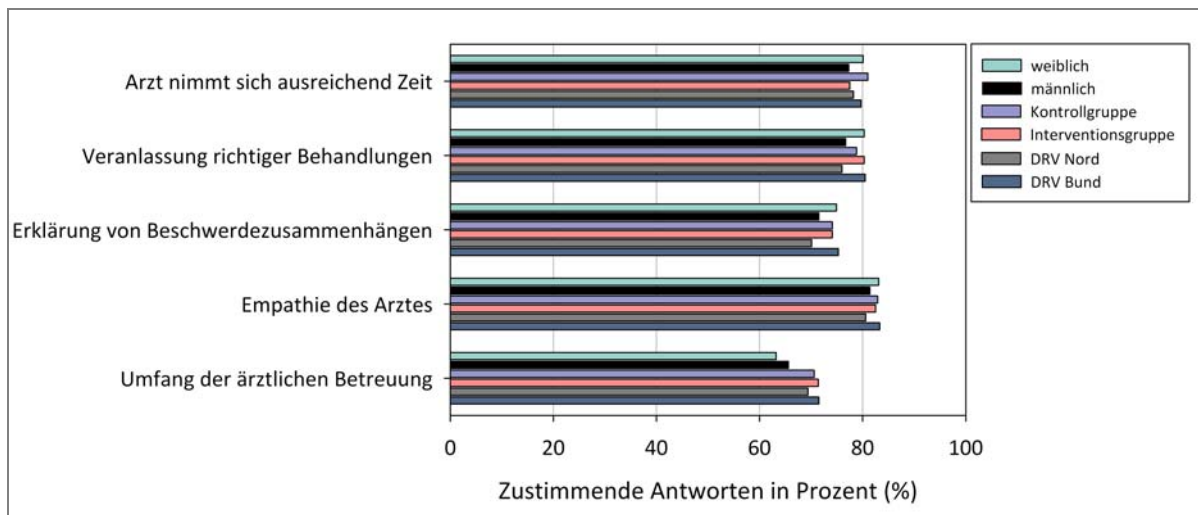


Abbildung 13 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

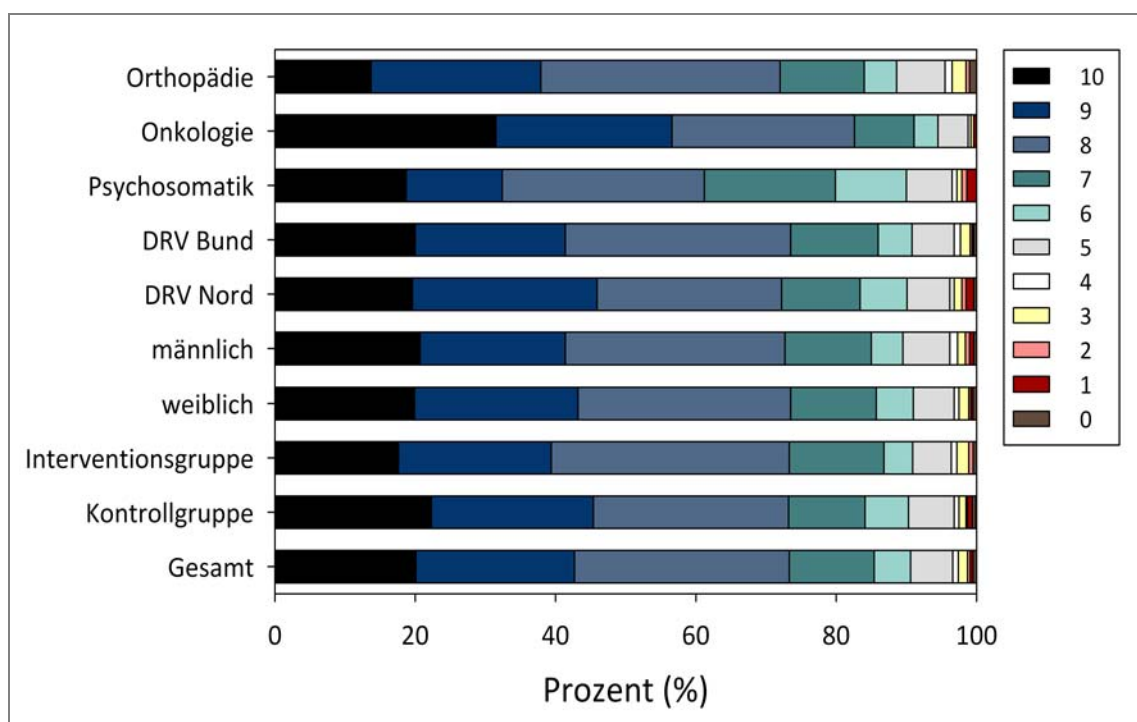


Abbildung 14 Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme

6.6.4 Exkurs: Deskriptive Kennwerte des PARZIVAR auf Itemebene

Da mit Ausnahme des Items „Wer hat Ihrer Ansicht nach die Ziele Ihrer Rehabilitation bestimmt?“ bislang keine Effekte durch die Intervention aufgezeigt werden konnten, sollen nachfolgend die vom PARZIVAR verwendeten Items näher betrachtet werden.

In einer Itemanalyse wurden die Häufigkeiten von Boden- und Deckeneffekten sowie die Anzahl fehlender Werte auf Itemebene bestimmt. Als Boden-/Deckeneffekt wurden gewertet, wenn die Extremkategorien einer Antwortskala häufiger besetzt waren, als es bei Gleichverteilung zu erwarten gewesen wäre. Beispielsweise durften bei einer vierstufigen Antwortskala nicht mehr als 25%, bei einer dreistufigen Skala nicht mehr als 33,3% der Werte auf die extremen Kategorien entfallen. Bei Antwortverweigerungen wurden 10% als hoch definiert. In **Tabelle 27** sind die Ergebnisse der Itemanalyse wiedergegeben.

Tabelle 27 Ergebnisse der Itemanalyse							
	N ¹	Antwortstufen	M	SD	Fehlende Werte ¹	Boden ²	Decke ²
a. Nützlichkeit Informationen zu Reha-Zielen ³	775	4	1,75	0,589	2,5	1,2	31,5
b. Zeitpunkt der Zielbesprechung	709	5	/	/	0,0	/	/
c. Zufriedenheit mit vereinbarten Reha-Zielen*	543	4	2,71	0,975	1,8	0,4	50,8
d. Rehabilitand wird ausreichend beteiligt	775	3	1,39	0,664	4,1	10,1	71,1
e. Zielübereinstimmung Rehabilitand-Behandler	775	4	1,63	0,644	1,9	0,9	45,1
f. Erläuterung der Therapien zur Zielverfolgung	775	4	1,82	0,823	1,9	3,6	40,7
g. Abstimmung der Therapien auf Ziele	775	4	1,60	0,662	1,7	1,6	48,6
h. Informiertheit der Behandler über Reha-Ziele	775	4	2,16	0,858	2,8	6,0	24,0
i. Kenntnis der verfolgten Reha-Ziele	775	3	1,29	0,505	1,8	2,4	72,9
j. Zufriedenheit mit Zielberücksichtigung	775	4	1,65	0,649	1,4	1,2	43,2
k. Wichtigkeit Zielfestlegung bei Reha-Beginn	775	4	1,36	0,666	1,2	0,1	70,8
l. Wichtigkeit Festlegung postrehabilitativer Ziele bei Reha-Ende	775	4	1,47	0,804	1,3	0,3	65,0
m. Wichtigkeit postrehabilitative Zielverfolgung	775	4	1,35	0,956	0,9	0,1	76,8
n. Umfang der ärztlichen Betreuung	775	5	2,02	1,237	1,7	5,9	48,0
o. Empathie des Arztes ⁴	775	5	4,25	1,019	1,2	3,4	53,6
p. Erklärung von Beschwerdezusammenhängen ⁴	775	5	4,02	1,120	1,2	4,7	43,6
q. Veranlassung richtiger Behandlungen ⁴	775	5	4,19	0,979	0,9	3,0	47,7
r. Arzt nimmt sich ausreichend Zeit	775	5	1,81	1,027	1,2	2,3	50,9
s. Bewertung der Reha-Maßnahme insgesamt	775	10	8,03	1,738	0,8	0,5	20,1

Anmerkungen: Es werden nur Items ab drei Antwortstufen aufgeführt. *Das Item bezieht sich auf den Anteil der Studienpatienten, die das im Fragebogen vorangestellte Item bejaht haben. Dieses ist in **Tab. 27** nicht aufgeführt. ¹Alle Patientenfragebogen T₁, bei denen mindestens Angaben zu Gruppe und Indikation verfügbar waren. ²Angaben in Prozent (%). ³Selbst entwickeltes Item. ⁴Negativ formulierte Items; hohe Werte sind positiv.

Die Antwortausfälle der 19 Items liegen zwischen 0,0 und 4,1%. Kein Item wies fehlende Werte über 5% auf, allerdings wurde auch nur ein Item (b) vollständig beantwortet. Drei der 19 Items hatten Antwortausfälle über 2%; alle anderen lagen zwischen 0,9 und 2%. Bei den Verteilungen der Antworten zeigten sich ausnahmslos linksschiefe Verteilungen mit einem Verteilungsschwerpunkt im oberen Drittel der Antwortskala (**Tab. 27**). Bodeneffekte waren bei keinem Item vorhanden. Auf das Item „Sind Sie zu Reha-Beginn ausreichend an der Vereinbarung der Reha-Ziele beteiligt worden?“ entfielen die meisten Antworten auf die kleinste Kategorie (10,1%). Bis auf ein Item wiesen alle Deckeneffekte auf. Bei der Mehrzahl der Items war die oberste Kategorie mehr als doppelt so häufig besetzt wie bei Gleichverteilung. Deutliche Deckeneffekte traten bei den Items zur Einstellung zu Zielvereinbarungen (k-m), zur wahrgenommenen Beteiligung an Zielvereinbarungen (d) und zur Kenntnis der verfolgten Ziele (i) auf. Mehr als 65% der Befragten erreichten hier das theoretisch mögliche Skalenmaximum.

6.7 Veränderungen im selbstberichteten Gesundheitszustand

In **Tabelle 28** sind die bivariaten Zusammenhänge zwischen Gruppenzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Träger sowie Indikation und dem subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheitszustand dargestellt. Der Tabelle können die mittlere physische und psychische Gesundheit bei Reha-Beginn (T_0) und Reha-Ende (T_1) entnommen werden. Als Maß der Veränderung ist die standardisierte Mittelwertsdifferenz (SRM) mit deren p-Wert angegeben.

Weder für die körperliche noch für die psychische Gesundheit konnten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit erzielten Frauen, Versicherte der DRV Bund und psychosomatische Rehabilitanden statistisch signifikant größere Veränderungswerte.

Tabelle 28 Summenwerte des SF-12 (Mittelwerte, Standardabweichungen) zu beiden Messzeitpunkten und standardisierte Mittelwertsdifferenzen (SRM) mit p-Wert					
Körperliche Summenskala					
	N	T_0 : M (SD)	T_1 : M (SD)	SRM	p
Interventionsgruppe	322	37,4 (9,1)	41,1 (9,5)	0,512	0,424
Kontrollgruppe	349	35,8 (8,9)	39,1 (8,8)	0,415	
< 54 Jahre	318	37,3 (9,4)	41,0 (9,4)	0,511	0,440
≥ 54 Jahre	351	35,9 (8,6)	39,1 (8,9)	0,414	
Mann	161	35,9 (9,3)	38,6 (9,7)	0,368	0,106
Frau	510	36,8 (8,9)	40,5 (9,0)	0,488	
DRV Bund	519	37,1 (9,1)	40,5 (9,0)	0,455	0,625
DRV Nord	152	35,0 (8,5)	38,7 (9,7)	0,475	
Orthopädie	342	34,3 (7,9)	38,1 (8,2)	0,563	0,418
Onkologie	210	37,5 (8,7)	40,4 (8,9)	0,391	
Psychosomatik	119	41,7 (10,2)	45,2 (10,3)	0,366	
Psychische Summenskala					
	N	T_0 : M (SD)	T_1 : M (SD)	SRM	p
Interventionsgruppe	322	42,3 (12,4)	48,5 (12,2)	0,610	0,992
Kontrollgruppe	349	42,0 (12,2)	48,2 (11,6)	0,644	
≤ 54 Jahre	318	41,0 (12,4)	48,1 (12,0)	0,692	0,021
> 54 Jahre	351	43,2 (12,2)	48,5 (11,8)	0,567	
Mann	161	43,7 (12,2)	47,7 (12,6)	0,397	0,001
Frau	510	41,6 (12,3)	48,6 (11,6)	0,710	
DRV Bund	519	42,3 (12,2)	49,4 (11,5)	0,740	<0,001
DRV Nord	152	41,5 (12,6)	44,6 (12,2)	0,305	
Orthopädie	342	43,9 (11,9)	49,7 (11,5)	0,604	<0,001
Onkologie	210	44,9 (11,1)	49,8 (11,3)	0,506	
Psychosomatik	119	32,0 (10,0)	42,0 (11,8)	0,932	

7 Multivariate Betrachtungen

Um den Einfluss der Intervention auf proximale und distale Outcomeparameter zu überprüfen, wurden binär-logistische und lineare Regressionsmodelle berechnet. Als proximale Zielgrößen wurden Variablen definiert, mit denen die patientenseitig wahrgenommene Partizipation an der Zielvereinbarung erfasst wurde (**Tab. 29**). Darüber hinaus wurden die Veränderungswerte im psychischen und körperlichen Summenwert des SF-12 als distale Zielkriterien bestimmt (**Tab. 29**). Die Prädiktoren wurden in zwei Blöcken in das Modell aufgenommen: im ersten Block wurden deskriptive Merkmale wie Alter, Geschlecht, Indikation und Rentenversicherungsträger eingeschlossen; die Gruppenzugehörigkeit (IG/KG) oder die Thematisierung des Fragebogens im Aufnahmegespräch (ja/nein) wurden als letzter Prädiktor den Regressionsanalysen hinzugefügt.

Tabelle 29 Kriterien		
Zielgröße	Vollständiges Item	Antwortstufen
gemeinsame Zielvereinbarung	Hat Ihr Arzt/Therapeut zu Beginn der Rehabilitation mit Ihnen gemeinsam Ziele für die Rehabilitation vereinbart?	2
Zielbestimmung	Wer hat Ihrer Ansicht nach die Ziele Ihrer Rehabilitation bestimmt?	4
ausreichende Beteiligung	Sind Sie zu Reha-Beginn ausreichend an der Vereinbarung der Reha-Ziele beteiligt worden?	3
Übereinstimmung	Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre persönlichen Ziele für die Rehabilitation mit denen des Arztes/Therapeuten übereinstimmten?	4
Abstimmung Behandlung-Ziel	Haben Sie den Eindruck, dass die Behandlungen während der Rehabilitation auf Ihre Reha-Ziele abgestimmt waren, d.h. zu den Reha-Zielen „passten“?	4
Zielkennung	Kennen Sie jetzt, am Ende der Reha, die Reha-Ziele, die Ihr Arzt und die Therapeuten und Behandler im Verlauf der Rehabilitation mit Ihnen verfolgt haben?	3
Zufriedenheit mit der Zielberücksichtigung	Wie zufrieden sind Sie insgesamt damit, wie Ihre persönlichen Ziele während der Reha berücksichtigt wurden?	4
Veränderung im psychischen Summenscore des SF-12 (Δ PSK)		skaliert
Veränderung im körperlichen Summenscore des SF-12 (Δ KSK)		skaliert

Die Ergebnisse aller Regressionsanalysen bestätigten, was im vorangegangenen Bericht bereits mittels deskriptiver Analysen festgestellt worden war. Der Erklärungswert der Gruppenvariablen lag nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Indikation und Träger bei allen Modellen, gemessen am korrigierten R^2 , nahe Null (Ergebnisse nicht dargestellt). Ob der Fra-

gebogen Gegenstand des Aufnahmegesprächs war oder nicht, war ebenfalls ohne Einfluss auf die primären Zielgrößen. Der Anteil aufgeklärter Varianz (korrigiertes R²) belief sich in allen Modellen zwischen 2% und 5,4%.

In zwei weiteren Regressionsmodellen wurde geprüft, ob sich die Veränderungen im körperlichen und psychischen Gesundheitszustand (gemessen am Δ der Summenwerte) anhand von Gruppenzugehörigkeit (Block 2), wahrgenommener Partizipation an und Zufriedenheit mit der Zielvereinbarung (Block 3) und adjustiert für Alter, Geschlecht, Indikation sowie Rentenversicherungsträger (Block 1) präzisieren lassen (**Tab. 30**). Aufgrund des explorativen Charakters wurden Prädiktoren und eine Zunahme an aufgeklärter inkrementeller Varianz erst ab einem Signifikanzniveau von $p < 0,01$ als bedeutsam interpretiert.

Tabelle 30 Regressionsanalyse zur Vorhersage der Veränderung im psychischen und körperlichen Gesundheitszustand (SF-12).		
	Δ psychischer Summenwert	Δ körperlicher Summenwert
Block 1		
Alter	0,012	- 0,004
Geschlecht (Ref: Mann)	0,064	0,074
RV-Träger (Ref: Bund)	- 0,161***	0,036
Indikation (Ref: Orthopädie)		
Onkologie	0,040	- 0,051
Psychosomatik	0,165***	- 0,011
Veränderung in R ²	0,070***	0,007
Block 2		
Gruppe (Ref: IG)	0,011	- 0,029
Veränderung in R ²	0,000	0,001
Block 3		
Ausreichende Beteiligung	0,040	0,046
Zufriedenheit mit der Zielberücksichtigung	0,144*	0,159***
Veränderung in R ²	0,026***	0,032***
R²	0,084	0,027

Anmerkungen: N=646, standardisierte Regressionskoeffizienten β und Veränderung des korrigierten R² mit Signifikanz, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Für die Veränderung der psychischen Gesundheit werden 8,4%, für die Veränderung der körperlichen Gesundheit nur 2,7% der Kriteriumsvarianz durch das Modell erklärt. In beiden Modellen wird keine zusätzliche Varianzerklärung durch die Gruppenzugehörigkeit erzielt, d.h. die Intervention hatte keinen Effekt auf die Veränderung des selbstberichteten psychischen und physischen Gesundheitszustandes. Allerdings konnte wiederholt Block 3 (wahrge-

nommene Partizipation an und Zufriedenheit mit der Zielvereinbarung) einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung inkrementeller Varianz leisten. Dabei erwies sich die retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Zielberücksichtigung bei Reha-Ende als bedeutsamer Prädiktor für die Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes: je unzufriedener die Rehabilitanden mit der Berücksichtigung ihrer Reha-Ziele während der Rehabilitation waren, desto geringere Verbesserungen waren in der psychischen und körperlichen Gesundheit zu beobachten. Im ersten Modell wurden ferner 7% der Kriteriumsvarianz durch Block 1 aufgeklärt. Hierbei stellten sich die Variablen Indikation und Träger als relevante Prädiktoren heraus, wobei psychosomatische Rehabilitanden und Versicherte der DRV Bund die größte Zunahme im psychischen Wohlbefinden zeigten. Dieser Befund deckt sich mit den bisherigen Ergebnissen der bivariaten Zusammenhangsanalysen (s. **Tab. 28**).

Anhand der multivariaten Analysen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass:

- die Intervention, auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Träger und Indikation, weder Einfluss auf proximale noch distale Zielgrößen hatte.
- sich im Zeitverlauf statistisch bedeutsame, positive Veränderungen des psychischen und physischen Gesundheitszustandes der Rehabilitanden zeigten (**Tab. 27**).
- diese allerdings nicht (-auch nicht anteilig-) durch die Intervention erklärt werden konnten: weder die Gruppenzugehörigkeit noch der Umstand, ob die Inhalte des Fragebogens im Aufnahmegespräch besprochen wurden, hatten Erklärungswert.
- sich stattdessen die Zufriedenheit mit der Berücksichtigung der eigenen Reha-Ziele während der Reha als relevante Größe herausstellte: zunehmende Zufriedenheit mit der Zielberücksichtigung geht mit einer Verbesserung der subjektiven psychischen und körperlichen Gesundheit einher.

8 Diskussion

8.1 Praktikabilität eines Fragebogen-Vorabversands

Wie praktikabel ist es, Rehabilitanden im Vorfeld einer Maßnahme einen Fragebogen zuzusenden? Wird an den Fragebogen gedacht? Wird dieser wie intendiert in das Aufnahmegespräch mitgebracht? Welche „potentiellen Fehlerquellen“ sollten bei solch einer Vorgehensweise (Versandmodus) bedacht und berücksichtigt werden?

Mit der hier erprobten Rekrutierungsstrategie konnten 52% (1.445/2.728) der angeschriebenen Patienten erreicht werden; von etwa 45,6% (1.246) der Patienten haben wir keine Informationen zum Verbleib der Studienunterlagen. Mögliche Gründe, warum der Fragebogen nicht wie intendiert in das Aufnahmegespräch mitgebracht wurde, könnten v.a. organisatorische Rahmenbedingungen in den Einrichtungen (z.B. Übersehen des Hinweisblatts⁴, (urlaubs-/krankheitsbedingte) Abwesenheit klinikintern studienverantwortlicher Personen) und/oder eine verspätete oder ausbleibende Inanspruchnahme der Rehabilitationsmaßnahme durch den Patienten sein. Weiterhin kämen Einrichtungswechsel in Betracht, die sich allerdings für die zur Verfügung stehenden Unterlagen als unerheblich herausstellten.

Aus den Dokumentationen der behandelnden Ärzte und Therapeuten geht hervor, dass 64,6% (817/1265) der Patienten den Fragebogen mit in das Aufnahmegespräch brachten. Der häufigste Grund für das Fehlen des Fragebogens war der Wunsch des Patienten, nicht an der Studie teilzunehmen (16%). Von den übrigen 20%, die ohne Fragebogen im Aufnahmegespräch erschienen, brachten 7,7% den Fragebogen zwar in die Einrichtung mit, vergaßen ihn allerdings auf dem Zimmer. Hier könnte bereits ein Hinweis durch Pflegepersonal oder am Empfang genügen, damit Patienten an die für das Aufnahmegespräch relevanten Unterlagen denken. Unter den verbleibenden 12,3% befinden sich nicht unwesentliche 8,3%, die angaben, keinen Fragebogen erhalten zu haben. Aufgrund des zuverlässigen Versands der Bewilligungsunterlagen durch die Rentenversicherungen gehen wir jedoch davon aus, dass,

⁴ Die Einrichtungen wurden durch ein den medizinischen Unterlagen beigefügtes Informationsblatt darauf hingewiesen, dass es sich um einen Studienpatienten handelt. Dieses war für Versicherte der DRV Nord rot, für Versicherte der DRV Bund weiß. Sofern es durch das Verwaltungspersonal und/oder den Behandler übersehen worden ist, wurde der Rehabilitand nicht auf den Fragebogen angesprochen. Sollte dieser nicht von sich aus auf den Fragebogen zu sprechen gekommen sein, blieben mögliche Gründe für das Fehlen des Fragebogens damit unerfragt. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die hier berichteten Ergebnisse zur Praktikabilität der Versandmodalitäten des Fragebogens potentielle Hindernisse im Hinblick auf das Mitbringen des Fragebogens unterschätzen.

sofern der Rehabilitand einen Bewilligungsbescheid erhalten hat, diesem auch tatsächlich ein Fragebogen beigelegt war. Daher sollten an dieser Stelle Überlegungen zur besseren Sichtbarkeit des Instruments ansetzen. Denkbar wären der Druck auf farbigem Papier oder der Versand als separates Dokument, getrennt vom Bewilligungsbescheid. Möglicherweise können Akzeptanz und Rücklauf auch gesteigert werden, indem der Fragebogen zeitnaher zum Reha-Antritt, z.B. mit klinikinternen Unterlagen (wie dem Anamnesebogen), versendet wird. Beim Suchen nach geeigneten Versandoptionen sollte schließlich insbesondere der Zeitpunkt der Zustellung der Unterlagen mitbedacht werden, da sich dieser nicht nur positiv auf den Rücklauf auswirken könnte, sondern auch die eigens formulierten Ziele präsenter wären.

8.2 Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität des Zielefragebogens aus Patienten- und Behandlersicht

Die Studienergebnisse legen nahe, dass der Zielefragebogen von der Mehrzahl der befragten Rehabilitanden und Behandler der teilnehmenden Kliniken akzeptiert und für bedeutsam für den Reha-Prozess befunden wird. Für die Mehrheit der Rehabilitanden ist die Festlegung von Reha-Zielen zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation wichtig. Die erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen bewertet jeder Dritte als „sehr hilfreich“. Behandler sehen einen Nutzen des Zielefragebogens im Hinblick auf die Findung der Ziele, die Behandlungsplanung und insgesamt für die konkrete Maßnahme des jeweiligen Patienten. Rückblickend erachtet die Mehrheit der Behandler den Fragebogen für ein hilfreiches Instrument, um individuelle Reha-Ziele zu erarbeiten, dessen Inhalte, Format und Aufbau für das Aufnahmegespräch relevant und geeignet seien. Zu dieser Gesamteinschätzung kommen insbesondere die befragten orthopädischen und onkologischen Behandler. Darüber hinaus seien die Studienpatienten besser mit der Thematik „Reha-Ziele“ vertraut und hätten sich intensiver mit ihren eigenen Zielen an die bevorstehende Rehabilitation auseinandergesetzt. Dies wird auch dadurch bekräftigt, dass weniger als 10% der Befragten keine Angaben zu Reha-Zielen machten.

Vor diesem Hintergrund erweist sich der hier erprobte Zielefragebogen als eine geeignete und ökonomische Minimalintervention, um Informationen zu Reha-Zielen bereitzustellen und Rehabilitanden anzuregen, sich mit ihren eigenen Zielen zu beschäftigen. Verglichen mit dem Versand des Fragebogens als integraler Bestandteil der Broschüre, „Rehabilitation - Was erwartet mich dort?“, bringen den Fragebogen jetzt 34% ($0,52 \cdot 0,65$) der Befragten ausgefüllt in das Aufnahmegespräch mit. In Anbetracht der vergleichsweise geringen Kosten erscheint eine flächendeckende Implementierung des Zielefragebogens bei allen DRV-Versicherten, denen eine Maßnahme bewilligt würde, sinnvoll und aussichtsreich.

8.3 Proximale und distale Effekte der Interventionsmaßnahme

Die Ergebnisse bestätigen übereinstimmend mit vergleichbaren Studien (Glattacker et al. 2011, Holliday et al. 2007), dass Patienten der Interventionsgruppe eine höhere Selbstbestimmung im Hinblick auf die Definition von Reha-Zielen wahrnehmen (**Tab. 26**). Abgesehen davon zeigten sich jedoch keine Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Partizipation bei Zielvereinbarungen zwischen Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe. Die Gruppen entwickelten sich nicht unterschiedlich in der körperlichen und psychischen Gesundheit (**Tab. 28**).

Aus den Einschätzungen der Rehabilitanden geht hervor, dass die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer Zielvereinbarungen zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation und für die Zeit danach für sehr oder zumindest etwas wichtig befand. Gemessen an dieser enormen Bedeutsamkeit, die die Rehabilitanden der Thematik im Rehabilitationsprozess zusprechen, fiel auch die Beurteilung des Nutzens der erhaltenen Kurzinformation zu Reha-Zielen entsprechend positiv aus. Bei der Bewertung spielten jedoch weder Faktoren des Studiendesigns (z.B. Gruppenzugehörigkeit) noch personenbezogene Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht oder Bildung) und (sozial-)medizinische Indikatoren (z.B. Indikation, Träger, Rentenantragstellung, Krankentage, Gesundheitszustand) eine Rolle. Wie auch in den anderen erhobenen Bereichen (Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung und der Reha-Maßnahme insgesamt, Zufriedenheit mit der Partizipation im Zielvereinbarungsprozess bzw. wahrgenommene Partizipation bei der Festlegung und Verfolgung der eigenen Reha-Ziele) zeigten sich die meisten Patienten mit den erfragten Aspekten sehr oder eher zufrieden. Dass Zufriedenheit dominiert, ist kein Spezifikum dieser Arbeit (Glattacker et al. 2011). Dadurch, dass unzufriedene Ereignisse jedoch eher die Ausnahme bilden, ist die Varianz in den Daten zu gering, als dass Subgruppenanalysen sinnvoll und ergiebig wären (vgl. **6.6.4**).

Ein unseres Erachtens überraschendes Ergebnis zeigte sich für das Item „Hätten Sie sich jetzt, bei Reha-Ende, noch mehr Informationen zu Reha-Zielen gewünscht?“, welches eine etwas höhere Unzufriedenheitsquote aufwies (32,1% „ja“) und indirekt bestätigte, dass das Informationsmaterial zu Reha-Zielen offensichtlich nicht für alle Rehabilitanden gleichermaßen nützlich war (**Tab. A28**). Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, warum bei jedem dritten Rehabilitanden der Wunsch nach weiteren Informationen zu Reha-Zielen besteht. Folgestudien sollten die Sichtweisen, Erwartungen und Bedarfe der Rehabilitanden stärker fokus-

sieren. Beispielsweise könnten im Rahmen leitfadengestützter Patienteninterviews für die Rehabilitanden bedeutsame inhaltliche und formale Gesichtspunkte ermittelt sowie sprachliche Formulierungen identifiziert werden, die später in dem Erhebungsinstrument verwendet werden könnten. Bevor der Nutzen des zu entwickelnden Instruments evaluiert würde, wäre in einer Felderprobung zu testen, ob das Informationsmaterial hinreichend umfangreich, spezifisch und verständlich ist, um die Mehrzahl der Rehabilitanden zu erreichen.

Ein Grund für die fehlenden Unterschiede in allen betrachteten Zielgrößen könnte in der Zielorientierung der teilnehmenden Einrichtungen liegen. Reha-Ziele wurden laut Angaben der Rehabilitanden zu verschiedenen Zeitpunkten im Rehabilitationsverlauf aufgegriffen (**Tab. 25**). Bei ungefähr 90% der Patienten wurde im Aufnahmegespräch über Reha-Ziele gesprochen; bei etwa jedem Fünften wurden Reha-Ziele darüber hinaus in der Visite (20%), während der Behandlung (18%) oder in einem separaten Gespräch (16%, Psychosomatik: 47%) thematisiert. Dass Reha-Ziele in den Kooperationseinrichtungen offenbar häufiger thematisiert und besprochen wurden, spiegelte sich folglich auch im Partizipationserleben aller Rehabilitanden, unabhängig vom Interventionsumfang, wieder.

Abgesehen davon, könnte allein die Kurzinformation zu Reha-Zielen ein vermehrtes Nachdenken über die eigenen Ziele bei der Kontrollgruppe bewirkt haben. Das heißt, das eigenständige Formulieren persönlicher Reha-Ziele hatte darüber hinaus keine Wirksamkeit. Ebenso könnte allein die Studienteilnahme bei der Kontrollgruppe zu einer besonderen Sensibilisierung geführt haben.

Umgekehrt könnte das Fehlen von Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe darin begründet liegen, dass durch den gesamten Prozess des Auseinandersetzens, Aufschreibens, Mitbringens und Besprechens der eigenen Ziele bei den Rehabilitanden der Interventionsgruppe so hohe Erwartungen geweckt worden sind, dass sie sich in den untersuchten Zielgrößen nur kaum von der Kontrollgruppe abhoben oder gar schlechter abschnitten. Dadurch, dass Behandler sowohl Patienten der Interventions- als auch der Kontrollgruppe aufnahmen, kann außerdem nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei Patienten der Kontrollgruppe Reha-Ziele häufiger als sonst im Aufnahmegespräch besprochen wurden.

Schließlich wäre auch denkbar, dass unsere Maßnahme zu unterschwellig war: Beide Gruppen erhielten vom Umfang und Inhalt dieselben Informationen zu Reha-Zielen. Im Unterschied zur Kontrollgruppe erhielten Patienten der Interventionsgruppe überdies lediglich das

einseitige Blatt mit Instruktion und orientierenden Bereichsfeldern, auf dem sie ihre eigenen Ziele notieren konnten. Bei DRV Bund-Versicherten war es fernerhin so, dass alle Patienten (egal ob IG oder KG) vom Träger weiterhin die Vorbereitungsbrochure mit den entsprechenden Inhalten und dem Arbeitsblatt zu Reha-Zielen mit dem Bewilligungsbescheid bekamen. Infolgedessen kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch Patienten der Kontrollgruppe eine vergleichbare Intervention in ähnlichem Umfang erhielten. Dies würde mögliche Effekte nivellieren, zumal Patienten der DRV Bund zahlenmäßig überlegen waren (78% vs. 22% DRV Nord). Nach Sozialversicherungsträger getrennte Analysen ergaben hingegen auch für Patienten der DRV Nord keine Effekte. Die Effekte fielen für beide RV-Träger überwiegend etwa gleich groß aus oder waren für Versicherte der DRV Nord etwas größer; allerdings zeigten sich meist nur für Patienten der DRV Bund signifikante Ergebnisse, die auf die höheren Fallzahlen zurückzuführen sind.

Im Hinblick auf den einzigen gefundenen Effekt zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bleibt offen, ob das stärkere Einflussleben im Hinblick auf die Definition der eigenen Reha-Ziele einzig und allein auf die Intervention (Auseinandersetzung mit den eigenen Reha-Zielen im Vorfeld der Rehabilitation und Aufschreiben dieser) zurückgeführt werden kann oder noch andere Mechanismen (z.B. Intensität der Besprechung der Ziele mit dem Arzt/Psychologen im Aufnahmegespräch) wirksam wurden. In Anbetracht dessen, dass die behandelnden Ärzte und Psychologen bewusst nicht explizit dazu aufgefordert worden waren, den Zielefragebogen im Aufnahmegespräch zu thematisieren⁵, gehen wir jedoch davon aus, dass dieselben Behandler das Thema Reha-Ziele mit allen Rehabilitanden gleich intensiv besprachen, unabhängig davon, ob diese Versicherte der Interventions- oder Kontrollgruppe waren. Dadurch ist möglicherweise auch erklärbar, dass sich zwischen den Gruppen keine weiteren Unterschiede im Partizipationserleben mit Blick auf die Zielvereinbarung zeigten.

Ferner kann nicht genau gesagt werden, welche(s) Element(e) der Applikation der Intervention hier wirksam wurde(n) (z.B. Versand mit Bewilligungsbescheid, konkrete Ansprache, Ausfüllen und Mitbringen des Fragebogens, Studienteilnahme, Entgegennahme des Fragebogen im Aufnahmegespräch usw.). Dies war allerdings auch nicht Gegenstand der Studie.

⁵ Dies geschah unter der Annahme, dass die Studienergebnisse nicht denen unter nicht-Studienbedingungen (übliche Routine) entsprechen würden (Hawthorne-Effekt). Um dies zu vermeiden, wurde den Ärzten/Psychologen freigestellt, auf die im Fragebogen gemachten Zielangaben einzugehen oder wie gewohnt vorzugehen.

Insgesamt bestätigen unsere Ergebnisse, wie schon vorherige Arbeiten, dass sich Zielvereinbarungen bzw. Partizipation im Zielsetzungsprozess rehabilitandenseitig in einem höheren Erleben von Selbstbestimmung bezüglich der Zielfestlegung widerspiegeln (Glattacker et al. 2011, Holliday et al. 2007, Wressle et al. 2002). Mit anderen Worten: Patienten der Interventionsgruppe nehmen stärker wahr, die Ziele ihrer Rehabilitation selbst definiert zu haben. Unsere Ergebnisse stehen damit in Einklang mit den Befunden aus dem Projekt PARZIVAR (Glattacker et al. 2011, 2012), in dem ein Trainingsmodul zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation entwickelt und evaluiert wurde. Auch dort spiegelte sich die Intervention lediglich in der Wahrnehmung der Rehabilitanden bezüglich zielbezogener Prozesse, d.h. proximalen Studienendpunkten, wieder, während sich die Gruppen im Rehabilitationsverlauf und katamnestisch nicht unterschiedlich entwickelten. Als distale Studienendpunkte wurden generische und krankheitsspezifische Funktionsparameter (SF-36, IRES-24, Oswestry Disability Index, VAS Schmerz), also mit der vorliegenden Studie vergleichbare Indikatoren, erfasst.

8.4 Bewertung von Aussagekraft und Reichweite der Ergebnisse

8.4.1 Studiendesign

Die Daten wurden in 7 orthopädischen, 5 onkologischen und 5 psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns, darunter ein ambulantes Rehasentrum, gewonnen. Angesichts der zahlenmäßigen Unterlegenheit psychosomatischer Rehabilitanden sowie des starken Regionalitätsbezugs sollten Übertragbarkeit und Reichweite der Ergebnisse auf andere Regionen Deutschlands überprüft werden. Die gewonnenen Erkenntnisse können daher nur eingeschränkt generalisiert werden und sollten in einer deutschlandweiten, repräsentativen Auswahl von Kliniken mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten (z.B. auch Kardiologie, Pulmologie), strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten repliziert werden.

Dies legen auch die starken Unterschiede in den Fallzahlen der beteiligten Kliniken nahe (**Tab. A2**): bezogen auf den Rücklauf des im Vorfeld der Maßnahme versandten Fragebogens ($N=1.295$, davon $N_{ortho}=668$, $N_{onko}=364$, $N_{psycho}=263$), entfallen 57,7% ($n=265$) des Datenrücklaufs (Angaben T_0 komplett) in der Orthopädie auf zwei von sieben, fast 70% des Datenrücklaufs ($n=191$) in der Onkologie auf zwei von fünf und 57,1% des Datenrücklaufs ($n=97$) in der Psychosomatik auf eine von fünf teilnehmenden Kliniken. Durch den Realitätsanspruch der Studie (Auswahl und Belegungssteuerung der Studienpatienten sind durch die natürlichen Gegebenheiten der Sozialversicherungsträger determiniert) konnten die Patienten nicht zufällig ausgewählt und einer der teilnehmenden Kliniken zugewiesen werden. Sowohl die Tatsache, dass ausschließlich Häuser ausgewählt worden sind, die von den Deutschen Rentenversicherungen (federführend) belegt wurden, als auch der Umstand, dass die Patienten Versicherte der DRV Bund oder Nord waren, erforderten ein quasiexperimentelles Design unter naturalistischen Bedingungen und erlaubten keine Stratifizierung nach Indikation, Klinik und Träger. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie gestatten damit auch nur Rückschlüsse auf den Erfolg des hier erprobten Zielefragebogens bzw. dessen Versandmodalitäten für diese spezielle Gruppe von Rehabilitanden. Es können keine Aussagen über Rehabilitanden gemacht werden, die bei einem anderen Träger als der DRV versichert sind.

8.4.2 Inhaltliche Implikationen

Aufgrund des Studiendesigns ist es uns nicht möglich, Aussagen über den Verbleib von 45% der Unterlagen (1.246/2.728) zu machen. Insofern handelt es sich bei unseren Studienpatienten um eine selektierte Stichprobe, was bei der Untersuchung von patientenseitiger Akzeptanz, patientenseitig wahrgenommenem Nutzen und Inanspruchnahme der hier erprobten Kurzintervention berücksichtigt werden muss. Besonders interessant erscheint uns in diesem Zusammenhang herauszufinden, welche Patienten diese Intervention in Anspruch nehmen, und ob und wie man die bislang nicht teilnehmenden Patienten auch erreichen könnte.

Die Studienergebnisse legen zudem charakteristische Unterschiede zwischen den hier untersuchten Indikationsgebieten nahe: Im Kontext der psychosomatischen Intervention scheint der Zielefragebogen weniger praktikabel und angezeigt zu sein. Dafür sprechen sowohl die geringeren Akzeptanz- und Nutzeneinschätzungen der Behandler als auch der Patienten. Obwohl psychosomatische Rehabilitanden die im Fragebogen enthaltenen Informationen zu Reha-Zielen als weniger hilfreich empfanden, wünschten sie sich, verglichen mit orthopädischen und onkologischen Patienten, bei Reha-Ende noch mehr Informationen zu Reha-Zielen.

Eine Rolle für die vergleichsweise schlechtere Bewertung der Handhabung des Zielefragebogens durch psychosomatische Behandler könnte neben der zumeist längeren Wartezeit der Zeitpunkt der Zielfestlegung gespielt haben. Die Patientenangaben zur Zielvereinbarungspraxis bestätigen, dass diese längst ein fester Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation ist, für die ein eigener Platz, außerhalb des Aufnahmegesprächs, vorgesehen ist.

Damit zeigen sich Parallelen zum psychotherapeutischen Setting (Ambühl & Strauss 1999, Farin et al. 2002, Michalak et al. 2007) bzw. Unterschiede zu anderen Indikationen der medizinischen Rehabilitation. In den Ergebnissen schlägt sich dies darin nieder, dass behandelnde Psychologen der Handhabung des Fragebogens im Aufnahmegespräch (Relevanz der Inhalte, zeitliche Integration) und dessen patientenbezogenem Nutzen (Vorbereitung auf die zielbezogenen Gesprächsinhalte) deutlich kritischer gegenüber eingestellt waren. Auch nahmen sie hinsichtlich aller erfragten Aspekte eher neutralere Bewertungen vor. Zwar waren sie im Gegensatz zu den befragten Ärzten seltener der Ansicht, dass das Beantworten des Bogens und das Nennen eigener Ziele die Rehabilitanden überfordern würde; die Qualität der for-

mulierten Ziele wurde dann aber als weniger nutzbringend wahrgenommen. Schließlich waren weniger Psychologen (38%) als Ärzte (54%) der Ansicht, dass der Fragebogen sich nur für bestimmte Gruppen/Merkmale von Rehabilitanden eignen würde. Dafür gingen Psychologen in den Freitextangaben ein wenig häufiger auf diesen Sachverhalt ein (s.u.). Angesichts dessen stellen sich die Fragen, ob der Fragebogen bei psychosomatischen Rehabilitanden einen zusätzlichen Nutzen („add on“) zum Zielvereinbarungsgespräch bringt und ob Rehabilitanden, je nach Indikation, den Fragebogen mit in das Aufnahmegespräch oder zu einem anderen Termin mitbringen sollten.

In Anbetracht dieser Eigenheiten sowie der offensichtlich besonderen Bedürfnisse psychosomatischer Patienten sollten in einer weiterführenden Studie, in Begleitung eines Psychologen, Anwendungsbereiche und, wenn nützlich und sinnvoll, Implementierungsstrategien für dieses Indikationsgebiet überprüft und näher bestimmt werden.

Aus den Freitextangaben der Ärzte und Therapeuten wurde außerdem ersichtlich, dass die befragten Behandler personenbezogenen Faktoren wie z.B. Alter, Bildung, Erwerbsstatus, Motivation, Wunsch, in den Arbeitsprozess zurückzukehren, kein Rentenbegehren eine große Bedeutung für das Gelingen dieser Intervention zuschreiben. Einige der genannten Punkte, wie beispielsweise Motivation und das Bestreben, wieder erwerbsfähig zu werden, sind unseres Erachtens jedoch keine Argumente, die gegen den Zielefragebogen sprechen, sondern eine grundlegende und notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme an sich. Mit der Aufnahme des Teilhabebegriffs im SGB IX wurde der Patient aus seiner passiven Empfängerrolle von medizinischen Leistungen herausgelöst und ausdrücklich als aktiver Partner gefragt (ICF-Praxisleitfaden 2, BAR 2008). Eine aktive Mitarbeit des Rehabilitanden am Rehabilitationsprozess wird daher seitens der Sozialversicherungsträger sogar gefordert. So steht im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation: „Motivation und Mitwirkung der Rehabilitanden sind entscheidende Voraussetzungen für den Reha-Erfolg. Bereits vor Beginn der Rehabilitation sollten Rehabilitanden auf den aktiven Charakter der Rehabilitation und der entsprechenden Therapiekonzepte in geeigneter Weise vorbereitet werden.“ (S. 21, 4.3) Weiterhin heißt es: „Der Erfolg der Rehabilitation hängt wesentlich davon ab, inwieweit die Betroffenen in die Behandlung einbezogen werden und an der Wiederherstellung ihrer Gesundheit bzw. der Bewältigung ihrer Krankheit und deren Folgen selbstverantwortlich und aktiv mitarbeiten. Diese Mitwirkung muss intensiv gefördert und auch in eigenverantwortliche Aktivitäten umgesetzt werden [...]. Unangemessene Er-

wartungen sind entsprechend aufzugreifen und zu bearbeiten. Es ist daher besonders wichtig, die Rehabilitationsziele und den Therapieplan mit allen Rehabilitanden abzustimmen und an den individuellen und sozialen Ressourcen auszurichten. “ (S. 32). Eine angemessene Berücksichtigung und Ausrichtung an solchen „individuellen und sozialen Ressourcen“ impliziert, dass sich auch personenbezogene Merkmale wie Alter und Bildung weder nachteilig auf den Einsatz des hier verwandten Zielefragebogens, noch ungünstig auf die Erfolgsprognose der Reha auswirken sollten.

Aus den freitextlich gegebenen Anregungen und Hinweisen in Bezug auf die Implementierung und Eignung des Fragebogens geht hervor, dass eine bedarfsgerechte Steuerung des Einsatzes des Fragebogens, unter Berücksichtigung des Erkrankungsbildes (bzw. des Schweregrades der Erkrankung) und (damit in Verbindung stehenden) patientenbezogenen Faktoren (wie Antrieb, Leidensdruck, Komorbiditäten) durch den behandelnden Arzt/Psychologen empfehlenswert ist. Dies gilt speziell für die Psychosomatik sowie besonders schwere Erkrankungen anderer Indikationsgebiete (z.B. Onkologie) und würde gegen das Versenden des Fragebogens mit den Unterlagen der Rentenversicherungsträger sowie für das Beibehalten der Verantwortlichkeiten beim behandelnden Arzt/Psychologen sprechen. Dagegen befürworteten zwei der Befragten explizit die Vorverlegung der Beschäftigung mit Reha-Zielen. Dies einerseits, um einer potentiellen Überlastung des Rehabilitanden bei Reha-Beginn vorzubeugen, andererseits, damit sich der Rehabilitand mit dem bevorstehenden Aufenthalt frühzeitig auseinandersetzen kann. Das Beantworten und Besprechen des Zielefragebogens sollte sodann auch gemeinsam mit dem „empfehlenden Arzt“ geschehen. Dadurch würden auch die schwerer beeinträchtigten Patienten erreicht werden können.

Diese, im Hinblick auf die Versand- und Einsatzmodalitäten des Zielefragebogens, verschiedenen Rückmeldungen demonstrieren unmissverständlich, dass klinikbezogen unterschiedliche Verwendungsoptionen präferiert werden. Gelingen oder Scheitern dieser Kurzintervention werden schließlich vor allem durch die individuelle Passung zwischen strukturellen Erfordernissen und organisatorischen Abläufen der jeweiligen Einrichtungen und dem vorgesehenen Implementierungsmodus des Fragebogens mitbestimmt sein. Flexible Einsatzmöglichkeiten des Instrumentariums sollten daher in Aussicht gestellt werden. Perspektivisch sollten Implementierungsvoraussetzungen mitbedacht und stärker beleuchtet werden.

8.4.3 Methodische Gesichtspunkte und Implikationen

Die Beschäftigung mit den eigenen Reha-Zielen vor Beginn der Rehabilitation spiegelt sich, wie schon andere Studien zeigen konnten (Holliday et al. 2007, Wressle et al. 2002), in einem stärkeren Autonomieerleben der Patienten wider. Demgegenüber zeichneten sich, konsistent zu vergleichbaren Studien (z.B. Glattacker et al. 2012, Holliday et al. 2007), keine Effekte in distalen Outcomeparametern ab.

Möglicherweise ließen sich für unsere Intervention Effekte in anderen, als den hier betrachteten Outcomeparametern abbilden. Anhand der aktuellen Befundlage kristallisiert sich jedoch heraus, dass sich Zielvereinbarungen nicht notwendigerweise in Funktionsparametern niederschlagen (**Tab. 31**). Die Veränderung solcher Studienendpunkte scheint vielmehr eine Funktion aus der Schwere der Erkrankung (Baseline bzw. Veränderungsspielraum nach oben) und der Dauer der Maßnahme zu sein, die gewöhnlich für Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe identisch ist. Analog zu dieser Annahme vermuteten auch Holliday et al. (2007) „We did not anticipate any impact on function, as measured using disability scales, as the intervention time was similar in both groups.“, was sich in ihren Ergebnissen bestätigte. Effekte auf Lebensqualitätsmaße konnten inkonsistent aufgezeigt werden: Glattacker et al. (2012) erfassten die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-36 und konnten, wie wir (SF-12), keine unterschiedlichen Entwicklungen der beiden Gruppen beobachten. In anderen Arbeiten konnten solche Effekte durchaus nachgewiesen werden (z.B. Christiansen et al. 2010: Hannover ADL, Müller et al. 2011, Kus et al. 2011: allgemeine Funktionsfähigkeit).

Als Erklärung für die nicht nachweisbaren Effekte zogen Glattacker et al. methodische Limitationen (kein randomisiert kontrolliertes Design) und eine zu geringe Intensität der Intervention in Betracht. In der vorliegenden Studie wurde ein RCT-Design verwendet. Allerdings könnte es auch hier daran gelegen haben, dass die Intervention zu unschwellig war, zumal auch die Kontrollgruppe Informationen zu Reha-Zielen erhielt. Schließlich wäre in diesem Zusammenhang ebenfalls denkbar, dass die Behandler bei Patienten der Kontrollgruppe intensiver auf zielbezogene Gesprächsinhalte eingingen und die Rehabilitanden stärker in den Zielvereinbarungsprozess einbezogen.

Tabelle 31 Operationalisierung von Zielgrößen in Wirksamkeitsstudien zu Zielvereinbarungen

Setting, Stichproben- größe, Design	Intervention/Zielsetzung	Zielgröße(n)	Wichtigste Ergebnisse
Holliday et al. 2007¹			
Stationäre neurologische Rehabilitation, N=201, experimentelles Design	„increased participation“ goal setting, Arbeitsheft mit drei Sektionen: 1) Rangreihe mit Aktivitäts- und Teilhabebereichen bilden, 2) wichtige Aufgaben innerhalb dieser Bereiche identifizieren, 3) festlegen, was im Rahmen des Reha-Aufenthalts erreicht werden soll	Patient Participation Scale, Relevanz der Ziele, Zufriedenheit mit der Rehabilitation insgesamt (VAS), Functional Independence Measure (FIM), GHQ-28, London Handicap Scale	IG: setzen weniger Ziele, nehmen Ziele als relevanter wahr, erleben mehr Autonomie, sind zufriedener mit Zielsetzungen; keine Unterschiede in Funktionsparametern (FIM, London Handicap Scale), Anzahl erreichter Ziele; sign. Unterschiede im GHQ zugunsten der KG (p=0,037)
Christiansen et al. 2010			
Ambulantes Rückenschmerz-zentrum, N=60, RCT	einstündig; Kombination aus Zielsetzungs- und -verfolgungsstrategien gepaart mit Problemlöseansätzen aus der kognitiven Verhaltenstherapie	Hannover Activities of Daily Living questionnaire, Fahrradergometertest, Hebetest, Schmerzintensität (Skala 0-10)	sign. Verbesserung der IG in allen behavioralen und subjektiven Parametern; KG ohne Veränderungen; beide Gruppen zeigen keine Veränderungen in der wahrgenommenen Schmerzintensität
Kus et al. 2011			
Akutkrankenhaus und frühe post-akute Reha-Einrichtungen, muskuloskeletale, neurologische und kardiologisch-pulmonale Erkrankungen, N=397, multizentrische Kohortenstudie	halbstrukturierter Fragebogen, Baseline: Patienten berichten bis zu 10 wichtige Aspekte in Bezug auf Gesundheitszustand u. Hospitation; vor Entlassung: wahrgenommene Veränderung u. Zielerreichung	Arzt und Patient schätzen allg. Funktionsfähigkeit auf NRS (0-10) ein, Aufenthaltsdauer, # komorbider Erkrankungen	88% der Patientenziele korrespondieren mit den Kategorien der ICF Core Sets, sign. Zusammenhang zwischen Zielerreichung und allgemeiner Funktionsfähigkeit (Arzturteil und aus Patientensicht)
Müller et al. 2011			
Prospektive, multizentrische Kohortenstudie, postakute geriatrische Rehabilitation (> 65 Jahre), N=209	Identifikation der Ziele geriatrischer Rehabilitanden und Messung ihrer Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit; halbstrukturierter Fragebogen	Arzt und Patient beurteilen auf NRS (0-10) allg. Funktionsfähigkeit, Dauer des stationären Aufenthaltes, # Komorbiditäten, Zielerreichung u.a.	kürzerer stationärer Aufenthalt und Zielerreichung sind sign. Prädiktoren für die Verbesserung der allg. Funktionsfähigkeit aus Patientensicht; allein das Erreichen mind. eines Ziels macht eine Verbesserung der allg. Funktionsfähigkeit fünfmal wahrscheinlicher
Hurn et al. 2006			
Review, 4 Studien zu Zielsetzungen in der physikalischen und neurologischen Rehabilitation, N≥100, 2 prospektiv deskriptive, 1 Korrelations-, 1 RCT-Studie	durch den Patienten bestimmte, gemeinschaftlich gesetzte oder durch die Behandler festgelegte Ziele	u.a. Barthel Index, Gehzeit, Quality of Life after Myocardial Infarction, Time Trade Off	Validität von Zielsetzungen empirisch bestätigt; Nachweise zu Reliabilität und Sensitivität existieren kaum
Wressle et al. 2002			
Geriatrische Rehabilitation, Rehabilitation nach Schlaganfall und zu Hause, N=118, experimentelles Design	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Klein Bell ADL-Scale, Clinical Outcome Variables (COVS)	mehr IG-Patienten nahmen wahr, dass Behandlungsziele identifiziert wurden, konnten diese Ziele erinnern, fühlten sich aktiv am Zielformulierungsprozess beteiligt, kamen nach der Reha besser zurecht

Anmerkungen: ¹ Die Autoren erwarteten keine Unterschiede in den Funktionsparametern, gemessen durch die „disability scales“, da sich beide Gruppen im Behandlungsumfang nicht unterschieden. GHQ General Health Questionnaire, VAS Visuelle Analogskala, NRS Numerische Ratingskala, KG Kontrollgruppe, IG Interventionsgruppe, RCT randomisierte kontrollierte Studie.

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse muss bedacht werden, dass die im Vergleich zu Glattacker et al. (2011) noch höheren Zustimmungswerten auf Einzelitemebene (z.B. „Rehabilitand wird nach eigenen Zielen gefragt“ 93,1% „ja“ vs. 76,3%) wenig Potenzial für Subgruppen- und Zusammenhangsanalysen zuließen (Deckeneffekte). Zusammenhänge mit relevanten Parametern und Studienendpunkten konnten aufgrund der geringen Varianz möglicherweise nicht aufgezeigt werden. Die hier gefundenen Deckeneffekte scheinen zumindest inhaltlicher Natur und nicht methodisch (z.B. zu geringe Differenzierfähigkeit der Antwortskala) begründet zu sein. Künftige Arbeiten sollten die Identifikation von Erfolgsparametern, in denen sich Zielvereinbarungen niederschlagen, stärker fokussieren und eine Kontrollgruppe einbeziehen, die keine Intervention erhält.

In diesem Zusammenhang argumentieren Levack et al. (2006a), es würde wenig Sinn ergeben, Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von Zielplanungen in der Rehabilitation zusammenzufassen, bevor keine Klarheit über die qualitativ unterschiedlichen Gründe für deren Verfolgung bestehen. Da die intendierte Funktion von Zielsetzungen durchaus variieren kann, müsse in einem ersten Schritt herausgefunden werden, zu welchem Zweck und aufgrund welcher angenommener Wirkmechanismen Zielsetzungen in der Rehabilitation eingesetzt würden: „Before answering the question as to how effective goal planning is in rehabilitation interventions, we need to identify and specify the different purposes that it can serve in rehabilitation.“ Diesbezüglich konnten Levack et al. vier verschiedene Funktionen (Ergebnisverbesserung, Ergebnisevaluation, Autonomieerhöhung, Reaktion auf vertragliche, gesetzliche oder berufliche Anforderungen) und sieben zugrundeliegende Wirkungsweisen identifizieren. Ein Blick in die Literatur offenbart, dass Zielvereinbarungen zu weitaus mehr als den von Levack und Kollegen zusammengetragenen Zwecken verwendet werden. Zielbezogene Interventionen können beispielsweise auf folgende Punkte abzielen: Orientierungshilfe bei der Zielfindung, Behandlungsplanung und -durchführung, Transparenz/Ausrichtung von Rehabilitationsprozessen/Abstimmung der verschiedenen Professionen, Verständnis der Perspektive des Patienten und dessen Empfänglichkeit für die Annahme gesundheitsförderlichen Verhaltens (Meyerson & Kline 2009), usw. In der Psychotherapie fungieren Zielformulierungen darüber hinaus als „motivationale, Bindung intendierendes Therapeutikum“ (Machold, Plöttner, Hardt 2008). Diese vielschichtigen Anwendungsmöglichkeiten müssen bei der Operationalisierung von Studienendpunkten, der Wahl des Studiendesigns und schließlich der Überprüfung der Wirksamkeit angemessen berücksichtigt werden. Es ist nachvoll-

ziehbar, dass Evidenz zur Effektivität von Zielsetzungen uneinheitlich ist und, infolge der Heterogenität und methodischen Schwächen der eingeschlossenen Studien, generalisierbare Aussagen vage sind (Levack et al. 2006b, Rosewilliam et al. 2011, Sugavanam et al. 2012).

Die Notwendigkeit von Zielvereinbarungen ist unumstritten. Unverkennbar ist auch, dass der Erfolg von Zielvereinbarungen durch zahlreiche Faktoren wesentlich mitbestimmt wird. Meyer et al. (2009) und Schliehe (2009) nennen in diesem Zusammenhang u.a. Motivation und Einstellung der Rehabilitanden, Patientenorientierung der Behandler und Einrichtungen, zeitliche Ressourcen der Mitarbeiter. Die Freitextangaben der befragten Ärzte und Psychologen dieser Studie bestätigen diese Wechselwirkung. Vielleicht gelang es deshalb nicht, die Effektivität von Zielvereinbarungen aufzuzeigen. Anknüpfungspunkte für künftige Arbeiten könnten daher folgende forschungs- und auswertungsstrategische Überlegungen sein:

- Bevor verschiedene Interventionsstrategien erprobt und implementiert werden, sollten Interventionsvoraussetzungen überprüft werden. Besonders Merkmale des Settings (klinikbezogene Merkmale wie Klinikleitbild, Patientenzentrierung, Zielorientierung, zeitliche und humane Ressourcen) und des Patientenkollektivs (personenbezogene Merkmale wie Erkrankungsspektrum, Schwere der Erkrankung, Bildung, Alter, Motivation) sollten dabei Berücksichtigung finden.
- Ein Evaluationskonzept sollte mitbedacht werden. Hierbei gilt es, relevante Zielgrößen zu bestimmen und diese adäquat zu operationalisieren. Dabei sollten speziell intendierte Wirkungen und diesen zugrundeliegenden Wirkmechanismen reflektiert werden, da sich potentielle Interventionseffekte in beiden Aspekten manifestieren könnten.
- Randomisierte, kontrollierte Studien sind zu bevorzugen. Die einbezogene Kontrollgruppe sollte kein Treatment erhalten.

C Schlussteil

9 Zusammenfassung

Patienten kommen häufig unvorbereitet in die Reha: sie machen sich im Vorfeld ihrer Maßnahme wenig Gedanken darüber, was sie erreichen wollen. Vor dem Hintergrund, dass in der Reha-Einrichtung viele neue Eindrücke auf den Rehabilitanden zukommen und fehlende konkrete Erwartungen an die eigene Rehabilitation die ohnehin knapp bemessene Zeit des Aufnahmegesprächs schmälern, scheint eine Vorbereitung auf die Rehabilitation sinnvoll.

Das Vorziehen oder Vorbereiten von Zielvereinbarungen wird in Fachkreisen bereits seit einigen Jahren diskutiert (Meyer et al. 2009, Schliehe 2009). Mit dem Projekt „Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg“ sollten Versicherte der Deutschen Rentenversicherungen durch einen im Vorfeld der Rehabilitation versandten Zielefragebogen angeregt werden, sich mit ihren eigenen Reha-Zielen auseinanderzusetzen. Dazu wurde nach dem Vorbild der Vorbereitungsbroschüre der DRV Bund, „Rehabilitation - Was erwartet mich dort?“, ein Fragebogen erstellt, der allgemeine Informationen und Beispiele zu Reha-Zielen gibt und Freitextfelder für die Benennung eigener Ziele beinhaltet. Die Erstellung des Fragebogens orientierte sich wesentlich an den Inhalten der Broschüre, welche sprachlich vereinfacht, gekürzt und adressatengerechter aufbereitet worden sind. Der Fragebogen wurde analog der Implementierungsstrategie der DRV Bund mit dem Bewilligungsbescheid an die Versicherten geschickt. In dem Projekt sollte insbesondere untersucht werden, wie Patienten und Behandler den Nutzen und die Praktikabilität dieses Instruments einschätzen und wie erfolgreich eine solche Form des Fragebogenversands (Zugang im Vorfeld der Rehabilitation und Versand mit den Bewilligungsunterlagen) ist.

Ein Fragebogen wurde von den Deutschen Rentenversicherungen Bund und Nord an 2.782 Rehabilitanden versandt, denen im Studienzeitraum eine orthopädische (n=1.406), onkologische (n=714) oder psychosomatische (n=662) Reha-Maßnahme bewilligt wurde. In Abgrenzung zur Interventionsgruppe erhielten Patienten der Kontrollgruppe lediglich Informationen zu Reha-Zielen. Nur Patienten der Interventionsgruppe wurden gebeten, eigene Ziele zu formulieren. Alle Patienten beantworteten außerdem den SF-12 und wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen in das Aufnahmegespräch mitzubringen. Bei Reha-Ende wurden die

Zufriedenheit mit der Partizipation an Zielvereinbarungen, der Gesundheitszustand und der wahrgenommene Nutzen der Informationen zu Reha-Zielen erfasst. Die behandelnden Ärzte/Therapeuten beantworteten standardisierte Items zu verschiedenen Aspekten des (einzelfallbezogenen und Gesamt-) Nutzens und der Praktikabilität des Fragebogens. Außerdem protokollierten sie im Aufnahmegespräch, ob der Fragebogen mitgebracht wurde bzw. die Gründe, weshalb dieser nicht vorlag.

34% der angeschriebenen Rehabilitanden brachten den Fragebogen ausgefüllt in das Aufnahmegespräch mit. Für die meisten Rehabilitanden waren Zielfestlegungen wichtig; die erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen nahmen 31,4% als sehr und 62,9% als teilweise hilfreich wahr. Aus Sicht der Behandler ist der Fragebogen geeignet, um Rehabilitanden auf Reha-Ziele einzustimmen: die Rehabilitanden hätten sich Gedanken zu ihren Zielen gemacht (56,6% Zustimmung) und seien besser mit der Thematik vertraut (50% Zustimmung).

Grundsätzlich waren die befragten Ärzte der untersuchten Intervention gegenüber positiver eingestellt. Sie bewerteten den Zielefragebogen im Hinblick auf dessen Handhabung und Integration in das Aufnahmegespräch, dessen Format und Layout sowie rehabilitanden- und behandlerseitigen Nutzen besser als die befragten Psychologen. Weniger optimistisch waren sie bezüglich der Fähigkeit der Rehabilitanden, eigene Ziele zu benennen. Auch hielten 40% der befragten Ärzte Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung, z.B. bei auftretenden Zieldiskrepanzen, gänzlich oder zumindest teilweise für möglich; dieser Aspekt spielte bei den Psychologen keine Rolle (0% Zustimmungen, 7,1% „teils/teils“). Psychologen waren auch zuversichtlicher, was die Fähigkeit der Rehabilitanden anbelangt, den Fragebogen zu beantworten (62,5%, Ärzte: 47,2%) und eigene Ziele zu benennen (77,8%, Ärzte: 41,7%).

Die aus den Bewertungen der Psychologen hervorgehenden strukturellen Erschwernisse (z.B. zeitliche Integration des Fragebogens in das Aufnahmegespräch: Arzt 22,9% Ablehnung, Psychologe 52,9%; Relevanz der Inhalte für das Aufnahmegespräch: Arzt: 61,1% Zustimmung, Psychologe 35,3%; Eignung von Aufbau und Format für Aufnahmegespräch: Arzt: 51,4% Psychologe: 31,2%) sind vermutlich der erprobten Anwendung des Fragebogens im Aufnahmegespräch geschuldet. Anders als in den anderen untersuchten Indikationsgebieten werden Reha-Ziele in der Psychosomatik etwa vier Mal so häufig in einem separaten Gespräch, dafür allerdings seltener im Aufnahmegespräch thematisiert. In der Psychosomatik werden damit offenbar zeitliche und humane Ressourcen bereitgestellt, um einen Austausch und eine Abstimmung von Reha-Zielen zu ermöglichen, während das Aufnahmegespräch für andere In-

halte vorbestimmt ist. Die geringeren Nutzeinschätzungen könnten somit Ausdruck einer Deplatzierung des Zielefragebogens sein. Andererseits wäre auch denkbar, dass durch die besseren organisatorischen Rahmenbedingungen Zielvereinbarungen längst eine gewichtigere Bedeutung beigemessen wurde und folglich bessere Konzepte zu Zielvereinbarungen (Theoriemodelle, angewandte edukative oder therapeutische Methoden) im Klinikleitbild verankert und in den Reha-Prozess etabliert sind.

Auf Seiten der Patienten zeigte sich, dass ein offener Erhebungsansatz zur Erfassung patientenseitiger Zielvorstellungen geeignet ist. Von den Patienten der Interventionsgruppe machten 91% Angaben zu ihren persönlichen Reha-Zielen. Im Mittel wurden $6,9 \pm 3,6$ Ziele formuliert, die sich als Gesprächsgrundlage für das Aufnahmegespräch eignen und dem Arzt wichtige Anhaltspunkte über die subjektive Erlebenswelt des Patienten (Probleme, Bedürfnisse, Vorstellungen, Motivation) geben können.

10 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Der verwandte Fragebogen wurde von der Mehrheit der befragten Rehabilitanden und Behandler gut angenommen und in wichtigen Punkten als praktikabel und nützlich beurteilt. Eine flächendeckende Implementierung des hier vorgestellten Fragebogens erweist sich insbesondere im Kontext der onkologischen und orthopädischen Rehabilitation als vielversprechend. Um den Rücklauf zu erhöhen, sollten alternative Versandoptionen (z.B. Vorabversand mit klinikinternen Unterlagen oder als eigenständiges Dokument, separat vom Bewilligungsbescheid) erprobt werden.

Vor dem Hintergrund, dass Rehabilitanden und Behandler der Psychosomatik den Fragebogen als weniger hilfreich empfanden, ist auch zu überprüfen, ob indikationsspezifisch unterschiedliche Implementierungsstrategien vorteilhaft wären. Hier wäre beispielsweise denkbar, dass psychosomatische Patienten den Fragebogen zu einem anderen Termin als dem Aufnahmegespräch mitbringen. In einer Folgestudie sollte untersucht werden, ob die Ergebnisse zu Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzen des Zielefragebogens auch in anderen als den hier untersuchten Indikationsgruppen gelten. Unter Einbezug eines repräsentativen Querschnitts von Reha-Kliniken sollten dabei insbesondere Implementierungsvoraussetzungen fokussiert werden.

Die hier untersuchte Intervention kann nicht das Gespräch über Reha-Ziele mit dem behandelnden Arzt und/oder Therapeuten ersetzen, hat sich in der Studie jedoch als hilfreich erwiesen, um Rehabilitanden mit der Thematik Reha-Ziele vertraut zu machen und auf das bevorstehende Gespräch vorzubereiten. Der Zielefragebogen kann Informationen zu Reha-Zielen im Vorfeld der Rehabilitation bereitstellen und Rehabilitanden Anregungen für eigene Zielvorstellungen geben. Bei subjektiv (geringe Eingangs-, Ausgangs- und Veränderungswerte im psychischen Summenscore des SF-12) und objektiv (erwerbs-/arbeitslos, dem Reha-Aufenthalt lange vorausgegangene Krankheitsperiode) stärker beeinträchtigten Rehabilitanden scheint die Überprüfung des Einsatzes durch Fachpersonal indiziert und ggf. ein gemeinsames Erarbeiten und Verwenden des Instruments zweckdienlich. Eine genaue Bestimmung des Anwendungsgebietes ist im Rahmen einer breiteren Erprobung des Instruments noch vorzunehmen. Dabei sollten unterschiedliche Implementierungsstrategien vor dem Hintergrund einrichtungsspezifischer Realisierungsvoraussetzungen überprüft werden.

11 Weitere Analysen nach Studienende

In weiterführenden inhaltsanalytischen Auswertungen soll überprüft werden, ob der Zielfragebogen nicht nur hinreichendes Vorwissen zu Reha-Zielen bereitstellt, sondern die Rehabilitanden auch befähigt, eigene Ziele zu formulieren. Die Auswertungen dieser ergänzenden Analysen werden im Rahmen einer Promotionsarbeit angefertigt und sind nicht Bestandteil dieses Berichts.

12 Übersicht der Anhänge

Anhang I	Patienteninformation
Anhang II	Einverständniserklärung
Anhang III	Fragebogen T ₀ Interventionsgruppe
Anhang IV	Fragebogen T ₁
Anhang V	Hinweisblatt
Anhang VI	Dokumentationsbogen
Anhang VII	Fragebogen zu Nutzen und Praktikabilität
Anhang VIII	Tabellen mit weiteren (ausführlichen) Ergebnissen

13 Literaturverzeichnis

Ambühl H & Strauss B (Hrsg). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 1999.

Buchholz I & Kohlmann T (in press). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation – Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 2012; 51: 1-11.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. ICF-Praxisleitfaden 2 – Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt/Main: BAR, 2008.

Christiansen S, Oettingen G, Dahme B, Klinger R (2010). A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: a randomized clinical trial in chronic back pain patients. *Pain*; 149:444-452.

Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale [u.a.]: 1988.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin: *DRV Bund*, 2009, 1-68.

Dudeck A, Glattacker M, Gustke M, Dibbelt S, Greitemann B, Jäckel WH (2011). Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50: 316-330.

Farin E, Follert P, Jäckel WH (2002). Die Therapiezielfestlegung bei Patienten mit psychischen Belastungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 41: 389-400.

Glattacker M, Dudeck A, Dibbelt S, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B, Pollmann H, Jäckel WH (2009). Partizipative Vereinbarung von Rehabilitationszielen aus Patientensicht: Wunsch und Wirklichkeit. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 9. bis 11. März 2009 in Münster. *DRV-Schriften*, 83: 47-49.

Glattacker M, Dudeck A, Dibbelt S, Quatmann M, Schubmann R, Greitemann B, Jäckel WH (2011). Evaluation einer Intervention zur partizipativen Zielvereinbarung: Verändern sich zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der RehabilitandInnen? In: Deutsche Renten-

versicherung Bund (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum. *DRV-Schriften*, 93: 159-160.

Glattacker M, Dudeck A, Dibbelt S, Quatmann M, Greitemann B, Jäckel WH (2012). Reha-Ziele und Reha-Outcome: Evaluation der PARZIVAR-Intervention bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. *DRV-Schriften*, 98: 139-140.

Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED (2007). Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 78: 576-580.

Hurn J, Kneebone I, Cropley M (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*; 20: 756-772.

Korsukéwitz C (2008). Zielorientierung – Anspruch und Wirklichkeit in der Rehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg). Zielorientierung der Rehabilitation der Rentenversicherung. Band zum Reha-Forum der DRV Bund Nr. B1003. Berlin: DRV Bund, 70-90.

Kus S, Müller M, Strobl R, Grill E (2011). Patient goals in post-acute geriatric rehabilitation: goal attainment is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med*; 43: 156-161.

Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM (2006a). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation*; 28(12): 741-749.

Levack WMM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M (2006b). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*; 20: 739-755.

Machold CS, Plöttner G, Hardt E (2008). Therapieziele von Patienten mit Persönlichkeitsstörung (PKS) unter stationären Bedingungen. *Psychother Psych Med*; 58: PS8.

Michalak J, Grosse Holtforth M, Berking M (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*; 52(1): 6-15.

Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Die Rehabilitation*; 48: 128-134.

Meyerson KL & Kline KS (2009). Qualitative analysis of a mutual goal-setting intervention in participants with heart failure. *Heart Lung*; 38(1): 1-9.

Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen [u.a.]: 2011.

Müller M, Strobl R, Grill E (2011). Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med*; 43: 145-150.

Pohontsch N & Meyer T (2011). Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation - weiterhin eine Herausforderung. *Public Health Forum*; 19: 8.e1-8.e3.

Protz W, Gerdes N, Maier-Riehle B et al. (1998). Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 37 (Suppl 1): S24-S29.

Quatmann M, Dibbelt S, Dudeck A, Glattacker M, Greitemann B, Jäckel WH (2011). Zielvereinbarungen in der Rehabilitation: Verständnis und Handhabung des Begriffs „Reha-Ziele“ bei Ärzten und Patienten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bochum. *DRV-Schriften*, 93: 161-162.

Rietz I, Höder J, Josenhans J, Arlt AC (2001). Ziele von Patienten, Ärzten und Therapeuten in der stationären Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten. Abschlussbericht für den *vffr*.

Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*; 25(6): 501-514.

Schliehe F (2009). Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*; 48: 127.

Schut HA & Stam HJ (1994). Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation*; 16(4): 223-226.

Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van Wijck F (2012). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disabil Rehabil* [Epub ahead of print].

Vogel H, Tuschhoff Z, Zillessen E (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 11: 751-764.

Widera T, Klosterhuis H (2007). Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *RVaktuell*, 6: 177-182.

Worringen U. Was möchten Sie durch die Rehabilitation erreichen? In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Broschüre, "Rehabilitation - Was erwartet mich dort?", 10. Auflage, Nr. B1002. Berlin: 2008; 22-25

Wressle E, Eeg-Olofsson A-M, Marcusson J, Henriksson C (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med*; 34: 5-11.

14 Vorträge und Veröffentlichungen

Buchholz I, Glaser-Möller N, Kohlmann T (2012). Die Erfassung von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation – „Schicksal“ und Nutzen eines vorab versandten Fragebogens. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. *DRV-Schriften*, 98: 135-136.

Buchholz I, Glaser-Möller N, Kohlmann T (2012). Die Erfassung von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation – „Schicksal“ und Nutzen eines vorab versandten Fragebogens. Vortrag beim 21. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg.

Buchholz I & Kohlmann T (in press). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation – Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 2012; 51:1-11.

Buchholz I & Kohlmann T (eingereicht). Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität eines Fragebogens zur Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*.

Buchholz I & Kohlmann T. Projektvorstellung auf den Reha-Wissenschaftlichen Arbeitskreisen in Lübeck (23.2.2012) und Mecklenburg-Vorpommern (20.3.2012).

Buchholz I & Kohlmann T. Was möchten Patienten in der Rehabilitation erreichen? Eine Inhaltsanalyse freitextlich erfasster Zielformulierungen. Für das 22. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz eingereichter Beitrag.

Anhang I Patienteninformation

Hinweise und Erläuterungen zum Forschungsprojekt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

durch Ihren Rentenversicherungsträger wurde vorab geprüft, ob Sie für eine Teilnahme an unserer Befragung in Frage kommen. Dies ist der Fall. Daher erhalten Sie zusätzlich zu Ihren Bewilligungsunterlagen für Ihre Reha-Maßnahme den beiliegenden Fragebogen.

Hiermit bitten wir Sie herzlich um Unterstützung unseres Forschungsprojektes. Zunächst möchten wir Ihnen jedoch erklären, worum es in unserer Befragung geht.

Worum geht es in unserer Befragung?

Als Wissenschaftler des Instituts für Community Medicine an der Universität in Greifswald führen wir in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung eine Befragung durch. Befragt werden *1200 Rehabilitanden* der Deutschen Rentenversicherung Nord und Bund, die in einer von 16 Rehabilitationseinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns eine *orthopädische, onkologische oder psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme* antreten werden.

In unserer Studie soll untersucht werden, welche Ziele und Erwartungen Rehabilitanden an Ihren bevorstehenden Rehabilitationsaufenthalt haben. Dazu haben wir unterschiedliche Gruppen gebildet, die verschiedene Informationsmaterialien erhalten. Zusätzlich wollen wir Sie zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragen.

Darüber hinaus möchten wir Ihren Arzt bzw. Therapeuten bitten, den Nutzen der Informationsmaterialien einzuschätzen. Beurteilt werden soll, ob sich solche Materialien für die Anwendung im Klinikalltag als nützlich erweisen oder aber ob sie z.B. nur für bestimmte Patientengruppen hilfreich sind.

Um zu erfahren, wie sich Ihr Gesundheitszustand durch die Reha-Maßnahme verändert hat und wie zufrieden Sie mit Ihrem Rehabilitationsaufenthalt waren, werden wir uns am Ende der Reha-Maßnahme noch einmal mit einem ähnlichen Fragebogen an Sie wenden. Dieser wird Ihnen in der Klinik ausgehändigt.

Wie bereits gesagt, wollen wir Sie zwei Mal befragen: einmal jetzt und ein weiteres Mal am Ende Ihrer Maßnahme. Damit wir Ihre beiden Fragebögen einander zuordnen können, ohne Sie nach persönlichen Angaben, wie z.B. Ihrem Namen, zu fragen, wird von Ihrem behandelnden Arzt eine Nummer auf dem Fragebogen eingetragen. Diese setzt sich aus 7 Ziffern zusammen, wobei die ersten beiden Zahlen für die Klinik (01-16 teilnehmende Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns), die dritte Zahl für die Indikation (1-3 für Onkologie, Orthopädie, Psychosomatik) und die letzten vier Zahlen für die laufende Nummer stehen.

Beispielsweise wissen wir anhand der Nummer *10 2 0001*, dass dies ein Patient ist, der in Klinik Nummer *10* eine orthopädische Reha-Maßnahme (*2*) erhält und der erste eingeschlossene Studienpatient ist (*0001* von 1200 Befragten). Anhand der Nummer können wir *keine Rückschlüsse auf Ihre Person* ziehen! Sie ist allerdings für die Auswertung unbedingt erforderlich, da wir nur so die beiden Fragebögen einander zuordnen können.

Für das Beantworten der Fragen werden Sie ungefähr **20 Minuten** benötigen.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen vor der Reha-Maßnahme aus und bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die Rehabilitationseinrichtung mit! Vergessen Sie auch die beigefügte Einverständniserklärung nicht.

Datenschutz

Alle Ihre Angaben im Fragebogen sind nur den am Forschungsvorhaben beteiligten Wissenschaftlern sowie Ihrem behandelnden Arzt zugänglich und unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Ihre Einverständniserklärung verbleibt in der Klinik und wird unmittelbar nach Abschluss der Datenauswertung vernichtet. Die von Ihnen beantworteten Fragebögen werden in anonymisierter Form an das Institut für Community Medicine in Greifswald übermittelt und dort mit Hilfe eines Computers ausgewertet. Ihr Rentenversicherungsträger ist über die Durchführung des Projektes informiert. Er erhält anonymisierte Ergebnisse. Es wird nicht mitgeteilt, welche Patienten an der Studie teilgenommen haben oder nicht!

Freiwilligkeit

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Befragung **freiwillig**. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie die dem Fragebogen beigelegte Einverständniserklärung auf der letzten Seite unterschreiben. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, müssen Sie nichts unternehmen. Außerdem können Sie jederzeit, auch bei bereits erteilter Einwilligung, und ohne Angabe von Gründen, aus der Studie ausscheiden. Ihre Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Befragung hat keinen Einfluss auf die Durchführung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme!

Für den Erfolg der Untersuchung ist es allerdings besonders wichtig, dass möglichst viele der angesprochenen Patienten an der Befragung teilnehmen. Daher bitten wir Sie, unser Forschungsvorhaben zu unterstützen.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterin. Frau Ines Buchholz ist dienstags und donnerstags in der Zeit von 14.00-16.00 Uhr telefonisch (03834 / 86 77 80) oder per E-Mail (ines.buchholz@uni-greifswald.de) für Sie erreichbar.

Bitte bewahren Sie dieses **Informationsschreiben** auf, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben.

Vielen Dank!

Wichtiger Hinweis!

Es kann sein, dass Sie von Ihrer Klinik einen weiteren Fragebogen erhalten. Unsere Befragung erfolgt jedoch **unabhängig** von dieser Klinikbefragung! Bitte füllen Sie auch den Fragebogen der Klinik aus.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Forschungsteam der Universität Greifswald

Professor Dr. Thomas Kohlmann

Dipl.– Psych. Ines Buchholz

Anhang II Einverständniserklärung

Pat.-Nr.:

**Studientitel: „Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation:
Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg“**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich habe das dem Fragebogen beiliegende Informationsschreiben gelesen und bin über Zweck und Inhalt des Forschungsvorhabens informiert worden.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, etc.) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden. Im Zusammenhang mit der Untersuchung erhobene persönliche Daten werden anonymisiert und gelöscht, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr benötigt werden.

Mein Rentenversicherungsträger wurde über die Durchführung des Projektes informiert. Er erhält anonymisierte Ergebnisse, wird jedoch nicht darüber in Kenntnis gesetzt, ob ich an der Befragung teilnehme oder nicht.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist. Sofern ich nicht an der Befragung teilnehmen möchte, erwachsen mir daraus keinerlei Nachteile. Meine Entscheidung für eine Teilnahme bzw. Nichtteilnahme hat keinen Einfluss auf die Durchführung meiner Rehabilitationsmaßnahme. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, zurückziehen kann. Von mir bis dahin erhobene Daten werden in diesem Falle gelöscht.

Name des/r Teilnehmers/in in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des/r Teilnehmers/in

Pat.-Nr.:

Fragebogen für ein Forschungsprojekt!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Wissenschaftler des Instituts für Community Medicine an der Universität Greifswald führen wir gegenwärtig eine Befragung unter Rehabilitanden durch. Mit unserer Befragung wollen wir mehr über die Ziele und Erwartungen sowie den Gesundheitszustand von Patienten vor ihrer Rehabilitation erfahren.

Wir bitten Sie herzlich, unsere Befragung zu unterstützen!

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus und bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die Rehabilitationseinrichtung mit.

Weitere Informationen zum Inhalt und Ablauf der Befragung finden Sie auf dem beiliegenden Informationsblatt „Hinweise und Erläuterungen des Forschungsprojektes“.

Wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten, unterschreiben Sie bitte auch die beigefügte Einverständniserklärung und bringen Sie diese in Ihre Reha-Einrichtung mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Forschungsteam der Universität Greifswald

Professor Dr. Thomas Kohlmann

Dipl.– Psych. Ines Buchholz

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Institut für Community Medicine
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel. 03834 / 86 77 60

INFORMATIONEN ZU REHA-ZIELEN

Was möchten Sie durch die Rehabilitation erreichen?

In der Rehabilitationseinrichtung wird Ihr Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung mit Ihnen über *Ihre persönlichen Wünsche und Erwartungen* an die Rehabilitation sprechen. Das heißt darüber, was Sie in der Rehabilitation erreichen möchten. Dies dient dazu, die Behandlungen möglichst gut auf Ihre Bedürfnisse, Ihren Gesundheitszustand und Ihre persönliche Situation anzupassen.

Nachfolgend finden Sie einige Informationen und Hinweise darüber, auf welche Bereiche die therapeutischen Maßnahmen eines Rehabilitationsaufenthalts abzielen können.

Rehabilitationsziele können zum Beispiel sein:

- Verbesserung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. der Gelenkbeweglichkeit, Schmerzreduktion, Erhöhung der Ausdauerleistung, Zunahme der Muskelkraft),
- Besserung Ihrer seelischen Gesundheit (z.B. Entspannungsfähigkeit, bessere Stressbewältigung, Reduktion von Ängstlichkeit),
- Klärung Ihrer beruflichen Situation (z.B. Verbesserung der beruflichen Belastungsfähigkeit, Erwerb von Kenntnissen über Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsmittel am Arbeitsplatz),
- Erlernen von Fähigkeiten im Umgang mit Ihrer Erkrankung (z.B. Schmerzbewältigung),
- Verbesserung Ihres Informationsstandes (z.B. Informationen über Ihre Erkrankung und deren Behandlung, Kontakte zu Betroffenen, Hilfe bei sozialen und rechtlichen Fragen),
- Erlernen von Techniken der Selbstkontrolle (z.B. Messung von Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung),
- Veränderung von Lebensgewohnheiten (z.B. Tabakentwöhnung, Ernährungsumstellung, lernen, wie ich meinen Tag besser strukturieren kann, lernen, weniger Medikamente/Alkohol zu konsumieren),
- Alltagsbezogene Veränderungen (z.B. besser Treppen steigen können, selbstständig den Haushalt führen können, mich allein an-/auskleiden können, Verkehrsmittel besser nutzen können),
- Hobbys/Freizeit (beispielsweise Freizeitaktivitäten besser bzw. wieder ausüben können).

Zielefragebogen

Im Folgenden sind einige Bereiche aufgezählt, aus denen Rehabilitationsziele stammen können.

Bitte teilen Sie uns mit, welche Ziele für Sie persönlich am wichtigsten sind. Tragen Sie dazu *Ihre eigenen Ziele* so genau wie möglich ein!

Beantworten Sie die Fragen nicht mit „ja“ oder „nein“ oder durch Ankreuzen!
Bereiche, in denen Sie keine Ziele haben, lassen Sie bitte frei.

Bereich 1) Körperliche Leistungsfähigkeit:

Bereich 2) Seelische Gesundheit:

Bereich 3) Berufsbezogene Ziele:

Bereich 4) Krankheitsbezogene Ziele:

Bereich 5) Veränderung von Lebensgewohnheiten:

Bereich 6) Alltag und Freizeit:

Bereich 7) Sonstige Rehabilitationsziele:

Wenn Sie mehrere Rehabilitationsziele genannt haben, welches sind die 3 wichtigsten für Sie?

1. _____

2. _____

3. _____

Gesundheitsfragebogen

In diesem Fragebogen geht es um die Beschreibung Ihres Gesundheitszustandes.
Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im
Alltag zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das Kästchen an , das am besten auf Sie zutrifft.

Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie alle Fragen!

	ausge- zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?* Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, über- haupt nicht eingeschränkt
a. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund **seelischer** Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	über- haupt nicht	ein biss- chen	mäßig	ziemlich	sehr
Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergange- nen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist.

	immer	meis- tens	ziem- lich oft	manch- mal	selten	nie
Wie oft waren Sie <u>in der vergangenen Woche</u> ...						
a. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meis- tens	manch- mal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in der vergangenen Woche</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freun- den, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie zum Schluss noch die folgenden Fragen:

- Datum: _____
- Ihr Geschlecht?
männlich
weiblich
- In welchem Jahr wurden Sie geboren? 19 _____
- Wie ist Ihr Familienstand?
ledig geschieden / getrennt lebend
verheiratet / mit Partner lebend.... verwitwet
- Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
keinen Schulabschluss Fachabitur
Hauptschule / Volksschule..... Abitur.....
Realschule / Mittlere Reife Erweiterte Oberschule (EOS)
Polytechnische Oberschule anderen Schulabschluss.....

6. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| ja, ganztags | <input type="checkbox"/> | arbeitslos / erwerbslos | <input type="checkbox"/> |
| ja, mindestens halbtags | <input type="checkbox"/> | Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> |
| ja, weniger als halbtags | <input type="checkbox"/> | Altersrente | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> | anderes | <input type="checkbox"/> |
| in Ausbildung | <input type="checkbox"/> | | |

7. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Arbeiter | <input type="checkbox"/> | Selbstständiger | <input type="checkbox"/> |
| Angestellter | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| Beamter | <input type="checkbox"/> | nie berufstätig gewesen | <input type="checkbox"/> |

8. Wie groß ist die Stadt oder Gemeinde, in der Sie wohnen?

- Großstadt (bis 500.000 Einwohner)
- Mittelgroße Stadt (bis 100.000 Einwohner)
- Kleinstadt (bis 20.000 Einwohner)
- Ländliche Gemeinde (bis 1.000 Einwohner)
- Dorf (bis 500 Einwohner)

9. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

- An _____ Tagen
- nicht krankgeschrieben
- nicht zutreffend*
- * z.B. wenn Hausfrau/-mann, selbstständig, in Rente

10. Haben Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt oder beabsichtigen Sie, einen solchen Antrag zu stellen?

- ja
- nein

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung in unserem Forschungsprojekt und wünschen Ihnen einen erfolgreichen Reha-Aufenthalt!

Bitte sehen Sie jetzt den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vergessen Sie nicht, die beiliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Andernfalls können wir Ihre im Fragebogen gemachten Angaben bei der Studie nicht berücksichtigen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen und die Einverständniserklärung zur Aufnahmeuntersuchung in die Rehabilitationseinrichtung mit.

Anhang IV Fragebogen T₁



Institut für Community Medicine
Abteilung Methoden
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Walther-Rathenau-Str. 48
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867760

Pat.-Nr.:

Fragebogen Teil II zum Forschungsprojekt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Antritt der Rehabilitation haben Sie an unserer Befragung teilgenommen. Dafür möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal herzlich bei Ihnen bedanken!

Wie bereits zu Beginn unserer Studie angekündigt, wollen wir Sie noch ein weiteres Mal befragen.

Hiermit bitten wir Sie herzlich, uns bei unserem Forschungsvorhaben durch das Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.

Worum geht es in der zweiten Befragung?

Mit diesem Fragebogen möchten wir gerne von Ihnen erfahren, inwieweit Ihre eigenen „Reha-Ziele“ Ihrer Ansicht nach bislang zur Sprache gekommen sind und was Sie in diesem Zusammenhang von den Ärzten in der Klinik oder auch von anderen Behandlerinnen und Behandlern erwarten oder erwartet haben.

Darüber hinaus wollen wir Ihnen Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand stellen.

Für die Beantwortung der Fragen auf den folgenden Seiten benötigen Sie ca. 15 Minuten.

Für den Erfolg unseres Forschungsprojektes ist es besonders wichtig, dass möglichst viele der angesprochenen Patienten auch an dieser zweiten Befragung teilnehmen.

Datenschutz

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Befragung wiederum **freiwillig!** Aus einer Nichtteilnahme erwachsen Ihnen keine Nachteile.

Wie bisher werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und sind nur den am Forschungsvorhaben beteiligten Wissenschaftlern zugänglich. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Sie werden in anonymisierter Form ausgewertet. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Sie haben die Möglichkeit, den ausgefüllten Fragebogen in dem beiliegenden Umschlag abzugeben, sodass Ihre Angaben von Mitarbeitern der Klinik **nicht eingesehen** werden können.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterin. Frau Ines Buchholz ist per E-Mail (ines.buchholz@uni-greifswald.de) oder dienstags und donnerstags in der Zeit von 14.00-16.00 Uhr telefonisch (03834/867780) für Sie erreichbar.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Bei der Beantwortung der Fragen gibt es kein „richtig“ oder „falsch“. Uns interessiert Ihre ganz persönliche Meinung.
- Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen setzen.
- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. **Lassen Sie dabei keine Frage aus**, außer Sie werden ausdrücklich dazu aufgefordert.

Im Folgenden geht es darum, inwieweit Ihre Reha-Ziele zu verschiedenen Anlässen während der Rehabilitation zur Sprache gekommen sind.

Haben Sie sich vor **Beginn** Ihrer Rehabilitation mit Reha-Zielen beschäftigt? ja nein

Wie hilfreich waren für Sie die Informationen zu Reha-Zielen in unserem Fragebogen? sehr hilfreich ein wenig hilfreich überhaupt nicht hilfreich vollkommen überflüssig

Haben Sie mit Ihrem Arzt/Therapeuten zu Beginn der Rehabilitation über Ziele Ihrer Rehabilitation („Reha-Ziele“) gesprochen? ja nein

Wenn ja, ...

Wann hat Ihr Arzt/Therapeut Reha-Ziele mit Ihnen besprochen?
(mehrere Antworten möglich)

im Aufnahme gespräch	in einem separaten Gespräch	während der Visite	während der Behandlung	zu einem anderen Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Arzt/Therapeut Sie nach Ihren persönlichen/eigenen Zielen gefragt? ja nein

Wenn nein, fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen bitte auf **Seite 3** fort.

Hat Ihr Arzt/Therapeut zu Beginn der Rehabilitation mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Rehabilitation vereinbart? ja nein

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit den Reha-Zielen, die Ihr Arzt/Therapeut mit Ihnen vereinbart hat? sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Haben andere Behandler (außer Ihrem Arzt/Therapeuten) zu *Beginn* Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Reha-Ziele gesprochen? ja nein

Wer hat Ihrer Ansicht nach die Ziele Ihrer Rehabilitation bestimmt? der Arzt ich der Arzt und ich gemeinsam andere Behandler

Sind Sie zu *Reha-Beginn* ausreichend an der Vereinbarung der Reha-Ziele beteiligt worden? ja, voll und ganz nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte nein, ich wollte/ brauchte das nicht

	ja, völlig	eher ja	eher nein	nein, gar nicht
Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre persönlichen Ziele für die Rehabilitation mit denen des Arztes/Therapeuten übereinstimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihr Arzt/Therapeut oder andere Behandler Ihnen erklärt, welche Therapien veranlasst wurden, um Ihre Reha-Ziele zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass die Behandlungen während der Rehabilitation auf Ihre Reha-Ziele abgestimmt waren, d.h. zu den Reha-Zielen „passten“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass auch andere Behandler, z.B. Physiotherapeuten oder Pflegekräfte, über Ihre Reha-Ziele informiert waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesamte Rehabilitation denken:
 Kennen Sie jetzt, *am Ende der Rehabilitation*, die Reha-Ziele, die Ihr Arzt und die Therapeuten und Behandler im Verlauf der Rehabilitation mit Ihnen verfolgt haben? ja teilweise nein

Wie zufrieden sind Sie insgesamt damit, wie Ihre persönlichen Ziele während der Rehabilitation berücksichtigt wurden? sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Hätten Sie sich jetzt, *bei Reha-Ende*, noch mehr Informationen zu Reha-Zielen gewünscht? ja nein

Wie <u>wichtig</u> ist es <u>Ihnen persönlich</u> , ...	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt
dass bei Rehabilitationsbeginn Ziele für die Rehabilitation festgelegt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass bei Reha-Ende Ziele <u>für die Zeit nach der Rehabilitation</u> festgelegt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie zur weiteren Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes zuhause die besprochenen Ziele weiter verfolgen werden?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie bewerten Sie die ärztliche Betreuung während der Rehabilitation?	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Therapeut hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Therapeut nahm sich zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?

Wenn Sie diese als „sehr schlecht“ einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als „ausgezeichnet“ einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr schlecht **ausgezeichnet**

Gesundheitsfragebogen

In diesem Fragebogen geht es um die Beschreibung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das Kästchen an , das am besten auf Sie zutrifft.

Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie alle Fragen!

	ausge- zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?*

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, über- haupt nicht eingeschränkt
a. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund **seelischer** Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	über- haupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziem- lich	sehr
Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist.

	immer	meis- tens	ziemlich oft	manch- mal	selten	nie
Wie oft waren Sie <u>in der vergangenen Woche</u> ...						
a. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meis- tens	manch- mal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in der vergangenen Woche</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte sehen Sie jetzt den Fragebogen erneut durch und überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen im geschlossenen Umschlag vor Ihrer Abreise in der Klinik ab.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung in unserem Forschungsprojekt und wünschen Ihnen alles Gute!

Anhang V Hinweisblatt der Interventionsgruppe

Studie: Definition von Reha-Zielen

STUDIENPATIENT

Reha-Ziele-Fragebogen-Gruppe

Pat.-Nr.:

(bitte vom Dokumentationsbogen übertragen)

Anhang V Hinweisblatt der Kontrollgruppe

Studie: Definition von Reha-Zielen

STUDIENPATIENT

Gesundheitsfragebogen-Gruppe

Pat.-Nr.:

(bitte vom Dokumentationsbogen übertragen)

Anhang VII Fragebogen zu Nutzen und Praktikabilität

Nutzen und Praktikabilität des Reha-Ziele-Fragebogens

Allgemeine Angaben

Geschlecht männlich weiblich

Alter _____ Jahre

Sie sind Arzt/Ärztin Psychologe/in Therapeut/in sonstiges _____

Abteilung Orthopädie Onkologie Psychosomatik

Berufserfahrung _____ Jahre

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte des **Nutzens** und der **Praktikabilität** des Reha-Ziele-Fragebogens (s.S.3). **Bitte beurteilen Sie rückblickend, wie Sie die Handhabung des Reha-Ziele-Fragebogens im Aufnahmegespräch wahrgenommen haben.** Beziehen Sie Ihre Aussagen dabei auf Ihre mit den Studienpatienten gemachten Erfahrungen, d.h. beurteilen Sie die aufgeführten Aspekte vergleichend mit Ihren sonstigen klinischen Erfahrungen.

Allgemeine Praktikabilität

	ja	eher ja	teils/ teils	eher nein	nein
Der Fragebogen lässt sich <i>zeitlich gut</i> ins Aufnahmegespräch <i>integrieren</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <i>Inhalte</i> des Fragebogens sind für das Aufnahmegespräch <i>relevant</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Format und Aufbau</i> des Fragebogens sind für das Aufnahmegespräch <i>geeignet</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientenbezogene Praktikabilität

Der Fragebogen...	ja	eher ja	teils/ teils	eher nein	nein
... ist zu lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist für die meisten Patienten zu anspruchsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eignet sich nur für bestimmte Patientengruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird von den meisten Patienten gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Rehabilitanden...	ja	eher ja	teils/ teils	eher nein	nein
... reagieren positiv auf den Fragebogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind gut mit dem Antwortformat (Freitext) zurechtgekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben sich Gedanken über ihre Reha-Ziele gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind mit der Beantwortung der Fragen überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... können keine eigenen Ziele benennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind durch den Fragebogen besser mit der Thematik der „Reha-Ziele“ vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutzen für das Behandlungsteam

Der Fragebogen...	ja	eher ja	teils/ teils	eher nein	nein
... ist ein hilfreiches Instrument zum Erarbeiten individueller Reha-Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fördert die Patientenzufriedenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ermöglicht eine bessere Abstimmung der Therapie mit den Wünschen und Zielen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erleichtert die Abstimmung der Ziele im Behandlungsteam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist eine Dokumentationshilfe/spart Zeit für die Dokumentation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erschwert die Arzt-Patienten-Kommunikation, z.B. bei auftretenden Zieldiskrepanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ermöglicht es, Motivation und Informationsstand des Patienten einzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht die Ziele des Rehabilitanden für das Behandlungsteam transparent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutzen für den Rehabilitanden

	ja	eher ja	teils/ teils	eher nein	nein
Die Zielangaben der Rehabilitanden sind konkreter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zielvorstellungen der Rehabilitanden sind realistischer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Rehabilitanden sind motivierter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Fragebogen fördert die Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient übernimmt mehr Eigenverantwortung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben wir etwas vergessen?

Bitte teilen Sie uns Ihre mit dem Reha-Ziele-Fragebogen gemachten Erfahrungen mit. Wir freuen uns auf Ihre Anregungen, Hinweise und Eindrücke. Sie können sich auch an den folgenden Fragen orientieren:

- Gibt es Merkmale/Gruppen von Rehabilitanden, für die Sie den Einsatz des Ziele-Fragebogens besonders empfehlen bzw. davon abraten würden?
- Ist das Informationsschreiben zu Reha-Zielen (Fragebogen 1) für Rehabilitanden geeignet? Falls nicht, was müsste berücksichtigt oder verändert werden? Wie kann der Fragebogen zu Reha-Zielen verbessert werden?
- Welche Schwierigkeiten sehen Sie in der Anwendung des Ziele-Fragebogens?

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit!

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung unseres
Forschungsprojektes!**



Deutsche
Rentenversicherung



Anhang VIII Tabellen mit weiteren (ausführlichen) Ergebnisdarstellungen

Tabelle A1 Anzahl der von der DRV Nord von November 2010 bis Juli 2011 versandten Studienunterlagen									
Indikation	Onkologie			Orthopädie			Psychosomatik		
Gruppe	KG	IG	Σ	KG	IG	Σ	KG	IG	Σ
	77	79	156	116	113	229	115	113	228
November 2010	8	5	13	4	6	10	7	9	16
Dezember 2010	3	3	6	19	18	37	1	12	18
Januar 2011	9	10	19	14	16	30	15	17	32
Februar 2011	13	6	19	19	15	34	18	10	28
März 2011	17	16	33	22	20	42	23	23	46
April 2011	7	8	15	20	20	40	13	17	30
Mai 2011	15	21	36	16	13	29	28	19	37
Juni 2011	5	8	13	2	5	7	5	6	11
Juli 2011	0	2	2						
Σ IG									308
Σ KG									305
Σ Gesamt									613

Tabelle A2 Anzahl der von der DRV Bund von Februar - August 2011 versandten Studienunterlagen			
Rehabilitationseinrichtung	KG	IG	Σ
Reha- Zentrum Ückeritz Klinik „Ostseeblick“	206	218	424
Rehabilitationsklinik Göhren	23	30	53
AKG Reha- Zentrum Graal Müritz	131	149	280
Median Klinik Bad Sülze	17	31	48
MediClin Reha- Zentrum Plau am See	22	44	66
MediClin Dünenwald Klinik Trassenheide	154	118	272
„Moorbad“ Bad Doberan	149	150	289
Median Klinik Heiligendamm	32	54	86
AHG Klinik Waren (Müritz)	161	187	348
Reha- Klinik „Garder See“ GmbH, Lohmen	24	44	68
KMG Klinik Silbermühle GmbH, Plau am See	39	36	75
Rehazentrum Schwerin	76	74	150
Σ	1.034	1.135	2.169

Tabelle A3 Rücklauf der Studienunterlagen nach Indikation und Träger

	versandt	zurück	versandt	zurück	versandt	zurück	Zzgl. derjenigen 110, von denen wir keine Angaben zum Träger und/oder zur Indikation haben.
Indikation	DRV Nord		DRV Bund		Gesamt		
Onkologie	156	94	558	272	714	675	
Orthopädie	229	144	1.177	531	1.406	366	
Psychosomatik	228	81	434	187	662	268	
Gesamt	613	319	2.169	990	2.782	1.309	1.419

Anmerkungen: $\chi^2(7)=16,058$, $p<0,05$.

Tabelle A4 Prozentualer Rücklauf der Studienunterlagen nach Indikation und Träger

Indikation	DRV Nord	DRV Bund	Gesamt
Onkologie	60,3%	48,7%	57,6%
Orthopädie	62,9%	45,1%	49,5%
Psychosomatik	35,5%	43,1%	46,2%
Gesamt	52,0%	45,6%	50,8%*

Anmerkungen: zzgl. 3,6% Gesamtrücklauf. Bei diesen Studienpatienten hatten wir keine Angaben zum Träger und/oder zur Indikation. Der Rücklauf beträgt somit 54,4%. Irgendein Bestandteil der Unterlagen ist bei uns aufgetaucht (z.B. nur T₀-Patientenfragebogen oder nur Dokumentationsbogen); umgekehrt: 1-dem angegebenen Prozentwert ist der Anteil der Studienunterlagen, über den wir nichts wissen.

Tabelle A5 Stichprobenmerkmale nach Gruppenzugehörigkeit					
		IG	KG	p-Wert	Effekt
Anzahl	N	456	470		
RV-Träger	DRV Bund	360 (78,9)	364 (77,4)	0,580	0,018
	DRV Nord	96 (21,1)	106 (22,6)		
Indikation	Orthopädie	218 (47,8)	243 (51,7)	0,163	0,063
	Onkologie	137 (30,0)	146 (31,1)		
	Psychosomatik	101 (22,1)	81 (17,2)		
Alter	M ± SD, in Jahren	53,3 ± 9,5	54,1 ± 9,9	0,237	0,078
Geschlecht (%)	Mann	110 (24,2)	99 (21,3)	0,288	0,035
	Frau	344 (75,8)	366 (78,7)		
Beruf (%)	Arbeiter	67 (15,1)	90 (19,7)	0,390	0,076
	Angestellter	354 (79,9)	348 (76,1)		
	Selbstständiger	17 (3,8)	13 (2,8)		
	anderes	5 (1,1)	6 (1,3)		
Erwerbstätigkeit (%)	ja, ganztags	212 (47,9)	216 (47,4)	0,640	0,082
	ja, mindestens halbtags	68 (15,3)	67 (14,7)		
	ja, weniger als halbtags	6 (1,4)	11 (2,4)		
	Hausfrau/-mann	4 (0,9)	5 (1,1)		
	in Ausbildung	0 (0,0)	2 (1,4)		
	erwerbs-/arbeitslos	50 (11,3)	42 (9,2)		
	EU-/BU-Rente	17 (3,8)	18 (3,9)		
	Altersrente	43 (9,7)	56 (12,3)		
anderes	43 (9,7)	39 (8,6)			
Schulabschluss (%)	EOS, (Fach-) Abitur	89 (20,1)	85 (18,7)	0,349	0,061
	POS, mittlere Reife/Realschule	270 (61,1)	272 (59,8)		
	Hauptschule/kein Schulabschluss	48 (10,9)	67 (14,7)		
	Anderer Abschluss	35 (7,9)	31 (6,8)		
Familienstand (%)	ledig	46 (10,2)	43 (9,2)	0,906	0,025
	verheiratet/mit Partner lebend	311 (69,1)	318 (68,4)		
	geschieden/getrennt lebend	62 (13,8)	70 (15,1)		
	Verwitwet	31 (6,9)	34 (7,3)		
Subjektive Gesundheit	Δ PSK (M ± SD)	6,16 ± 10,1	6,13 ± 9,6	0,963	0,004
	Δ KSK (M ± SD)	3,60 ± 7,1	3,32 ± 7,9	0,635	0,036
Krankentage ¹	M ± SD (in Tagen)	86,62 ± 109,5	97,63 ± 113,1	0,199	0,098
Rentantragsteller ²	% „ja“	29 (8,8)	34 (10,1)	0,566	0,022

Anmerkungen: N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung, PSK psychische Summenskala des SF-12, KSK körperliche Summenskala des SF-12, ¹bezogen auf die letzten 12 Monate, ² nur Erwerbsfähige, Item: „Haben Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt oder beabsichtigen Sie, einen solchen Antrag zu stellen?“.

Tabelle A6 Häufigste Diagnosen nach Indikation

	Diagnose	N	%	Gesamt N (%)
Orthopädie (N=696)	M53	153	22,0	449 (64,6)
	M54	251	36,1	
	M51	45	6,5	
Onkologie (N=411)	C18	17	4,1	235 (57,1)
	C20	14	3,4	
	C50	204	49,6	
Psychosomatik (N=306)	F32	106	34,6	217 (71,0)
	F33	58	19,0	
	F45	28	9,2	
	F43	25	8,2	
Gesamt		901	63,77	

Tabelle A7 Verteilung der häufigsten Diagnosen nach RV-Träger

Diagnose	DRV Bund (N=995)		DRV Nord (N=313)	
	N	%	N	%
C 50	176	17,7	22	6,9
M53	129	13,0	22	6,9
M54	185	18,6	60	18,8
F 32	59	5,9	34	10,7
F 33	41	4,1	12	3,8
Gesamt	590	59,3	150	47,1

Tabelle A8 Verteilung der häufigsten Diagnosen nach Geschlecht

Diagnose	Männer (N=212)		Frauen (N=715)	
	N	%	N	%
C50	4	1,9	164	22,9
M54	49	23,1	113	15,8
M53	16	7,5	88	12,3
F32	12	5,7	52	7,3
F33	10	4,7	26	3,6
Gesamt	91	42,9	443	61,9

Tabelle A9 Verteilung der häufigsten Diagnosen nach Gruppe

Diagnose	Interventionsgruppe (N=682)		Kontrollgruppe (N=635)	
	N	%	N	%
C50	100	14,7	98	15,4
M53	65	9,5	86	13,5
M54	127	18,6	118	18,6
F32	52	7,6	41	6,5
F33	31	4,5	23	3,6
Gesamt	375	54,9	366	57,6

Tabelle A10 Stichprobenmerkmale nach Rentenversicherungsträger					
		DRV Nord (N=724)	DRV Bund (N=202)	p-Wert	Effekt
Indikation	Orthopädie	370 (51,1)	91 (45,0)	0,139	0,065
	Onkologie	221 (30,5)	62 (30,7)		
	Psychosomatik	133 (18,4)	49 (24,3)		
Gruppe	Intervention	360 (49,7)	96 (47,5)	0,580	0,018
	Kontrollen	364 (50,3)	106 (52,5)		
Alter	M ± SD, in Jahren	53,7 ± 9,8	53,6 ± 9,4	0,801	0,020
Geschlecht (%)	Mann	110 (15,3)	99 (49,3)	<0,001	0,335
	Frau	608 (84,7)	102 (50,7)		
Beruf (%)	Arbeiter	29 (4,1)	128 (65,0)	<0,001	0,669
	Angestellter	642 (91,3)	60 (30,5)		
	Selbstständiger	25 (3,6)	5 (2,5)		
	anderes	6 (0,9)	4 (2,0)		
Erwerbstätigkeit (%)	mind. halbtags erwerbstätig	476 (67,3)	87 (45,3)	<0,001	0,218
	erwerbs-/arbeitslos	52 (7,4)	40 (20,8)		
	nicht erwerbstätig	179 (25,3)	65 (33,9)		
Schulabschluss (%)	EOS, (Fach-) Abitur	165 (23,6)	9 (4,6)	<0,001	0,238
	POS, mittlere Reife/Realschule	402 (57,4)	140 (71,1)		
	Hauptschule, kein Schulabschluss	74 (10,6)	41 (20,8)		
	Anderer Abschluss	59 (8,4)	7 (3,6)		
Familienstand (%)	ledig	66 (9,2)	23 (11,5)	0,065	0,089
	verheiratet/mit Partner lebend	490 (65,5)	139 (69,5)		
	geschieden/getrennt lebend	113 (15,8)	19 (9,5)		
	Verwitwet	46 (6,4)	19 (9,5)		
Psychischer Summenwert (SF-12)	T ₀ (M ± SD)	41,68 ± 12,2	41,88 ± 12,8	0,849	0,016
	T ₁ (M ± SD)	49,29 ± 11,6	44,66 ± 12,6	<0,001	0,392
	Δ (M ± SD)	7,01 ± 9,6	3,11 ± 10,3	<0,001	0,400
Körperlicher Summenwert (SF-12)	T ₀ (M ± SD)	36,75 ± 9,1	34,47 ± 8,8	0,002	0,253
	T ₁ (M ± SD)	40,34 ± 9,0	38,63 ± 9,8	0,048	0,185
	Δ (M ± SD)	3,39 ± 7,5	3,69 ± 7,8	0,671	0,040
Krankentage ¹	M ± SD (in Tagen)	84,1 ± 108,4	122,5 ± 117,4	0,001	0,347
Renten Antragsteller ²	% „ja“	39 (7,3)	24 (19,5)	<0,001	0,162

Anmerkungen: N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung, ¹bezogen auf die letzten 12 Monate, ² nur Erwerbsfähige, Item: „Haben Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt oder beabsichtigen Sie, einen solchen Antrag zu stellen?“.

Tabelle A11 Stichprobenmerkmale nach Indikation						
		Orthopädie (N=461)	Onkologie (N=283)	Psycho- somatik (N=182)	p-Wert	Effekt
RV-Träger	DRV Nord DRV Bund	370 (80,3) 91 (19,7)	221 (78,1) 62 (21,9)	133 (73,1) 49 (26,9)	0,139	0,065
Gruppe	Intervention Kontrollen	218 (47,3) 243 (52,7)	137 (48,4) 146 (51,6)	101 (55,5) 81 (44,5)	0,163	0,063
Alter	M ± SD, in Jahren	52,0 ± 7,8	59,4 ± 10,6	49,2 ± 8,5	<0,001	1,382
Geschlecht (%)	Mann Frau	120 (26,3) 337 (73,7)	53 (18,9) 227 (81,1)	36 (19,8) 146 (80,2)	0,040	0,084
Beruf (%)	Arbeiter Angestellter Selbstständiger anderes	87 (19,0) 358 (78,2) 13 (2,8) /	41 (15,6) 199 (76,0) 13 (5,0) 9 (3,5)	29 (16,1) 145 (80,6) 4 (2,2) 2 (1,2)	0,001	0,179
Erwerbstätigkeit (%)	mind. halbtags erwerbstätig erwerbs-/arbeitslos nicht erwerbstätig	350 (77,4) 46 (10,2) 56 (12,4)	97 (35,8) 16 (5,9) 158 (58,3)	116 (65,9) 30 (17,0) 30 (17,0)	<0,001	0,472
Schulabschluss (%)	EOS, (Fach-) Abitur POS, mittlere Reife/Realschule Hauptschule, kein Schulabschluss Anderer Abschluss	83 (18,5) 288 (64,1) 51 (11,4) 27 (6,0)	54 (20,0) 139 (51,5) 48 (17,0) 31 (11,5)	37 (20,8) 115 (64,6) 18 (10,1) 8 (4,5)	0,002	0,151
Familienstand (%)	ledig verheiratet/mit Partner lebend geschieden/getrennt lebend Verwitwet	50 (11,0) 326 (71,5) 62 (13,6) 18 (3,9)	15 (5,4) 194 (69,3) 62 (13,6) 18 (3,9)	24 (13,4) 109 (60,9) 39 (21,8) 7 (3,9)	<0,001	0,232
Psychischer Summenwert (SF-12)	T ₀ (M ± SD) T ₁ (M ± SD) Δ (M ± SD)	43,9 ± 11,9 49,6 ± 11,6 5,7 ± 9,5	44,6 ± 11,3 49,8 ± 11,2 4,8 ± 9,4	31,9 ± 9,7 41,7 ± 12,1 9,8 ± 10,6	<0,001 <0,001 <0,001	1,714 1,144 0,729
Körperlicher Summenwert (SF-12)	T ₀ (M ± SD) T ₁ (M ± SD) Δ (M ± SD)	33,8 ± 7,9 37,9 ± 8,3 3,8 ± 6,7	37,3 ± 8,6 40,4 ± 8,9 2,8 ± 7,3	40,9 ± 10,2 45,0 ± 10,4 3,6 ± 9,8	<0,001 <0,001 0,356	1,027 1,040 0,147
Krankentage ¹	M ± SD (in Tagen)	61 ± 82	126 ± 134	142 ± 128	<0,001	3,687
Rentantragsteller ²	% „ja“	34 (8,5)	14 (12,2)	15 (10,6)	0,441	0,050

Anmerkungen: N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung, ¹bezogen auf die letzten 12 Monate, ² nur Erwerbsfähige, Item: „Haben Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt oder beabsichtigen Sie, einen solchen Antrag zu stellen?“.

Tabelle A12 Individualbeurteilung des Nutzens des Zielefragebogens (%)							
Item		Orthopädie	Onkologie	Psychosomatik	Gesamt	p-Wert	ω
War der Fragebogen hilfreich bei der Findung der Ziele des Patienten?	ja	29,6	35,1	13,2	26,5	<0.001	0,350
	eher ja	21,8	28,8	28,9	25,7		
	teils/teils	37,4	25,2	22,4	31,0		
	eher nein	8,4	7,2	15,8	9,4		
	nein	2,8	3,6	19,7	7,4		
War der Fragebogen hilfreich für die Behandlungsplanung?	ja	26,8	34,2	18,4	25,7	<0.001	0,358
	eher ja	18,4	33,3	21,1	24,4		
	teils/teils	33,5	18,0	18,4	26,2		
	eher nein	15,6	9,9	17,1	13,2		
	nein	5,6	4,5	25,0	10,4		
Wurden die Ziele bei der Behandlungsplanung berücksichtigt?	ja	45,3	67,3	47,4	52,2	<0.001	0,322
	eher ja	35,2	27,3	19,7	29,8		
	teils/teils	13,4	4,5	15,8	11,5		
	eher nein	4,5	0,0	7,9	3,6		
	nein	1,7	0,9	9,2	3,1		
Konnten die Ziele (in der Behandlung) umgesetzt werden?	ja	29,2	46,4	21,3	32,0	<0.001	0,298
	eher ja	48,9	39,1	34,7	43,2		
	teils/teils	15,7	11,8	34,7	18,9		
	eher nein	5,1	1,8	5,3	4,1		
	nein	1,1	0,9	4,0	1,8		
War der Zielefragebogen für diese konkrete Reha-Maßnahme von Nutzen?	ja	24,0	37,3	14,5	24,7	<0.001	0,352
	eher ja	24,0	21,8	25,0	24,0		
	teils/teils	22,3	29,1	21,1	24,2		
	eher nein	24,6	8,2	17,1	17,6		
	nein	5,0	3,6	22,4	9,4		

Anmerkungen: Angaben für N=366 Patienten der Interventionsgruppe.

Tabelle A13 Individualbeurteilung des Nutzens des Zielefragebogens (%)							
Item		Orthopädie	Onkologie	Psychosomatik	Gesamt	p-Wert	ω
War der Fragebogen hilfreich bei der Findung der Ziele des Patienten?	(eher) ja	51,4	64,0	42,1	53,3	<0,001	0,296
	teils/teils	37,4	25,2	22,4	30,6		
	(eher) nein	11,2	10,8	35,5	16,1		
War der Fragebogen hilfreich für die Behandlungsplanung?	(eher) ja	45,3	67,6	39,5	50,8	<0,001	0,300
	teils/teils	33,5	18,0	18,4	25,7		
	(eher) nein	21,2	14,4	42,1	23,5		
Wurden die Ziele bei der Behandlungsplanung berücksichtigt?	(eher) ja	80,4	94,5	67,1	81,9	<0,001	0,278
	teils/teils	13,4	4,5	15,8	11,2		
	(eher) nein	6,1	0,9	17,1	6,8		
Konnten die Ziele (in der Behandlung) umgesetzt werden?	(eher) ja	78,1	85,5	56,0	75,8	<0,001	0,251
	teils/teils	15,7	11,8	34,7	18,5		
	(eher) nein	6,2	2,7	9,3	5,8		
War der Zielefragebogen für diese konkrete Reha-Maßnahme von Nutzen?	(eher) ja	48,0	59,1	39,5	49,6	<0,001	0,233
	teils/teils	22,3	29,1	21,1	24,1		
	(eher) nein	29,6	11,8	39,5	26,3		

Anmerkungen: Angaben für N=366 Patienten der Interventionsgruppe.

Tabelle A14 Individualbeurteilung des Nutzens des Zielefragebogens (%)

Item		(eher) ja	teils/teils	(eher) nein	p-Wert	ω
War der Fragebogen hilfreich bei der Findung der Ziele des Patienten?	DRV Bund	52,2	33,0	14,8	0.136	0,104
	DRV Nord	58,1	21,6	20,3		
War der Fragebogen hilfreich für die Behandlungsplanung?	DRV Bund	51,2	26,8	22,0	0.435	0,068
	DRV Nord	50,0	21,6	28,4		
Wurden die Ziele bei der Behandlungsplanung berücksichtigt?	DRV Bund	81,4	12,7	5,8	0.133	0,105
	DRV Nord	84,9	5,5	9,6		
Konnten die Ziele (in der Behandlung) umgesetzt werden?	DRV Bund	73,8	21,0	5,2	0.035	0,136
	DRV Nord	83,3	8,3	8,3		
War der Zielefragebogen für diese konkrete Reha-Maßnahme von Nutzen?	DRV Bund	48,3	25,2	26,6	0.522	0,059
	DRV Nord	55,4	20,3	24,3		

Anmerkungen: Angaben für N=365 Patienten der Interventionsgruppe.

Tabelle A15 Globalbeurteilung des Zielefragebogens (%)

Item		Orthopädie	Onkologie	Psychosomatik	Gesamt	Cohen's ω	p-Wert
Der FB lässt sich zeitlich gut in das Aufnahmegespräch integrieren.	(eher) ja	47,4	57,1	36,8	45,1	0,596	<0.05
	teils/teils	36,8	28,6	5,3	23,5		
	(eher) nein	15,8	14,3	57,9	31,3		
Die Inhalte des FB sind für das Aufnahmegespräch relevant.	(eher) ja	57,9	60,0	42,1	53,8	0,516	<0.05
	teils/teils	36,8	26,7	15,8	25,0		
	(eher) nein	5,3	13,3	42,1	21,2		
Format und Aufbau sind für das Aufnahmegespräch geeignet.	(eher) ja	57,9	42,9	31,6	54,1	0,308	0.538
	teils/teils	21,1	28,6	42,1	29,4		
	(eher) nein	21,1	28,6	26,3	25,5		
Der Fragebogen ist zu lang.	(eher) ja	27,8	46,7	26,3	33,4	0,372	0.290
	teils/teils	22,2	6,7	36,8	23,5		
	(eher) nein	50,0	46,7	36,8	43,1		
Der FB ist für die meisten Rehabilitanden zu anspruchsvoll.	(eher) ja	16,7	40,0	15,8	23,5	0,353	0.359
	teils/teils	27,8	33,3	36,8	33,3		
	(eher) nein	55,6	26,7	47,4	43,2		
Der FB eignet sich nur für bestimmte Patientengruppen.	(eher) ja	50,0	60,0	42,1	49,0	0,213	0.880
	teils/teils	38,9	13,3	21,1	15,7		
	(eher) nein	11,1	26,7	36,8	35,3		
Der FB wird von den meisten Patienten gut angenommen.	(eher) ja	42,1	40,0	35,0	38,7	0,159	0.970
	teils/teils	31,6	40,0	45,0	37,7		
	(eher) nein	26,3	20,0	20,0	22,7		
Die meisten Rehabilitanden reagieren positiv auf den Fragebogen.	(eher) ja	63,2	40,0	25,0	43,4	0,487	<0.05
	teils/teils	15,8	33,3	55,0	34,0		
	(eher) nein	21,1	26,7	20,0	22,6		
Die meisten Rehabilitanden sind gut mit dem Antwortformat (Freitext) zurechtgekommen.	(eher) ja	63,2	40,0	42,1	50,0	0,294	0.598
	teils/teils	26,3	40,0	31,6	30,8		
	(eher) nein	10,5	20,0	26,3	19,2		
Die meisten Rehabilitanden haben sich Gedanken über ihre Reha-Ziele gemacht.	(eher) ja	61,1	40,0	50,0	50,0	0,249	0.771
	teils/teils	22,2	46,7	35,0	34,6		
	(eher) nein	16,7	13,3	15,0	15,3		

Fortsetzung Tabelle A15							
Die meisten Rehabilitanden sind mit der Beantwortung der Fragen überfordert. ¹	(eher) ja teils/teils (eher) nein	15,8 21,1 63,2	6,7 60,0 33,3	5,3 36,8 57,9	9,6 38,5 51,9	0,417	0.161
Die meisten Rehabilitanden können keine eigenen Ziele benennen.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	31,6 15,8 52,6	6,7 66,7 26,7	5,0 20,0 75,0	15,1 32,1 52,8	0,699	<0.05
Die meisten Rehabilitanden sind durch den FB besser mit der Thematik „Reha-Ziele“ vertraut.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	73,7 21,1 5,3	46,7 40,0 13,3	45,0 15,0 40,0	56,6 22,6 20,8	0,550	<0.05
Der FB ist ein hilfreiches Instrument zum Erarbeiten individueller Reha-Ziele.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	57,9 31,6 10,5	40,0 26,7 33,3	40,0 20,0 40,0	47,2 24,5 28,3	0,370	0.298
Der FB fördert die Patientenzufriedenheit.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	36,8 31,6 31,6	20,0 40,0 40,0	10,0 35,0 55,0	22,7 35,8 41,5	0,372	0.290
Der FB ermöglicht eine bessere Abstimmung der Therapie mit den Wünschen und Zielen des Patienten.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	68,4 15,8 15,8	21,4 35,7 42,9	35,0 25,0 40,0	44,3 25,0 30,8	0,490	<0.05
Der FB erleichtert die Abstimmung der Ziele im Behandlungsteam.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	47,4 31,6 21,1	13,3 26,7 60,0	15,0 25,0 60,0	26,4 28,3 45,3	0,523	<0.05
Der FB ist eine Dokumentationshilfe/ spart Zeit für die Dokumentation.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	36,8 21,1 42,1	13,3 13,3 73,3	15,8 5,3 78,9	23,1 13,5 63,5	0,443	0.109
Der FB erschwert die Arzt-Patienten-Kommunikation, z.B. bei auftretenden Zieldiskrepanzen.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	15,8 21,1 63,2	6,7 40,0 53,3	0,0 5,9 94,1	8,0 22,0 70,0	0,503	<0.05
Der FB ermöglicht es, Motivation und Informationsstand des Patienten einzuschätzen.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	73,7 21,1 5,3	40,0 46,7 13,3	40,0 30,0 30,0	50,9 32,1 17,0	0,487	<0.05
Der FB macht die Ziele für das Behandlungsteam transparent.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	73,7 21,1 5,3	20,0 60,0 20,0	35,0 30,0 35,0	45,3 34,0 20,8	0,634	<0.05
Die Zielangaben der Rehabilitanden sind konkreter.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	63,2 31,6 5,3	40,0 33,3 26,7	40,0 35,0 25,0	49,0 32,1 18,9	0,348	0.379
Die Zielangaben der Rehabilitanden sind realistischer.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	47,4 36,8 15,8	20,0 33,3 46,7	5,0 50,0 45,0	24,6 39,6 35,9	0,572	<0.05
Die Rehabilitanden sind motivierter.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	26,3 42,1 31,6	20,0 33,3 46,7	25,0 30,0 45,0	24,6 34,0 41,5	0,188	0.931
Der FB fördert die Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	26,3 36,8 36,8	33,3 26,7 40,0	15,0 55,0 30,0	57,7 25,0 17,3	0,312	0.456
Der Patient übernimmt mehr Eigenverantwortung.	(eher) ja teils/teils (eher) nein	72,2 11,1 16,7	60,0 26,7 13,3	45,0 35,0 20,0	24,5 39,6 35,8	0,328	0.523

Anmerkungen: FB Fragebogen; ¹Die Antwortkategorie „ja“ blieb unbesetzt. Angaben in Prozent (%), N=53.

Tabelle A16 Globalbeurteilung des Nutzens des Zielefragebogens						
Item		(eher) ja	teils/teils	(eher) nein	p-Wert	ω
Der FB lässt sich zeitlich gut in das Aufnahmegespräch integrieren.	Arzt	45,7	31,4	22,9	<0.05	0,49
	Psychologe	41,2	5,9	52,9		
Die Inhalte des FB sind für das Aufnahmegespräch relevant.	Arzt	61,1	30,6	8,3	<0.05	0,56
	Psychologe	35,3	23,5	41,2		
Format und Aufbau sind für das Aufnahmegespräch geeignet.	Arzt	51,4	22,9	25,7	0.263	0,32
	Psychologe	31,2	43,8	25,0		
Der Fragebogen ist zu lang.	Arzt	40,0	20,0	40,0	0.617	0,22
	Psychologe	25,0	31,2	43,8		
Der FB ist für die meisten Rehabilitanden zu anspruchsvoll.	Arzt	31,4	34,3	34,3	0.073	0,40
	Psychologe	6,2	37,5	56,2		
Der FB eignet sich nur für bestimmte Patientengruppen.	Arzt	54,3	14,3	31,4	0.569	0,24
	Psychologe	37,5	25,0	37,5		
Der FB wird von den meisten Patienten gut angenommen.	Arzt	44,4	33,3	22,2	0.591	0,23
	Psychologe	33,3	50,0	16,7		
Die meisten Rehabilitanden reagieren positiv auf den Fragebogen.	Arzt	52,8	22,2	25,0	<0.05	0,62
	Psychologe	22,2	66,7	11,1		
Die meisten Rehabilitanden sind gut mit dem Antwortformat (Freitext) zurechtgekommen.	Arzt	50,0	33,3	16,7	0.999	0,04
	Psychologe	50,0	31,2	18,8		
Die meisten Rehabilitanden haben sich Gedanken über ihre Reha-Ziele gemacht.	Arzt	51,4	34,3	14,3	0.992	0,07
	Psychologe	55,6	33,3	11,1		
Die meisten Rehabilitanden sind mit der Beantwortung der Fragen überfordert. ¹	Arzt	11,1	41,7	47,2	0.705	0,20
	Psychologe	6,2	31,2	62,5		
Die meisten Rehabilitanden können keine eigenen Ziele benennen.	Arzt	19,4	38,9	41,7	<0.05	0,49
	Psychologe	5,6	16,7	77,8		
Die meisten Rehabilitanden sind durch den FB besser mit der Thematik „Reha-Ziele“ vertraut.	Arzt	58,3	27,8	13,9	<0.05	0,45
	Psychologe	47,1	11,8	41,2		
Der FB ist ein hilfreiches Instrument zum Erarbeiten individueller Reha-Ziele.	Arzt	52,8	25,0	22,2	0.349	0,29
	Psychologe	35,3	23,5	41,2		
Der FB fördert die Patientenzufriedenheit.	Arzt	25,0	41,7	33,3	0.166	0,35
	Psychologe	11,8	29,4	58,8		
Der FB ermöglicht eine bessere Abstimmung der Therapie mit den Wünschen und Zielen des Patienten.	Arzt	51,4	25,7	22,9	0.141	0,36
	Psychologe	29,4	23,5	47,1		
Der FB erleichtert die Abstimmung der Ziele im Behandlungsteam.	Arzt	30,6	30,6	38,9	0.422	0,27
	Psychologe	17,6	23,5	58,8		
Der FB ist eine Dokumentationshilfe/spart Zeit für die Dokumentation.	Arzt	25,0	16,7	58,3	0.438	0,27
	Psychologe	17,6	5,9	76,5		
Der FB erschwert die Arzt-Patienten-Kommunikation, z.B. bei auftretenden Zieldiskrepanzen.	Arzt	11,1	30,6	58,3	<0.05	0,46
	Psychologe	0,0	7,1	92,9		
Der FB ermöglicht es, Motivation und Informationsstand des Patienten einzuschätzen.	Arzt	55,6	33,3	11,1	0.308	0,30
	Psychologe	44,4	27,8	27,8		
Der FB macht die Ziele für das Behandlungsteam transparent.	Arzt	52,8	36,1	11,1	0.062	0,41
	Psychologe	35,3	29,4	35,3		

Fortsetzung Tabelle A16						
Die Zielangaben der Rehabilitanden sind konkreter.	Arzt	52,8	33,3	13,9	0.750	0,19
	Psychologe	41,2	35,3	23,5		
Die Zielangaben der Rehabilitanden sind realistischer.	Arzt	36,1	30,6	33,3	<0.05	0,46
	Psychologe	5,9	52,9	41,2		
Die Rehabilitanden sind motivierter.	Arzt	19,4	41,7	38,9	0.477	0,26
	Psychologe	29,4	23,5	47,1		
Der Patient übernimmt mehr Eigenverantwortung.	Arzt	27,8	33,3	38,9	0.436	0,26
	Psychologe	17,6	52,9	29,4		
Der FB fördert die Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen.	Arzt	65,7	20,0	14,3	0.456	0,27
	Psychologe	47,1	35,3	17,6		

Anmerkungen: FB Fragebogen; ¹Die Antwortkategorie „ja“ blieb unbesetzt. N=53.

Tabelle A17 Besprechung von Zielen bei Reha-Beginn mit anderen Behandlern				
Haben andere Behandler (außer Ihrem Arzt/Therapeuten) zu Beginn Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Reha-Ziele gesprochen?				
	N	ja (%)	p-Wert	ω
Orthopädie	390	31,3	0,060	0,086
Onkologie	234	22,6		
Psychosomatik	137	26,3		
DRV Bund	584	26,4	0,129	0,055
DRV Nord	177	32,2		
Mann	174	35,6	0,009	0,095
Frau	583	25,6		
Interventionsgruppe	363	25,6	0,215	0,045
Kontrollgruppe	398	29,6		
≤ 54 Jahre	386	29,0	0,420	0,029
> 54 Jahre	375	26,4		
Gesamt	773	27,7		

Tabelle A18 Rehabilitand wird nach eigenen Zielen gefragt				
Hat Ihr Arzt/Therapeut Sie nach Ihren persönlichen/eigenen Zielen gefragt?	N	ja (%)	p-Wert	ω
Orthopädie	358	91,3	0,058	0,091
Onkologie	208	93,3		
Psychosomatik	126	97,6		
DRV Bund	528	92,6	0,403	0,032
DRV Nord	164	94,5		
Mann	156	94,9	0,303	0,039
Frau	532	92,5		
Interventionsgruppe	336	92,3	0,420	0,031
Kontrollgruppe	356	93,8		
≤ 54 Jahre	352	94,0	0,307	0,039
> 54 Jahre	340	92,1		
Gesamt	692	93,1		

Tabelle A19 Ziele werden gemeinsam vereinbart				
Hat Ihr Arzt/ Therapeut zu Beginn der Rehabilitation mit Ihnen gemeinsam Ziele für ihre Rehabilitation vereinbart?	N	ja (%)	p-Wert	ω
Orthopädie	313	86,3	<0,001	0,227
Onkologie	188	89,4		
Psychosomatik	122	66,4		
DRV Bund	473	82,2	0,205	0,051
DRV Nord	150	86,7		
Mann	148	85,8	0,330	0,039
Frau	471	82,4		
Interventionsgruppe	295	80,7	0,095	0,067
Kontrollgruppe	328	85,7		
≤ 54 Jahre	326	80,1	0,023	0,091
> 54 Jahre	297	86,9		
Gesamt	623	83,4		

Tabelle A20 Zufriedenheit mit den vereinbarten Zielen (%)							
Wenn ja, ... Wie zufrieden sind Sie mit den Reha-Zielen, die Ihr Arzt/ Therapeut mit Ihnen vereinbart hat?	N	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	p-Wert	ω
Orthopädie	277	47,3	49,1	2,9	0,7	0,100	0,142
Onkologie	171	57,9	40,9	1,2	0,0		
Psychosomatik	83	47,0	47,0	6,0	0,0		
Mann	128	49,2	44,5	4,7	1,6	0,038	0,126
Frau	399	51,4	46,4	2,3	0,0		
DRV Bund	398	52,0	46,0	1,8	0,3	0,054	0,120
DRV Nord	133	46,6	46,6	6,0	0,8		
IG	247	48,2	48,6	2,4	0,8	0,294	0,084
KG	284	52,8	44,0	3,2	0,0		
≤ 54 Jahre	269	48,3	47,2	3,7	0,7	0,240	0,089
> 54 Jahre	262	53,1	45,0	1,9	0,0		
Gesamt	531	50,7	46,1	2,8	0,4		

Tabelle A21 Rehabilitand wird ausreichend beteiligt (%)						
Sind Sie zu Reha-Beginn ausreichend an der Vereinbarung der Reha-Ziele beteiligt worden?	N	ja, voll und ganz	nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte	nein, ich wollte/ brauchte das nicht	p-Wert	ω
Orthopädie	376	68,1	22,3	9,6	0,179	0,092
Onkologie	234	74,4	14,5	11,1		
Psychosomatik	131	73,3	16,8	9,9		
Mann	171	70,8	20,5	8,8	0,736	0,029
Frau	566	71,0	18,6	10,4		
DRV Bund	567	70,9	18,3	10,8	0,507	0,043
DRV Nord	174	71,3	20,7	8,0		
IG	356	71,6	20,8	7,6	0,058	0,088
KG	385	70,4	17,1	12,5		
≤ 54 Jahre	377	71,6	19,9	8,5	0,290	0,058
> 54 Jahre	364	70,3	17,9	11,8		
Gesamt	741	71,0	18,9	10,1		

Tabelle A22 Wahrgenommene Zielübereinstimmung Rehabilitand-Behandler (%)

Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre persönlichen Ziele für die Rehabilitation mit denen des Arztes/Therapeuten übereinstimmen?

	N	ja, völlig	eher ja	eher nein	nein, gar nicht	p-Wert	ω
Orthopädie	391	45,0	46,5	7,4	1,0	0,034	0,134
Onkologie	232	50,0	47,0	2,6	0,4		
Psychosomatik	135	36,3	52,6	9,6	1,5		
Mann	176	45,5	44,3	8,5	1,7	0,284	0,071
Frau	578	44,6	49,0	5,7	0,7		
DRV Bund	580	44,8	48,4	6,2	0,5	0,192	0,079
DRV Nord	178	45,5	45,5	6,7	2,2		
IG	363	45,5	48,2	5,8	0,6	0,696	0,044
KG	395	44,6	47,3	6,8	1,3		
≤ 54 Jahre	387	43,9	47,3	7,2	1,6	0,202	0,078
> 54 Jahre	371	46,1	48,2	5,4	0,3		
Gesamt	758	45,0	47,8	6,3	0,9		

Tabelle A23 Informiertheit anderer Behandler über Reha-Ziele (%)

Haben Sie den Eindruck, dass auch andere Behandler, z.B. Physiotherapeuten oder Pflegekräfte, über Ihre Reha-Ziele informiert waren?

	N	ja, völlig	eher ja	eher nein	nein, gar nicht	p-Wert	ω
Orthopädie	389	26,0	44,5	24,7	4,9	0,004	0,159
Onkologie	228	26,3	40,4	27,6	5,7		
Psychosomatik	134	14,1	37,3	38,8	9,7		
Mann	173	26,0	45,1	22,5	6,4	0,326	0,068
Frau	574	23,5	40,8	29,8	5,9		
DRV Bund	578	22,5	43,3	28,4	5,9	0,330	0,068
DRV Nord	173	28,9	37,6	27,2	6,4		
IG	360	21,7	40,6	31,9	5,8	0,137	0,086
KG	391	26,1	43,2	24,6	6,1		
≤ 54 Jahre	384	23,2	41,9	28,1	6,8	0,801	0,037
> 54 Jahre	367	24,8	42,0	28,1	5,2		
Gesamt	751	24,0	41,9	28,1	6,0		

Tabelle A24 Erläuterung der Therapien zur Zielverfolgung (%)

Haben Ihr Arzt/Therapeut oder andere Behandler Ihnen erklärt, welche Therapien veranlasst wurden, um Ihre Reha-Ziele zu erreichen?

	N	ja, völlig	eher ja	eher nein	nein, gar nicht	p-Wert	ω
Orthopädie	391	40,9	35,8	19,2	4,1	0,028	0,137
Onkologie	233	42,1	40,8	14,6	2,6		
Psychosomatik	134	36,9	50,7	9,0	3,7		
Mann	175	42,3	38,9	12,0	6,9	0,025	0,111
Frau	579	40,1	40,1	17,3	2,6		
DRV Bund	581	40,6	39,8	17,0	2,6	0,036	0,106
DRV Nord	177	40,1	40,7	12,4	6,8		
IG	364	38,2	41,5	16,8	3,6	0,659	0,046
KG	394	42,6	38,6	15,2	3,6		
≤ 54 Jahre	387	40,8	40,1	15,5	3,6	0,988	0,013
> 54 Jahre	371	40,2	39,9	16,4	3,5		
Gesamt	758	40,5	40,0	16,0	3,6		

Tabelle A25 Abstimmung der Therapien auf Ziele (%)

Haben Sie den Eindruck, dass die Behandlungen während der Rehabilitation auf Ihre Reha-Ziele abgestimmt waren, d.h. zu den Reha-Zielen „passten“?

	N	ja, völlig	eher ja	eher nein	nein, gar nicht	p-Wert	ω
Orthopädie	391	46,3	46,3	5,4	2,0	0,00	0,175
Onkologie	235	59,6	36,2	3,4	0,9		
Psychosomatik	134	35,1	56,0	7,5	1,5		
Mann	175	45,1	45,7	5,7	3,4	0,136	0,086
Frau	581	49,4	44,6	5,0	1,0		
DRV Bund	582	48,3	45,4	5,3	1,0	0,168	0,082
DRV Nord	178	48,9	43,3	4,5	3,4		
IG	365	45,2	48,5	4,9	1,4	0,283	0,071
KG	395	51,4	41,5	5,3	1,8		
≤ 54 Jahre	385	45,2	46,8	5,5	2,6	0,056	0,100
> 54 Jahre	375	51,7	42,9	4,8	0,5		
Gesamt	760	48,4	44,9	5,1	1,6		

Tabelle A26 Kenntnis der verfolgten Reha-Ziele bei Reha-Ende (%)

Kennen Sie jetzt, am Ende der Rehabilitation, die Reha-Ziele, die Ihr Arzt und die Therapeuten und Behandler im Verlauf der Rehabilitation verfolgt haben?

	N	ja	teilweise	nein	p-Wert	ω
Orthopädie	389	72,8	25,2	2,1	0,155	0,094
Onkologie	234	76,9	21,4	1,7		
Psychosomatik	136	66,2	29,4	4,4		
Mann	176	69,9	28,4	1,7	0,400	0,049
Frau	579	73,6	23,8	2,6		
DRV Bund	579	73,6	24,5	1,9	0,283	0,058
DRV Nord	180	70,6	25,6	3,9		
IG	359	76,0	22,0	1,9	0,169	0,068
KG	400	70,0	27,2	2,8		
≤ 54 Jahre	386	72,0	25,1	2,8	0,646	0,034
> 54 Jahre	373	73,3	24,4	1,9		
Gesamt	759	72,9	24,8	2,4		

Tabelle A27 Zufriedenheit mit Zielberücksichtigung insgesamt (%)

Wie zufrieden sind Sie insgesamt damit, wie Ihre persönlichen Ziele während der Rehabilitation berücksichtigt wurden?

	N	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	p-Wert	ω
Orthopädie	391	39,9	51,7	7,2	1,3	0,002	0,167
Onkologie	235	53,6	43,0	3,0	0,4		
Psychosomatik	136	33,8	55,1	8,8	2,2		
Mann	176	39,8	47,7	10,2	2,3	0,029	0,109
Frau	582	44,0	50,2	5,0	0,9		
DRV Bund	583	42,5	51,1	5,3	1,0	0,197	0,078
DRV Nord	179	44,7	44,7	8,9	1,7		
IG	364	40,7	52,7	5,2	1,4	0,315	0,068
KG	398	45,2	46,7	7,0	1,0		
≤ 54 Jahre	388	40,5	50,5	7,7	1,8	0,073	0,096
> 54 Jahre	374	45,7	49,2	4,5	0,5		
Gesamt	762	43,0	49,6	6,2	1,2		

Tabelle A28 Wunsch nach weiteren Informationen zu Reha-Zielen				
Hätten Sie sich jetzt, bei Reha-Ende, noch mehr Informationen zu Reha-Zielen gewünscht?	N	ja (%)	p-Wert	ω
Orthopädie	386	34,5	<0,001	0,159
Onkologie	232	22,0		
Psychosomatik	133	42,9		
DRV Bund	577	29,5	0,005	0,103
DRV Nord	174	40,8		
Mann	174	39,1	0,025	0,082
Frau	573	30,0		
Interventionsgruppe	359	32,3	0,901	0,005
Kontrollgruppe	392	31,9		
≤ 54 Jahre	379	30,3	0,300	0,038
> 54 Jahre	372	33,9		
Gesamt	751	32,1		

Tabelle A29 Wichtigkeit Zielfestlegung bei Reha-Beginn (%)					
Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass bei Rehabilitationsbeginn Ziele für die Reha festgelegt werden?					
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt
Orthopädie	73,6	23,9	1,0	0,3	1,3
Onkologie	73,5	23,9	0,4	0,0	2,1
Psychosomatik	57,4	36,0	5,9	0,0	0,7
DRV Bund	69,6	27,0	1,9	0,2	1,4
DRV Nord	74,2	23,0	1,1	0,0	1,7
Mann	73,7	22,9	1,7	0,0	1,7
Frau	69,6	27,2	1,7	0,2	1,4
Interventionsgruppe	70,8	27,8	0,8	0,3	0,3
Kontrollgruppe	70,6	24,4	2,5	0,0	2,5
≤ 54 Jahre	67,9	29,2	2,1	0,3	0,5
> 54 Jahre	73,5	22,7	1,3	0,0	2,4
Gesamt	70,7	26,0	1,7	0,1	1,4

Tabelle A30 Wichtigkeit Festlegung postrehabilitativer Ziele bei Reha-Ende (%)

Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass bei Reha-Ende Ziele für die Zeit nach der Reha festgelegt werden?

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt
Orthopädie	71,8	23,9	2,0	0,3	2,0
Onkologie	58,2	34,1	3,4	0,4	3,9
Psychosomatik	56,2	34,3	7,3	0,0	2,2
DRV Bund	64,3	29,4	3,8	0,3	2,2
DRV Nord	66,9	27,0	2,2	0,0	3,9
Mann	69,3	23,9	4,0	0,0	2,8
Frau	63,5	30,4	3,3	0,3	2,6
Interventionsgruppe	65,4	28,8	4,1	0,3	1,4
Kontrollgruppe	64,4	28,8	2,8	0,3	3,8
≤ 54 Jahre	65,4	30,0	2,6	0,5	1,5
> 54 Jahre	64,3	27,6	4,3	0,0	3,8
Gesamt	64,9	28,8	3,4	0,3	2,6

Tabelle A31 Wichtigkeit postrehabilitative Zielverfolgung (%)

Wie wichtig ist es Ihnen persönlich, dass Sie zur weiteren Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes zuhause die besprochenen Ziele weiter verfolgen werden?

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	es wurden keine Ziele festgelegt
Orthopädie	79,3	18,6	1,0	0,3	0,3
Onkologie	73,5	21,8	0,0	0,0	2,5
Psychosomatik	74,6	21,0	2,2	0,0	2,2
DRV Bund	76,5	20,1	1,0	0,2	1,2
DRV Nord	77,3	19,9	0,6	0,0	1,7
Mann	76,3	20,9	0,6	0,0	1,7
Frau	76,7	19,9	1,0	0,2	1,2
Interventionsgruppe	76,9	20,4	0,8	0,3	0,8
Kontrollgruppe	76,5	19,8	1,0	0,0	1,7
≤ 54 Jahre	78,3	19,4	1,3	0,3	0,8
> 54 Jahre	76,5	21,1	0,5	0,0	1,9
Gesamt	76,7	20,1	0,9	0,1	1,3

Tabelle A32.1 Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten. (%)

	N	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	p-Wert	ω
Orthopädie	389	41,6	23,7	17,5	11,1	6,2	0,005	0,171
Onkologie	233	58,4	20,6	8,2	7,3	5,6		
Psychosomatik	137	47,4	26,3	10,9	9,5	5,8		
DRV Bund	579	48,9	22,6	12,6	9,8	6,0	0,674	0,056
DRV Nord	180	44,4	25,0	16,1	8,9	5,6		
Mann	177	42,4	23,2	14,7	12,4	7,3	0,300	0,080
Frau	578	49,8	23,4	12,8	8,7	5,4		
Interventionsgruppe	361	47,6	23,8	14,4	9,7	4,4	0,524	0,065
Kontrollgruppe	398	48,0	22,6	12,6	9,5	7,3		
≤ 54 Jahre	389	47,0	26,0	12,3	10,0	4,6	0,208	0,088
> 54 Jahre	370	48,6	20,3	14,6	9,2	7,3		
Gesamt	759	47,8	23,2	13,4	9,6	5,9		

Tabelle A32.2 Der Arzt/Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll. (%)

	N	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	p-Wert	ω
Orthopädie	393	3,3	5,6	10,4	32,6	48,1	0,016	0,157
Onkologie	232	4,7	2,2	7,3	24,1	61,6		
Psychosomatik	138	1,4	2,9	12,3	28,3	55,1		
DRV Bund	583	2,4	4,5	9,8	28,1	55,2	0,029	0,119
DRV Nord	180	6,7	2,8	10,0	32,8	47,8		
Mann	177	3,4	5,1	10,2	36,2	45,2	0,112	0,099
Frau	582	3,4	3,6	9,8	27,1	56,0		
Interventionsgruppe	365	3,8	4,7	9,0	32,1	50,4	0,334	0,077
Kontrollgruppe	398	3,0	3,5	10,6	26,6	56,3		
≤ 54 Jahre	390	3,3	4,4	9,2	31,5	51,5	0,646	0,057
> 54 Jahre	373	3,5	3,8	10,5	26,8	55,5		
Gesamt	763	3,4	4,1	9,8	29,2	53,5		

Tabelle A32.3 Der Arzt/Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt. (%)

	N	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	p-Wert	ω
Orthopädie	392	5,4	6,9	16,6	31,6	39,5	0,116	0,130
Onkologie	232	5,6	3,4	14,2	28,0	48,7		
Psychosomatik	137	1,5	8,0	12,4	32,1	46,0		
DRV Bund	584	4,5	5,5	14,7	31,5	43,8	0,609	0,060
DRV Nord	177	5,6	7,9	16,4	27,7	42,4		
Mann	175	4,0	6,9	17,7	26,9	44,6	0,613	0,059
Frau	582	5,0	5,7	14,4	31,8	43,1		
Interventionsgruppe	363	4,4	5,2	16,3	33,1	41,0	0,432	0,071
Kontrollgruppe	398	5,0	6,8	14,1	28,4	45,7		
≤ 54 Jahre	389	4,9	5,4	15,2	37,3	37,3	0,001	0,159
> 54 Jahre	372	4,6	6,7	15,1	23,7	50,0		
Gesamt	761	4,7	6,0	15,1	30,6	43,5		

Tabelle A32.4 Der Arzt/Therapeut hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst. (%)

	N	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	p-Wert	ω
Orthopädie	394	3,3	2,5	15,2	32,5	46,4	0,027	0,150
Onkologie	233	3,0	1,7	11,2	27,9	56,2		
Psychosomatik	138	2,2	2,9	21,7	37,0	36,2		
DRV Bund	586	2,4	2,2	14,8	33,4	47,1	0,236	0,085
DRV Nord	179	5,0	2,8	16,2	26,8	49,2		
männlich	176	2,8	3,4	17,0	34,1	42,6	0,514	0,066
weiblich	585	3,1	2,1	14,5	31,1	49,2		
Interventionsgruppe	364	3,3	3,6	12,9	35,2	45,1	0,038	0,115
Kontrollgruppe	401	2,7	1,2	17,2	28,9	49,9		
≤ 54 Jahre	390	4,4	2,3	15,1	34,6	43,6	0,053	0,111
> 54 Jahre	375	1,6	2,4	15,2	29,1	51,7		
Gesamt	765	3,0	2,4	15,2	31,9	47,6		

Tabelle A32.5 Der Arzt/Therapeut nahm sich zu wenig Zeit für mich. (%)

	N	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	p-Wert	ω
Orthopädie	393	43,8	31,8	13,7	7,6	3,1	0,005	0,170
Onkologie	233	62,2	23,6	9,0	3,4	1,7		
Psychosomatik	138	51,4	27,5	12,3	7,2	1,4		
DRV Bund	585	50,8	28,9	12,0	6,2	2,2	0,984	0,022
DRV Nord	179	50,8	27,4	12,3	6,7	2,8		
männlich	176	48,3	29,0	11,9	8,5	2,3	0,618	0,059
weiblich	584	51,7	28,4	12,2	5,3	2,4		
Interventionsgruppe	364	50,3	27,2	14,8	6,0	1,6	0,164	0,092
Kontrollgruppe	400	51,2	29,8	9,5	6,5	3,0		
≤ 54 Jahre	390	49,7	28,7	12,8	5,6	3,1	0,581	0,061
> 54 Jahre	374	51,9	28,3	11,2	7,0	1,6		
Gesamt	764	50,8	28,5	12,0	6,3	2,4		

Tabelle A33 Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme insgesamt

	N	M	SD	p-Wert	Effekt
Orthopädie	393	7,84	1,790	<0,001	f=0,272
Onkologie	233	8,52	1,494		
Psychosomatik	138	7,70	1,802		
DRV Bund	585	8,04	1,699	0,743	d=0,003
DRV Nord	179	7,99	1,863		
männlich	177	7,97	1,804	0,634	d=0,040
weiblich	583	8,04	1,720		
Interventionsgruppe	363	7,99	1,680	0,632	d=0,034
Kontrollgruppe	401	8,05	1,789		
≤ 54 Jahre	388	7,84	1,862	0,003	d=0,219
> 54 Jahre	376	8,22	1,579		
Gesamt	703	8,13	1,640		