

Verknüpfung patientenzentrierter Therapieziele aus der ambulanten Physiotherapie mit der ICF

Linking of Patient-Centred Therapy Goals with ICF in Outpatient Physiotherapy

Autoren

W. Weinhold, S. Karstens

Institut

Ambulantes Rehasentrum der Lubinus Gruppe, Kiel

Schlüsselwörter

- ICF
- Physiotherapie
- Therapieziele

Key words

- ICF
- physiotherapy
- therapy goals

Zusammenfassung

Hintergrund: Therapieziele spielen in der Physiotherapie eine wichtige Rolle. Im wissenschaftlichen Kontext wurden in der Vergangenheit bereits Ziele mit der ICF verknüpft, um zur verbesserten Vergleichbarkeit und Kommunikation der Gesundheitsberufe untereinander beizutragen. Die Ermittlung von Zielen erfolgte bisher aus Therapeutesicht und in stationären Einrichtungen, wobei die ambulante Therapie wie auch die Patientenperspektive unberücksichtigt blieben.

Ziel: Die Untersuchung sollte anhand der ICF-Kategorien sowohl die Patientenziele in der ambulanten muskuloskelettalen Physiotherapie benennen als auch statistisch bedeutsame Veränderungen der Ziele im Therapieverlauf darstellen.

Methode: Während einer prospektiven Erhebung in einem ambulanten Rehasentrum wurden 363 Patienten hinsichtlich ihrer subjektiven Hauptprobleme und Therapieziele befragt. Die Patientenaussagen wurden durch Verknüpfung mit der ICF kodiert und die Unterschiede am Therapieende gegenüber dem Beginn statistisch ausgewertet.

Ergebnisse: Nahezu alle Patienten benannten Ziele und Hauptprobleme, die sich zum Therapieende gegenüber dem Beginn signifikant unterschieden. Die häufigsten ICF-Kategorien stimmten mit jenen aus Therapeutesicht anderer Untersuchungen überein. Darüber hinaus hatten Therapeuten einen breiteren Zielfokus, der sich aus den häufig Körperfunktionen und -strukturen betreffenden Interventionen ergibt.

Schlussfolgerungen: Therapieziele eignen sich für eine schnelle und effektive Ergebnisevaluation. Die Therapiezielkategorien aus Patientensicht decken sich in den wichtigsten ICF-Kategorien mit Ergebnissen aus der Literatur.

Abstract

Background: In physiotherapy therapy goals play a vital role. In the past the goals were linked to the ICF in a scientific context to contribute to a better comparison and communication between health professions. To date therapy goals were evaluated from a therapist's point of view and in inpatient institutions ignoring outpatient treatment as well as patients' own perspectives.

Objective: This study intended to determine the patients' goals during outpatient physiotherapy on the basis of ICF-categories as well as to portray statistically important goal changes during treatment progression.

Method: During a prospective outpatient rehabilitation survey 363 patients were asked about their subjective main problems and therapy goals. These patient statements were linked to ICF coding and at the end of the therapy the results were compared with the original data.

Results: At the end of the therapy nearly all patients mentioned goals and main problems significantly different to those at the beginning. The most named ICF-categories corresponded to physiotherapists' views of other studies. In addition, physiotherapists had a broader range of goals resulting from interventions concerning physical function and structures.

Conclusions: Therapy goals are suitable for fast and effective result evaluation. The patients' therapy goal categories coincided with the most important ICF-categories of other results published in literature.

eingereicht 4.3.2009
angenommen 28.4.2009

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1109861>

physioscience 2009; 5: 1–6
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1860-3092

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Wolfgang Weinhold,
PT/Diplomsportlehrer
Ambulantes Rehasentrum der
Lubinus-Gruppe
Steenbeker Weg 33
24106 Kiel
weinwolf@web.de

■ Korrektorexemplar: Veröffentlichung (auch online), Vervielfältigung oder Weitergabe nicht erlaubt! ■

Weinhold W, Karstens S. Verknüpfung patientenzentrierter Therapieziele... physioscience 2009; 5: 1–6

Einleitung

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen erfordern eine höhere Transparenz physiotherapeutischer Leistungen. Standardisierte Testverfahren zur Überprüfung von Ergebnissen sind in der therapeutischen Praxis daher unerlässlich und werden zahlreich bereitgehalten [3, 4, 14, 15, 19, 26]. Allerdings ist nicht jeder Ergebnisparameter für jeden Patienten relevant [9]. Andererseits erfordert der Systemwandel Patienten mit größerer Selbstverantwortung. Viele Patienten haben aus Gewohnheit verlernt, sich im Gesundheitssystem autonom zu bewegen [5], begegnen aber dem Gesundheitsmarkt mit einer gesteigerten Erwartungshaltung: der Patient wird zum Kunden [8]. Der mündige Patient möchte in die Entscheidungen der Therapiezielfindung, der -planung und -durchführung mit einbezogen werden [5]. Beide Aspekte, die Tatsache, dass vorhandene Assessment-Instrumente die Probleme der Patienten nicht spezifisch genug erfassen und Patienten in ihrer Eigenverantwortlichkeit gefördert werden sollten, bildeten den Ausgangspunkt dieser Arbeit.

Ausgehend vom individuellen Behandlungsauftrag, ist die Festlegung von Therapiezielen eine entscheidende Schnittstelle zwischen Prozess- und Ergebnisqualität und gilt als Herausforderung für die Qualitätssicherung [23]. Sowohl die Aufnahme eines subjektiven Hauptproblems als auch das Aushandeln eines Therapieziels auf einer realistisch erreichbaren Ebene zwischen Therapeuten und Patienten sind zu begrüßen. Diese geteilte (partizipative) Entscheidungsfindung [5] findet sich im Modell des *Shared-Decision-Making* wieder. Sie ist in der Physiotherapie zwar noch neu, wird im englischsprachigen Raum aber schon in der Arzt-Patient-Situation mit positiver Evidenz eingesetzt [8]. Demnach sollten Patienten und Therapeuten im Behandlungsprozess anstehende Therapieformen, Behandlungsalternativen und Ziele gemeinsam festlegen [5].

Für den Zielerreichungsgrad ist von Bedeutung, ob Ziele aus Therapeuten- oder Patientensicht oder aber in gemeinsamer Abstimmung getroffen werden. Häufig ergeben sich Diskrepanzen in der Zielübereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten bzw. Ärzten [13]. Daraus lässt sich schließen, dass Patienten und Ärzte/Therapeuten nicht dasselbe wollen und im Routinealltag wenig Zeit bleibt, die Ziele für eine tragfähige Behandlungsbasis abzusprechen [13].

Unterschiedliche Zielsetzungsstrategien scheinen besonders dann zum Erfolg zu führen, wenn sie das Ergebnis einer gemeinsamen Festlegung von Patienten und Therapeuten sind [2]. Bei größerer Zielübereinstimmung zwischen Ärzten, Physiotherapeuten und Patienten sind eine größere Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme, ein höherer Grad der Zielerreichung und stärkere Verbesserungen in den verschiedenen Ergebniskriterien zu erwarten [22]. Die gemeinsame Zielabsprache im Sinne einer geteilten Entscheidungsfindung gleichberechtigter Partner hat darüber hinaus einen positiven Einfluss auf Patientenzufriedenheit, Therapieergebnis, Therapiekosten und Lebensqualität, Gesundheitszustand und Therapietreue [5]. In der Praxis kommen Patienten in aller Regel mit einem subjektiven Hauptproblem und einer Zielvorstellung darüber zur Therapie, was in der Therapie erreicht werden soll. Nicht selten legen Therapeuten allerdings Ziele fest, die Patienten so nicht formulieren würden. Laut Untersuchungen wählen Patienten ihre Ziele aus den ICF-Bereichen *Aktivitäten und Teilhabe*, Therapeuten und Ärzte aber eher Ziele auf Funktions- und Strukturebene aus [13].

Zur Erfassung von Therapiezielen liegt eine Reihe unterschiedlicher und indikationsspezifisch auf die Besonderheiten der jeweils behandelten Patientengruppe zugeschnittener Kategoriensysteme und Therapieziellisten für die medizinische Rehabilitation vor [23], die sich in somatische, funktionale, psychosoziale und edukative Ziele gruppieren lassen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich Standardisierungsgrad, Zeitaufwand bei Durchführung und Auswertung, aber auch bei der Erfolgsbeurteilung. Bekannte Verfahren sind z. B. *Goal Attainment Scaling* (GAS; [17]) oder *Specific, Measurable, Achievable, Realistic Timed-up* (SMART; [12]). Einige Verfahren erfordern einen hohen Zeitaufwand (GAS) und sind im zeitlich eng getakteten Behandlungszyklus der ambulanten Physiotherapie kaum einsetzbar. Zudem werden unterschiedliche Beschreibungsebenen genutzt, die sich bisher aber kaum an der ICF orientieren.

ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO zielt auf die einheitliche und standardisierte Beschreibung von Gesundheit oder mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen bei Menschen in ihrem Lebenskontext ab [25]. Das Ziel der ICF besteht darin, zur besseren Vergleichbarkeit und gemeinsamen Verständigung der im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen eine gemeinsame Sprache zur Verfügung zu stellen. Für die Physiotherapie ergibt sich die Möglichkeit, im wissenschaftlichen Kontext Therapieziele zu standardisieren [11].

Dafür hält die ICF operationale Standarddefinitionen für gesundheitsbezogene Domänen bereit. Mit der ICF kann dem Gesundheitszustand einer Person eine Reihe von Kategorien über alle Domänen der Komponenten der Klassifikation zugeordnet werden. Die ICF besteht aus 2 Teilen, wobei Teil 1 die Komponenten der Körperfunktionen (b) und -strukturen (s) sowie der Aktivitäten/Teilhabe (d) und Teil 2 die Komponenten der Umwelt- und personenbezogenen Faktoren klassifiziert (e; nicht klassifiziert). Den Buchstaben b, s, d und e folgt ein numerischer Kode [25].

Beispiel einer ICF-Verknüpfung: b2: Sinnesfunktionen und Schmerz (1. Ebene), b280: Schmerz (2. Ebene), b2801: Schmerz in einem Körperteil (3. Ebene), b28016: Gelenkschmerz (4. Ebene).

Core-Sets repräsentieren ausgewählte ICF-Kategorien, die über einen ausführlich beschriebenen Delphi-Prozess gewonnen und auf relevante Kategorien bei spezifischen Gesundheitsstörungen reduziert wurden [6]. Sie orientieren sich in der Beschreibung der gewonnenen physiotherapeutischen Interventionskategorien im Akut-, Rehabilitations- und Langzeitkontext an der ICF und identifizieren für den Schweizer Raum als häufigste Patientenziele im Akutkrankenhaus die Komponenten des Transfers bzw. der Mobilität. Eine Benennung zentraler Therapieziele für den ambulanten Bereich, den deutschen Raum [1] wie auch die Berücksichtigung der Patientenperspektive, zu der diese Arbeit beitragen soll, steht derzeit noch aus.

Ziel

Die vorliegende Untersuchung sollte anhand der ICF-Kategorien klären, welche Ziele und Hauptprobleme Patienten in welcher Häufigkeit in der ambulanten muskuloskeletalen Physiotherapie benennen und statistisch bedeutsame Veränderungen der Ziele im Therapieverlauf darstellen.

Methode

Anhand einer standardisierten Befragung erfolgte bei 363 Patienten zu Beginn der physiotherapeutischen Behandlung eine Erhebung subjektiver Patientenprobleme und Therapieziele. Aus den subjektiven Patientenproblemen und Zielformulierungen wurden die Zielkonzepte abgeleitet und in einem Verknüpfungsprozess den entsprechenden ICF-Kategorien zugewiesen. Eine zusätzliche Längsschnittuntersuchung erfasst die Patientenprobleme und Therapieziele quantitativ an 175 Patienten zu Beginn und Ende der Behandlung.

In die Studie wurden Patienten nach ihrer Einwilligung und Verordnungen über Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät (KGG) und Integrierte Versorgung (IV) einbezogen. Die über eine Ethikkommission abgesicherte Untersuchung fand im Zeitraum 2006–2008 im Ambulanten Rehasentrum des Lubinus Klinikums in Kiel statt.

Patienten und Diagnosen

An der Studie nahmen 363 Patienten (43% weiblich) mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren (Standardabweichung: ± 17) an der Untersuchung teil. 144 Patienten (40%) wurden konservativ und 219 Patienten (60%) operativ behandelt. Die in den Diagnosen betroffenen Strukturen bezogen sich zu 54% auf Diagnosen an der unteren Extremität, zu 39% der Wirbelsäule und zu 7% der oberen Extremität. Mit 29,2% betraf die häufigste Einzelverknüpfung die LWS.

Verknüpfungsprozess

Die Verknüpfung führten 2 langjährig tätige Physiotherapeuten mit wissenschaftlicher Qualifikation und Weiterbildungen zum Thema ICF durch. Sie umfasste folgende 4 Schritte: (1) Identifizierung der bedeutsamen ICF-Konzepte, (2) Abstimmung der Konzepte, (3) Übersetzung in die ICF-Kategorien und (4) Abstimmung der ICF-Kategorien (22 **((Autor: Bedeutung der Zahl?))**). Die Verknüpfung jedes aussagefähigen Konzeptes erfolgte mit der präzisesten ICF-Kategorie. Aussagefähige Konzepte, die nicht unmittelbare Informationen enthielten, wurden folgendermaßen beschrieben [6]:

- ▶ nd: mit zu wenigen Informationen, um für das Linken die genaueste ICF-Kategorie anwenden zu können (not definable = nicht definierbar);
- ▶ nd-gh: mit Bezug zur Gesundheit im Allgemeinen (nd-general health = nicht definierbar – allgemeiner Gesundheitszustand);
- ▶ nd-qol: mit Bezug zur Lebensqualität im Allgemeinen (nd-quality of life = nd – Lebensqualität).

Wenn ein aussagefähiges Konzept nicht in der ICF enthalten ist:

- ▶ nc: nicht in der ICF enthalten (not covered);
- ▶ pf: nach der ICF aber ein personenbezogener Faktor ist (personenbezogener Faktor);
- ▶ hc: wenn sich ein aussagefähiges Konzept auf eine Diagnose oder einen Gesundheitszustand bezieht (Health condition = Gesundheitszustand).

Datenerhebung

Bei der 1. Behandlung hatten die Patienten die Möglichkeit, sich auf standardisierte Fragen der Therapeuten hin den Leidensdruck (Problem) und das Therapieziel unbeeinflusst zu äußern, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:

- ▶ Was stellt sich gegenwärtig als Ihr Hauptproblem dar oder was ist Ihre größte Einschränkung?

- ▶ Was soll zum Abschluss der Therapie erreicht sein, oder was im Alltag wollen/müssen Sie wieder können?

Das Ergebnis wurde wortgetreu notiert. Die Therapeuten waren angeleitet, das Ziel mit dem Patienten zu verhandeln, wenn ein Erreichen im Therapiezeitraum nicht überprüfbar erschien. Zusätzlich wurde das Hauptproblem von Patienten in der Häufigkeit des Auftretens in einer Rangordnung standardisierter Antworten beurteilt (Ordinalskala). Die Werte konnten zwischen 0 = ständig und 6 = weniger als einmal im Monat variieren. Die Beurteilung der Zielerreichung war mit Werten zwischen 0% (schlechtester Wert) und 100% belegt (Therapieziel voll erreicht). Mehrfachnennungen gingen in einen globalen Schätzwert in Prozent ein. Beides erfolgte zu Beginn und am Ende der Therapie.

Datenverarbeitung

Als Maß für die Übereinstimmung der beiden Beurteiler bei der Übersetzung in die ICF-Kategorien wurde der Kappa-Wert nach Landis und Koch [20] bestimmt. Die Berechnung des ordinalskalierten subjektiven Patientenproblems erfolgte mit dem parametrischen Prüfverfahren für Stichprobenunterschiede nach Wilcoxon für den Therapieabschluss gegenüber dem -beginn. Zur Überprüfung von Stichprobenunterschieden zum Zielerreichungsgrad diente der t-Test. Die Beurteilerübereinstimmung im Zuordnungsprozess der ICF-Kategorien wurde über den Kappa-Wert berechnet und anschließend absolute und relative Häufigkeiten zu den ICF-Kategorien dargestellt. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 11.0.

Ergebnisse

Ergebnisse der Verknüpfung

Insgesamt wurden 1450 Konzepte identifiziert (☉ Tab. 1). Mit $K = 0,891$ war die Übereinstimmung zwischen den Autoren sehr gut. Unter *not definable* (nd) fanden sich 170 Konzepte, die Zielnennungen beinhalten, wie z.B. Leistungsfähigkeit gewinnen (2), die Alltagsfähigkeit wiedererlangen (27), die strukturelle Belastbarkeit von Extremitäten z.B. nach Operationen steigern (50), die Beschwerdefreiheit (12), die Verbesserung der Haltung oder Haltungsschulung (10), die Stabilität verschiedener Gelenke oder den Rücken betreffend gewinnen (26) und sonstige (43). 16 Patienten machten keine Angaben zu Zielen oder Hauptproblemen. In die Auswertung flossen 1265 ICF-Kategorien ein.

Tab. 1 Nicht identifizierte Konzepte.

Konzepte	Anzahl
Identifizierte ICF-Konzepte	1 265
(nd) not defined	170
(hc) health condition	8
(pf) personal factor	5
(nd-qol) not definable – quality of life	1
(nd-gh) not definable – general health	1
keine Angaben	16
gesamt	1 466

Identifizierte ICF-Kategorien

1265 identifizierte ICF-Konzepte waren 94 Kategorien zuzuordnen. Davon waren 36 Kategorien auf der 2. Ebene und 56 Kate-

Tab. 2 Häufigste Ziele in absoluten und relativen Häufigkeiten auf der 2. und 3. Ebene.

Kategorie	Bezeichnung	absolut	%
b280	Schmerz	352	27,8
b710	Funktionen der Gelenkbeweglichkeit	181	14,3
d450	Gehen	84	6,6
b730	Funktionen der Muskelkraft	74	5,9
d9201	Sport	69	5,5
d850	bezahlte Tätigkeit	63	5
b770	Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	54	4,3
s750	Struktur der unteren Extremitäten	53	4,2
d4150	in einer Körperposition verbleiben	46	3,7
d4750	ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren	33	2,6
d410	eine elementare Körperposition wechseln	33	2,6
b265	Funktionen des Tastens (Tastsinn)	31	2,5
	sonstige	192	15,2
	<i>gesamt</i>	<i>1 265</i>	<i>100</i>

gorien auf der 3. und 4. Ebene. Auf der 2. Ebene machten 12 Kategorien 84,8% aller Nennungen aus (1073, [Tab. 2](#)).

Die Ziele bezogen sich vorwiegend auf die Kategorien Schmerz (b280; 27%), Gelenkbeweglichkeit (b710; 14%), Gehen (d450; 6,6%), Muskelkraft (b730; 5,9%), Sport (d9201; 5,5%) und bezahlte Tätigkeit (d850; 5% [Tab. 2](#)). Aber auch die die Gangqualität betreffenden Bewegungsmuster beim Gehen (b770; 4,3%) nach operativen Eingriffen an der unteren Extremität wurden von Patienten als wichtig erachtet. In den Körperstrukturen lagen die häufigsten Ziele im Bereich der unteren Extremität (s750, 4,2%). [Tab. 3](#) zeigt alle ICF-Kategorien auf der 2. Ebene.

Veränderungen von Patientenproblemen und Zielerreichung

Zum Behandlungsende hin verringerte sich bei 73% der Patienten das Hauptproblem (n=128), ein bedeutsamer Unterschied gegenüber dem Therapiebeginn (Z=9,34, p<0,001; [Tab. 4](#)). Der mittlere Zielerreichungsgrad ergab im gleichen Zeitraum eine Steigerung von 40% auf 71% (t=18,62, p<0,001; [Tab. 5](#)). Zielerreichung und Hauptproblem wiesen zu den Zeitpunkten geringe bis mittlere Zusammenhänge auf (r=0,222–0,658). Mit einem sich verringernenden Hauptproblem ging damit auch ein höherer Zielerreichungsgrad einher.

Diskussion

Auf der Basis einer geteilten Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Erhebung von Hauptproblemen und Therapiezielen war es das Ziel, die patientenzentrierte Sichtweise in die Diskussion um ICF-Zielkategorien einzubringen. Zu beiden Kriterien – dem Hauptproblem wie dem Therapieziel – wird deutlich, dass nahezu alle Patienten in der Lage sind, ein „ihnen am Herzen liegendes“ Problem und Ziel zu benennen. Die standardisierte Erfassung von Problemen und Zielen eignet sich für eine schnelle Ergebnisevaluation von Physiotherapie, die zudem eine statistische Aussagefähigkeit im Therapieverlauf bereithält. Zudem wird deutlich, dass mit einer Verringerung des Hauptproblems eine höhere Zielerreichung und eine grö-

Tab. 3 ICF-Kategorien auf der 2. Ebene zu Therapiezielen aus Patientensicht.

Kategorie	ICF-Kategorie	absolut	%
b134	Funktionen des Schlafes	8	1
b265	Funktionen des Tastens (Tastsinn)	31	2
b280	Schmerz	352	28
b455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	2	0
b530	Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	2	0
b710	Funktionen der Gelenkbeweglichkeit	186	15
b715	Funktionen der Gelenkstabilität	1	0
b730	Funktionen der Muskelkraft	74	6
b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	1	0
b770	Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	54	4
b780	mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen	11	1
b810	Schutzfunktionen der Haut	4	0
s710	Struktur der Kopf- und Halsregion	4	0
s720	Struktur der Schulterregion	2	0
s730	Struktur der oberen Extremitäten	10	1
s740	Struktur der Beckenregion	4	0
s750	Struktur der unteren Extremitäten	53	4
s760	Struktur des Rumpfes	4	0
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen	1	0
d410	eine elementare Körperposition wechseln	33	3
d415	in einer Körperposition verbleiben	46	4
d430	Gegenstände anheben und tragen	9	1
d445	Hand- und Armgebrauch	10	1
d450	Gehen	84	7
d455	sich auf andere Weise fortbewegen	13	1
d460	sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	24	2
d475	ein Fahrzeug fahren	33	3
d510	sich waschen	4	0
d540	sich kleiden	20	2
d640	Haushaltsaufgaben	9	1
d650	Haushaltsgegenstände pflegen	7	1
d850	bezahlte Tätigkeit	63	5
d920	Erholung und Freizeit	72	5
e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch	2	0
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport	25	2
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	7	1

ßere gesundheitsbezogene Lebensqualität einhergehen [24]. Die Veränderung beim Grad der Zielerreichung verdeutlicht, inwieweit Patienten mit therapeutischer Begleitung in den Alltag „transportiert“ werden. Ein Erreichungsgrad von 71% erscheint dennoch niedrig. Es kann davon ausgegangen werden, dass Patientenziele zumindest für den Therapiezeitraum häufig zu hoch angesetzt sind. Sie müssen daher mit Patienten enger verhandelt und in der konkreten Behandlungspraxis überprüft werden. Je realistischer ein Ziel, desto höher sind Zielerreichungsgrad und Patientenzufriedenheit. Dies würde auch die Kompetenz der Therapeuten stärken.

Tab. 4 Veränderungen der subjektiven Patientenprobleme t2 gegenüber t1 (* basiert auf negativen Rängen; ** asymptotische Signifikanz [2-seitig] nach Wilcoxon; p = Signifikanz; Z =).

N = 175	negative Ränge	positive Ränge	Bindungen	Z*	p**
Patientenproblem t1–t2	10	128	37	-9,34	0,000

Tab. 5 Veränderung der Zielerreichung t2 gegenüber t1 – t-Tests bei gepaarten Tests (df = Freiheitsgrade; KI = Konfidenzintervall; M = ■; p = Signifikanz, 2-seitig; s = ■).

N = 175	gepaarte Differenzen bei 95%-KI						
	M	s	untere Extremität	obere Extremität	t-Wert	df	p
Zielerreichung t1–t2	-30,91	22,27	-34,19	-27,64	-18,62	179	0,000

Die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zur Beschreibung ICF-kodierter Therapieziele [1, 10] lassen sich mit dieser Untersuchung bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im ambulanten Bereich bei den häufigsten Zielen bestätigen (► **Tab. 2**). Die Patientenziele beziehen sich allerdings weniger auf den Bereich Strukturen und Funktionen, sondern eher auf die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe [13].

Unterschiede ergeben sich aus der Tatsache, dass Patienten weniger Ziele formulieren, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Alltagsleben stehen oder sich ihrem medizinischen Verständnis entziehen. Darunter fallen z. B. Funktionen des Muskeltonus (b735), der Muskelausdauer (b740) oder der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen (b755). Ebenso wenig äußerten Patienten Probleme im Bereich von Funktionen des Immunsystems (b435), der Atmungsfunktionen (b450) und der Funktionen der Gelenkstabilität (b715). Letztere wurde nur einmal benutzt. Dazu ist zu erwähnen, dass Patienten Stabilitäts- oder Instabilitätsgefühle in 26 Fällen aufgriffen. Diese Fälle wurden mit *not definable* kodiert, da „Stabilität“ nach Ansicht der Autoren nicht nur eine Frage der strukturellen Integrität des Gelenks, sondern auch der Muskelkraft (b730), der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen (b755), der Kontrolle von Willkürbewegungen (b760) oder der unwillkürlichen Bewegungen ist (b765).

Patienten formulieren eher Ziele, wie z. B. Kraft, Stabilität oder Belastbarkeit eines Beines in Bezug auf bestimmte Aktivitäten. Die fachliche Kompetenz einer differenzierteren Therapieziel-fassung bleibt Aufgabe von Therapeuten. Sie legen einen weiteren Zielfokus an [7], der insbesondere den Bereich Körperfunktionen und Umweltfaktoren umfasst. Der Zielfokus begründet sich im Wesentlichen aus dem erweiterten medizinischen Hintergrundwissen von Therapeuten und daraus, dass Ziele aus Interventionen generiert wurden. Diese sind differenzierter und zeitlich kurzfristiger angelegt als Patientenziele.

Darüber hinaus werden von Patienten aus dem Kapitel 1 der Klassifikation der Körperfunktionen (mentale Funktionen) lediglich die Funktion des Schlafes (b134) und aus dem Kapitel 2 der Schmerz (b280) und die Funktionen des Tastens (b265) explizit formuliert. Auch aus der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe), den Kapiteln 1 (Lernen und Wissensanwendung), 2 (allgemeine Aufgaben und Anforderungen), 3 (Kommunikation) und 7 (interpersonelle Interaktionen und Beziehungen) formulierten Patienten keine Ziele.

Einschränkungen

Einschränkungen in der Aussagekraft der Untersuchung ergeben sich durch den selektiven Charakter der Befragung von

Patienten in nur einer Einrichtung. Zudem wurden in zahlreichen Fällen die von Patienten formulierten Ziele recht allgemein gehalten (z. B. Belastungsverbesserung, Alltagsfähigkeit, Stabilität).

Schlussfolgerungen

Patienten in der ambulanten muskuloskelettalen Physiotherapie können Hauptprobleme und Therapieziele benennen und Veränderungen lassen sich darstellen. Die häufigsten ermittelten ICF-Kategorien stimmen mit den Ergebnissen aus der Literatur zu stationären und therapeutenorientierten Erhebungen überein. Allerdings benennen Patienten weniger Umweltfaktoren und Ziele auf Funktions- und Strukturebene, dafür mehr im Bereich Aktivitäten und Teilhabe.

Danksagung

Wir danken Britta Vogler, Dr. Ruth Deck und Prof. Dr. Manfred Wegner für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Quintessenz

Fast alle Patienten in der ambulanten muskuloskelettalen Physiotherapie können Hauptprobleme in der Häufigkeit des Auftretens und Therapieziele im Grad der Zielerreichung benennen. Hauptprobleme und Ziele werden mit bedeutsamen Unterschieden zum Therapieende gegenüber dem Beginn dokumentiert und eignen sich für eine standardisierte Evaluation. Die Verknüpfung von Zielen mit der ICF zeigt am häufigsten vergleichbare Ergebnisse mit denen anderer Untersuchungen. Allerdings zählen Ziele aus Patientensicht im Vergleich zur Therapeutensicht eher zu den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe.

Literatur

- 1 Allet L, Cieza A, Bürge E et al. ICF-Interventionskategorien für die Physiotherapie bei muskuloskelettalen Gesundheitsstörungen. *physioscience* 2007; 3: 54–62
- 2 Bassett S, Petrie KJ. The effect of treatment goals on patient compliance with physiotherapy exercise programmes. *Physiotherapy* 1999; 85: 130–137
- 3 Biefang S, Potthoff P, Schliehe F. Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe, 1999
- 4 Biefang S, Schuntermann MF. Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer, 2000

- 5 Bollert G, Geuter G. Shared Decision Making. Zeitschrift für Physiotherapeuten 2007; 9: 892–897
- 6 Cieza A, Geyh S, Chatterji S et al. ICF-Linking Rules: An Update Based on Lessons Learned. J Rehabil Med 2005; 37: 212–218
- 7 Finger E, Cieza A, Stoll J et al. Identification of Intervention Categories for Physical Therapy, based on the international Classification of Functioning, Disability and Health: A Delphi Exercise. Physical Therapy 2006; 86: 1203–1220
- 8 Friedel K. Was Patienten zufrieden macht. Patientenzufriedenheit, Teil 1. physiopraxis 2008; 6: 40–44
- 9 Gerdes N. Zielorientierung in der Ergebnismessung. In: Deutscher Rentenversicherungsbund (Hrsg). Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation und Arbeitswelt vom 13. bis 15 März in Bayreuth 2006, DRV-Schriften. Bad Homburg: Deutscher Rentenversicherungsbund, 2006; Bd. 64
- 10 Gloor-Juzi T, Huber EO, Grill E. Operationalisierung von ICF-Kategorien für physiotherapeutische Interventionen im Akutkrankenhaus. physioscience 2008; 4: 7–16
- 11 Grill E, Huber EO, Stucki G. Standardisierung der Ziele physiotherapeutischer Intervention im Akutkrankenhaus mithilfe der ICF. physioscience 2008; 4: 17–24
- 12 Hilfiger R. Ziele setzen in der Physiotherapie – Gemeinsam planen motiviert. physiopraxis 2007; 9: 28–31
- 13 Höder J, Josenhans, Arlt AC. Ziele von Patienten, Ärzten und Therapeuten in der stationären Rehabilitation von Rückenschmerzen. In: Deutscher Rentenversicherungsbund (Hrsg). Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation und Arbeitswelt vom 13. bis 15 März in Bayreuth 2006. DRV-Schriften. Bad Homburg: Deutscher Rentenversicherungsbund, 2006; Bd. 64
- 14 Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR) 2009. www.iqpr.de/iqpr/seiten
- 15 Manueller Muskeltest. Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation (IGPTR) 2009. www.igptr.ch
- 16 Kasper J. Entscheidungen bewusst gemeinsam treffen. Zeitschrift für Physiotherapeuten 2008; 59: 897
- 17 Kiresuk TL, Sherman RL. Goal attainment scaling. A general method for evaluating comprehensive mental health programs. Community Mental Health Journal 1968; 4: 445–453
- 18 Kirschnick M, Gläsel A, Wilke S et al. Umsetzung der ICF und der ICF-Core-Sets für lumbale Rückenschmerzen in der Rehabilitation. Teil 1. manuelletherapie 2007; 11: 101–109
- 19 Krämer KL, Maichl FP. Scores, Bewertungsschemas und Klassifikationen in Orthopädie und Traumatologie. Stuttgart: Thieme, 1993
- 20 Landis J, Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics 1977; 33: 159–174
- 21 Mahomed NN, Liang MH, Cook EF et al. The importance of patient expectations in predicting functional out-comes after total joint arthroplasty. J Rheumatol 2006; 29: 1273–1279
- 22 Rietz I, Josenhans J, Höder J et al. Auswirkung von Zieldiskrepanzen auf den Reha-Erfolg bei stationären Rückenschmerzpatienten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation im Gesundheitssystem. 10. bis 12. März in Bad Kreuznach. DRV-Schriften, Tagungsband. Bad Homburg: Deutscher Rentenversicherungsbund, 2003
- 23 Steffanowski A, Lichtenberg S, Schmidt J et al. Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. Rehabilitation 2004; 43: 219–232
- 24 Weinhold W. EDV-gestützte modularisierte Assessment-geleitete Therapiedokumentation „emat“. Zeitschrift für Physiotherapeuten 2008; 60: 160–171
- 25 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung, und Gesundheit (ICF) 2005. World Health Organization (WHO) www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf
- 26 Handbuch – Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie-Praxis. In: Zentralverband der Physiotherapeuten (ZVK) (Hrsg). Wremen: Physio-Akademie, 2006