

Allgemeine Wirkfaktoren in der physiotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose

Neurol Rehabil 2013; 19 (4): 267–274
© Hippocampus Verlag 2013

B. Gebhard

Zusammenfassung

Die Wirksamkeit einer therapeutischen Behandlung entsteht aus dem Zusammenwirken spezifischer und unspezifischer Wirkfaktoren. Einzelne unspezifische Wirkfaktoren wurden in der Physiotherapie bereits untersucht. Eine systematische, modellbasierte Übertragung auf die Physiotherapie steht jedoch noch aus. Ziel der Pilotstudie ist eine qualitative Analyse und Anpassung des psychotherapeutischen Modells unspezifischer Wirkfaktoren für die Physiotherapie.

Methoden: Die Untersuchungsgruppe beinhaltet sieben Patienten mit Multipler Sklerose, die ambulant mit der Vojta-Methode behandelt werden. Die Daten wurden mittels leitfadengestützter Patienteninterviews erhoben und anhand der strukturierten Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die Interviews enthalten detaillierte Beschreibungen verschiedener allgemeiner Wirkfaktoren in der Physiotherapie. Alle Oberkategorien eines psychotherapeutischen Modells, welches theoretisch auf die Physiotherapie übertragen wurde, konnten bestätigt werden. Induktiv wurden Unterkategorien ergänzt: Vertrauenswürdigkeit, personelle Kontinuität, Rolle des Patienten, körperlicher Kontakt und körperliche Nähe, unmittelbares Erreichen von Zielen (u. a.). Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Pilotstudie liefern erste Erkenntnisse, die eine systematische Erfassung und Theoriekonzeption allgemeiner Wirkfaktoren für die Physiotherapie ermöglichen. Es gilt in einem nächsten Schritt, eine auf einer größeren Fallzahl beruhende systematische Analyse auftretender Faktoren sowohl aus Patienten- als auch Therapeutenperspektive anzufertigen.

Schlüsselwörter: Physiotherapie, allgemeine Wirkfaktoren, Interview, allgemeines Wirkfaktorenmodell

*Institut für Sonder- und
Rehabilitationspädagogik, Carl von
Ossietzky Universität Oldenburg*

Einleitung

Neben der Wirksamkeit physiotherapeutischer Interventionen generell wird häufig die Frage untersucht, welche Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen physiotherapeutischen Behandlungsmethoden existieren. Dies beinhaltet die Frage nach Wirkfaktoren, d. h. den Therapievariablen, die für die therapeutische Wirkung verantwortlich gemacht werden [5]. Grawe et al. ([10] S. 202) definieren Wirkfaktoren in ähnlicher Weise als »Aspekte des Therapieprozesses, die nachweislich zu positiven Wirkungen führen (...)«. Smith und Grawe [23] beschreiben Wirkfaktoren in der Psychotherapie zudem als veränderungsrelevante Transaktionen zwischen Patienten und Therapeuten. Für die Analyse von Wirkfaktoren scheint es folglich sinnvoll, verschiedene Perspektiven einzubeziehen. In diesem Artikel wird vorrangig die Patientenperspektive fokussiert. Generell kommt es innerhalb des Gesundheitssystems zu einer zunehmenden Einbeziehung der Patienten, nicht nur bezüglich der Planung, sondern auch bezüglich der Beurteilung medizinisch-therapeutischer Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. u. a. [4, 22]). Der Einbezug von Patienten im Sinne des »patient-reported

outcome« (PRO) wird auch dazu genutzt, z. B. die Zufriedenheit mit Therapie und Behandlung zu erfassen [20].

Im Folgenden werden therapeutische Wirkfaktoren aus einer psychotherapeutischen Modellvorstellung beschrieben. In einem nächsten Schritt werden diese auf die Physiotherapie übertragen. Anschließend werden die Ergebnisse einer patientenorientierten qualitativen Pilotstudie zur Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren in der Physiotherapie vorgestellt.

Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren

Einem therapeutischen Erfolg wird zunehmend ein komplexeres Gefüge verschiedener Wirkfaktoren zugrunde gelegt. Wirkfaktoren sind zum Teil in den Verfahren bzw. spezifischen methodischen Ansätzen selbst zu suchen. Tschuschke ([25] S. 15) definiert spezifische Wirkfaktoren als »Techniken und Interventionen des Therapeuten, die dieser ausschließlich vor dem Hintergrund der zugrundeliegenden theoretischen Orientierung anwendet, wobei die Theorie für die kausale Verbindung zwischen Therapeutenaktivität und Verminderung des Leidens auf Seiten des Patienten verantwortlich sein soll«. Diese Techniken und Strategien sind charakteristisch und

Common factors in physical therapy treatment of persons with multiple sclerosis

B. Gebhard

Abstract

The effectiveness of a therapeutic treatment arises from the combination of specific and common factors. Individual common factors were investigated in physiotherapy. A systematic, model-based transfer to physiotherapy lacks. The pilot study is a qualitative analysis and adaptation of the psychotherapeutic model of common factors for physiotherapy.

Methods: the sample includes seven outpatients with multiple sclerosis treated with the Vojta method. The data were collected by patient interviews. The interviews were evaluated by structured content analysis.

Results: The interviews contain detailed descriptions of common factors in physiotherapy. All main categories of a psychotherapeutic model, which were theoretically transferred to physiotherapy, could be confirmed. Some sub-categories were added: trust, personnel continuity, role of the patient, physical contact and physical proximity, immediate achievement of objectives (e.g.). The results of the pilot study provide first insights that enable a systematic compilation and theory conception of common factors in physiotherapy. It is the next step to make systematic analysis based on a larger number of cases including factors from both patient and therapist perspective.

Key words: physiotherapy, common factors, interview, common factors model

Neurol Rehabil 2013; 19 (4): 267–274

© Hippocampus Verlag 2013

einzigartig für ein Verfahren bzw. eine Therapiemethode. Spezifischen Wirkfaktoren liegt ein medizinisches Störungsmodell zugrunde, in dem angenommen wird, dass durch entsprechende Therapiemethoden pathologische Prozesse eingedämmt oder beseitigt werden können [7, 24].

Über die spezifische Therapiemethode hinaus werden innerhalb einer therapeutischen Behandlung weitere allgemeine Methoden angewendet. Diese können als übergeordnete Handlungsstrategie, Mechanismen, Aspekte und Rahmenbedingungen zur Zielerreichung bezeichnet werden [13]. Als allgemeine Methoden innerhalb eines bewegungsbasierten Therapieansatzes können z. B. Formen der Kommunikation, Erklärungen und Informationen und zeitliche Gliederung gefasst werden, ebenso gegenseitige Absprache, aber auch Verfahren zur Symptomveränderung wie Entspannungstechniken [13]. In der Literatur werden hierfür die Bezeichnungen allgemeine, unspezifische, universelle oder kommunale Wirkfaktoren verwendet. Pfammatter und Tschacher [21] diskutieren die Verwendung dieser Begriffe und sprechen sich aus Sicht der Psychotherapie für die Nutzung des Terminus »allgemeine Wirkfaktoren« (common factors) als umfassendsten Begriff aus.

Allgemeine Wirkfaktoren beinhalten Aspekte wie die therapeutische Beziehung oder die Erwartungshaltung des Patienten, die unabhängig von spezifischen Verfahren oder Störungsbildern wirksam sind. Die Erwartungshaltung wird im medizinischen Kontext häufig auch als Placebo bezeichnet und eher als nebensächlicher Wirkfaktor angesehen [27]. Im Kontext der Psychotherapie wird diesem jedoch ein bedeutsamer Anteil am Behandlungserfolg zugesprochen [16]. Zu berücksichtigen ist

in diesem Zusammenhang, dass in der Psychotherapie die positive Erwartungshaltung zur therapeutischen Beziehungsgestaltung dazu gehört. »Es ist daher im Kontext von Psychotherapie konzeptionell angemessener, die Induktion von Besserungserwartungen nicht als Placeboeffekt, sondern als einen allgemeinen Wirkfaktor zu betrachten« ([21] S. 70).

Die Analyse allgemeiner Wirkfaktoren hat in der Psychotherapie eine lange Forschungstradition. Auslöser war u. a. die Erkenntnis, dass nur geringe Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapieansätzen auszumachen sind (u. a. [9, 26]). Forschungserkenntnisse sprechen dafür, dass spezifische therapeutische Techniken erst durch diese allgemeingültigen Faktoren wirksam werden. Umgekehrt sehen Pfammatter und Tschacher ([21], S. 73ff.) das Zusammenspiel spezifischer und allgemeiner Wirkfaktoren als synergetisch: Die spezifische therapeutische Technik ist nicht nur in einen (allgemeinen) therapeutischen Beziehungskontext eingebettet, sondern »(d)ie therapeutische Interaktion wiederum wird wesentlich vom spezifischen Veränderungs- und Therapiekonzept und den daraus abgeleiteten technischen Vorgehensweisen geprägt.«

Kategoriensysteme allgemeiner Wirkfaktoren

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Kategoriensysteme (psychotherapeutischer) Wirkfaktoren entwickelt [21]. Das System von Grenavage und Norcross [11] ist zur theoretischen Analyse allgemeiner Wirkfaktoren auf die Physiotherapie übertragen worden [18]. Grundsätzlich kann diskutiert werden, ob die Erkenntnisse aus der Psychotherapie auf die Physiotherapie übertragen werden können (vgl. hierzu [7]). In ihrem ursprünglichen Modell leiten Grenavage und Norcross [11] aus der Analyse von 50 Publikationen aus den Jahren 1936–1989 unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie in fünf Kategorien ab. Diese Kategorien übertragen Miciak und Kollegen [18] in einem ersten Schritt theoretisch aus physiotherapeutischen Studienbefunden, allerdings nicht empirisch begründet oder systematisch abgeleitet, auf die Physiotherapie (Tab. 1).

Auch in der (physiotherapeutischen) Rehabilitation chronisch und/oder neurologisch erkrankter Menschen ist ein stetiger Zuwachs an Forschungsarbeiten, die sich auf die Analyse einzelner allgemeiner Wirkfaktoren beziehen, zu verzeichnen [7].

In einem systematischen Review fassen Hall et al. [12] 13 Studien bezüglich der »working alliance« (Beziehungsgestaltung/zielgerichteten Zusammenarbeit Therapeut-Patient) in der Physiotherapie zusammen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die therapeutische Allianz einen positiven Effekt auf das Therapieergebnis haben kann. Die Stärke dieses Zusammenhangs gilt es jedoch noch zu spezifizieren.

Jeffels und Foster [14] untersuchten in einem systematischen Review die Frage, ob die Kommunikation zwi-

schen Therapeut und Patient das Schmerzempfinden des Patienten beeinflussen kann. Nach der Analyse von acht Studien mit unterschiedlicher methodischer Qualität, kommen sie zu der Erkenntnis, dass die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient einen potentiellen Einfluss auf das Schmerzempfinden des Patienten haben kann.

Bishop et al. [3] publizierten eine Analyse über den Zusammenhang zwischen der Erwartungshaltung der Patienten bezüglich der manuellen Therapie und der eigenen Angabe zur Beeinträchtigung bzw. der Wirkung der manuellen Therapie. Die Analysen konnten entgegen bisheriger Erkenntnisse (z.B. [8, 15, 19]) den Zusammenhang nicht bestätigen, vermuten den Grund jedoch in der hohen Effektstärke des Faktors »Behandlungsmethode«.

Barth et al. [1] recherchieren qualitative Studien, um die Faktoren Rollen, Kontext, Kommunikation und Zielsetzung in der Physiotherapie in der Schlaganfallrehabilitation zu untersuchen. In ihrer Untersuchung werden qualitative Analyse aufgegriffen, die u.a. die veränderte Rolle des Therapeuten im Zuge der Umsetzung der ICF, der Beteiligung der Patienten an der Therapiezielsetzung und die Informationsvermittlung. Sie stellen schlussfolgernd fest, dass »Physiotherapie zur Schlaganfallrehabilitation weit über motorisches Training hinausgeht« ([1] S. 175). Die Beachtung des Kontextes, die Rollenverteilung und Ausgestaltung zwischen Therapeut und Patient sowie die Kommunikation und Zielsetzung haben einen wesentlichen Anteil an der Qualität der Behandlung (die Autoren beziehen sich hier jedoch nicht explizit auf Wirkfaktoren). Bei Beachtung dieser Faktoren muss sich ihrer Einschätzung nach das Berufsbild, gerade in Bezug auf Ausbildung, Praxis und Forschung, neu definieren.

Diese Zusammenstellung ermöglicht einen ersten Eindruck, dass die Analyse allgemeiner Wirkfaktoren bereits einen Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs physiotherapeutischer Behandlungsprozesse gehalten hat. Diese Studien zeigen sich jedoch auf Einzelaspekte fokussiert und keiner Modellvorstellung allgemeiner Wirkfaktoren folgend.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass allgemeingültige Faktoren in der Physiotherapie relevant sind und einen Teil des Therapieerfolgs ausmachen können. Diese Faktoren gilt es in Wirksamkeitsuntersuchungen spezifischer Therapieverfahren mit zu untersuchen. »Spezifische und allgemeine Wirkfaktoren sind ein Teil des komplexen dynamischen Beziehungsgefüges, dem Therapieprozesse unterworfen sind« ([21] S. 73). Um dieser Forderung gerecht zu werden, bedarf es einer Entwicklung eines Modells und Kategoriensystems allgemeiner Wirkfaktoren in der Physiotherapie. Für die Physiotherapieforschung schlagen Miciak et al. [18] folgende drei Schritte für ein weiteres Vorgehen vor:

1. die empirische Überprüfung, im Sinne einer Identifikation angemessener (weiterer) Kategorien,

Oberkategorien allgemeiner Wirkfaktoren	Unterkategorien (einzelne Gemeinsamkeiten)
Veränderungsprozesse	Unterricht und Erziehung (Prozesse der Wissens- und Informationsvermittlung und Veränderung); Bestimmung einer plausiblen Diagnose (Erklärung der Probleme); Behandlungsplan und Selbstmanagement-Strategien; Zusammenarbeit und Zielerstellung/ Zielsetzung; positive Rückmeldungen an die Klienten
Qualität des Therapeuten	Professionell; kompetent und erfahren; emotional warm; empathisch (einführend verstehend); therapeutische Wahrnehmung und Überzeugung von Schmerz (therapeutisches Schmerzmodell)
Therapeutische Beziehung	Allgemeine Therapeut-Patient-Interaktion; Therapeut hört zu; Therapeut liefert Erklärungen; Engagement für den Patienten oder mit dem Patienten verbrachte Zeit
Behandlungsstruktur	Anwendung von Techniken
Patientenmerkmale	Positive Erwartungshaltung gegenüber einer spezifischen Behandlung; psychosoziale Faktoren, wahrgenommene Hilflosigkeit

Tab. 1: Allgemeine Wirkfaktoren in der Physiotherapie [14]

2. die Spezifizierung des Anteils am Behandlungserfolg für die Physiotherapie und
3. die Untersuchung der Wechselbeziehung und gegenseitigen Abhängigkeit der Kategorien.

Zudem sollte als vierter Schritt

4. die Entwicklung von Forschungsdesigns, die die Messung, Analyse und Wechselwirkung unspezifischer Wirkfaktoren mit spezifischen Therapietechniken ermöglichen, in Betracht gezogen werden [7].

Hier lassen sich in die Forderung von Pfammatter und Tschacher [21] für die Psychotherapieforschung einreihen: Ein Nachweis der Kausalität zwischen Wirkfaktor und Therapieerfolg steht noch aus. Daher gilt es die Frage zu klären,

5. unter welchen Bedingungen verschiedene Wirkfaktoren wirksam werden.

Hierzu müssen passende Forschungsdesigns verwendet bzw. entwickelt werden. Auch für die Psychotherapie wird eine Systematik allgemeiner Wirkfaktoren gefordert: »Das Wirkfaktorenkonzept bleibt zu ungenau. Vor allem dem Konstrukt allgemeiner Wirkfaktoren fehlt es an definitorischer und konzeptueller Klarheit« (ebd., S. 75).

Ziel der Pilotuntersuchung

Die folgende Pilotuntersuchung orientiert sich an dem theoretischen Kategoriensystem allgemeiner Wirkfaktoren in der Physiotherapie von Miciak et al. [18]. Ziel der Pilotuntersuchung ist die Bestätigung theoretisch angenommener (deduktiver) Wirkfaktoren in der physiotherapeutischen Behandlung nach Vojta von Patienten mit Multipler Sklerose. Zudem sollen induktiv ergänzend Wirkfaktoren extrahiert werden, um weitere Erkenntnisse für ein umfassendes Wirkfaktorenmodell in der

Physiotherapie zu erhalten. Die forschungsleitenden Fragestellungen lauten:

1. Welche theoretisch angenommenen allgemeinen Wirkfaktoren werden von den Patienten bestätigt?
2. Welche weiteren allgemeinen Wirkfaktoren werden von den Patienten benannt?

Patientengruppe und Methoden

Die Auswahl der Patientengruppe (Multiple Sklerose) erfolgte unter der Prämisse, einen Personenkreis, der aufgrund einer chronischen Erkrankung über langjährige Erfahrung mit physiotherapeutischer Behandlung verfügt, zu befragen. Trotz der Fokussierung auf allgemeine Wirkfaktoren sollten gerade die spezifischen Wirkfaktoren (therapeutische Technik) möglichst vergleichbar sein. Daher wurde die Vojta-Therapie ausgewählt. Bei dieser handelt es sich um eine Methode, durch die über eine gezielte therapeutische Aktivierung klar definierter Reizzonen elementare Bewegungsmuster (Reflexkriechen und Reflexumdrehen) ausgelöst werden.

Variable	Stichprobe (N=7)
Geschlecht	1 männl., 6 weibl.
Alter	Mittel: 50 Jahre, Umfang: 43 – 59 Jahre
Häufigkeit physiotherapeutischer Behandlung	1 – 2 Termine/Woche, Zeitdauer 20 bis 40 Minuten
Beginn physiotherapeutischer Behandlung (aktuelle Praxis)	Mittel: 7,3 Jahre, Umfang: 1 – 12 Jahre

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung

Es wurden insgesamt sieben erwachsene Patienten mit diagnostizierter Multipler Sklerose interviewt. Die Probandenrekrutierung erfolgte über zwei verschiedene Physiotherapiepraxen in einer Großstadt in Niedersachsen. Alle Patienten befinden sich aktuell in ambulanter physiotherapeutischer Behandlung nach der Vojta-Methode (Tab. 2).

Erhebungsverfahren und Analyseverfahren

Als Erhebungsverfahren wurden leitfadengestützte Interviews (Experteninterviews: Physiotherapiepatienten) sowie teilnehmende Beobachtungsverfahren (videobasiert, Behandlungssituation: Therapeut und Patient) verwendet. Die methodische Triangulierung wird mit dem Ziel des Erkenntniszuwachses auf unterschiedlichen Ebenen verfolgt [6].

Im Folgenden wird die Analyse des ersten Methodenstrangs – Experteninterviews – vorgestellt. Die Interviews wurden in einer selbst gewählten und vertrauten Umgebung durchgeführt. Die Dauer lag zwischen 30 – 48 Minuten. Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die Interviews wurden alle von

einer Person, orientiert an einem Leitfaden, durchgeführt. Dieser umfasste u. a. folgende Einstiegsfrage: »Was sind ihrer Meinung nach Bedingungen für eine wirksame physiotherapeutische Behandlung?« Des Weiteren wurden spezifische Nachfragen gestellt: »Welche Eigenschaften sind Ihnen an einem Physiotherapeuten wichtig?«. Abgeschlossen wurden alle Interviews anhand einer offenen Nachfrage: »Was macht Ihrer Meinung nach die Wirksamkeit der Physiotherapie aus? Welche weiteren Faktoren könnten eine Rolle spielen?«

Die Analyse der leitfadengestützten Experteninterviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [17]. Eine strukturierende Analyse wurde anhand des Kategoriensystems allgemeiner Wirkfaktoren nach Miciak et al. [18] vorgenommen. Deduktiv wurde im Vorfeld die Oberkategorie »Institutionelle Rahmenbedingungen« ergänzt. Diese wurde in Anlehnung an Hölter [13] formuliert und greift zudem die Ergebnisse einer Analyse von Beatti et al. [2] zur Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit der physiotherapeutischen Behandlung auf. Im Verlauf der Analysen wurden weitere Unterkategorien induktiv gebildet.

Ergebnisse

Unter der Oberkategorie *Veränderungsprozesse* werden Prozesse zusammengefasst, die zu einer Veränderung im Alltag des Patienten führen. Hierzu zählen u. a., dass Symptome plausibel erläutert werden und ein gemeinsamer Behandlungsplan mit einer gemeinsamen Zielsetzung erstellt wird. Die Behandlung soll für den Patienten nachvollziehbar sein. Von Seiten der Patienten wurden alle Unterkategorien in den Interviews benannt. Jedoch ist festzustellen, dass nicht unbedingt ein klares Behandlungsziel gemeinsam formuliert wurde:

Interview 2 Z. 79: »Eigentlich habe ich kein Ziel, weil (...) das kommt von alleine.«

Interview 4 Z. 24: »Nee, ich denke mal, dass das so wie es kommt das kommt.«

Den Patienten ist es wichtig, dass der Therapeut die Therapieprozesse nachvollziehbar und das Vorgehen transparent gestaltet.

Die *Qualität des Therapeuten* wird auf verschiedenen Ebenen von den Patienten differenziert beschrieben. Zum einen ist ihnen wichtig, dem Therapeuten vertrauen zu können, um sich in der Therapie öffnen und sich der Behandlung hingeben zu können (induktive Ergänzung: Vertrauenswürdigkeit). Zum anderen wird von den Patienten die Professionalität, Kompetenz und Erfahrung des Therapeuten umfassend beschrieben. Kompetenz wird beispielsweise mit Erfahrung und Weiterbildung, aber auch mit selbstbewusstem Auftreten und Organisiertheit gleichgesetzt und zeigt

sich u. a. in einem individualisierten Vorgehen des Therapeuten:

Interview 5 Z. 25: »Da würde ich schon sagen, wenn jemand gezielter an bestimmten Stellen noch ansetzen kann, dann ist die Wirkung intensiver, als wenn er – ist jetzt nicht böse gemeint –, aber so ein 0-8-15-Programm absolviert.«

Interview 7 Z. 19: »Also es ist jetzt nicht so, dass er sich nicht weiterbildet oder nicht informiert, aber das ist trotzdem ein Unterschied, ob da jemand jetzt gerade frisch aus der Ausbildung kommt oder ob jemand das schon jahrelang macht. Also von daher habe ich schon einen Unterschied gemerkt.«

Die Fähigkeit zum individualisierten Vorgehen, des Beachtens der individuellen Bedürfnisse und Einfühlens in die individuelle Befindlichkeit des Patienten (Responsivität, Empathiefähigkeit) wird einem kompetenten Therapeuten als Eigenschaft zugeschrieben. Die interviewten Patienten haben langjährige Behandlungserfahrung und entwickeln ein individuelles Gespür für die Kompetenz des Therapeuten.

Interview 7 Z. 58: »Dann hatte ich einen Mann (...) der hat mit mir Sachen gemacht: Da dachte ich so wow. Erstmal habe ich hinterher gemerkt, das hat wirklich was gebracht. Aber der hat das auch so rübergebracht also der ist so tatkräftig so ran und jetzt machen wir dies und jetzt jenes (...).«

Folgende Unterkategorien wurden zudem induktiv ergänzt: »Akzeptierend«: Den Patienten ist es wichtig, dass sie sich von ihrem Therapeuten als individuelle Persönlichkeit akzeptiert fühlen. Hierzu gehört die Responsivität des Therapeuten bzgl. emotionaler Befindlichkeit und Bedürfnisse (zB. während der Gesamtbehandlung zu schweigen). Patienten beschrieben folgende »positive Charaktereigenschaften der Therapeuten«: Der Therapeut sollte ein gepflegtes Äußeres haben, sympathisch, charismatisch, verlässlich und motivierend sein. Patient und Therapeut sollten einen offenen, vertrauensvollen Umgang miteinander haben. Zudem sollten die Persönlichkeiten von Patient und Therapeut zusammenpassen.

Interview 5 Z. 7: »Ich kann mir nicht vorstellen, dass ich mich da so reingeben würde, wenn das jemand ist, den ich überhaupt nicht mag, den ich vielleicht auch eklig finde, also so ein Mensch, der mir unsympathisch ist. Da könnte ich mich nicht gut drauf einlassen, da würde ich mich sehr wahrscheinlich sperren.«

Die vorgeschlagene Unterkategorie von Miciak et al. [18] »therapeutische Wahrnehmung und Überzeugung von Schmerz (therapeutisches Schmerzmodell)« konnte in diesen Interviews nicht bestätigt werden.

Die Oberkategorie *therapeutische Beziehung* umfasst insgesamt acht Unterkategorien. Die induktiv ergänzte Unterkategorie zur Konstanz des Behandelnden wird unterschiedlich eingeschätzt. Jedoch wird Wert auf eine gute Absprache bzw. Übergabe gelegt, wenn Therapeutenwechsel stattfinden. Auch stellen die Patienten zum Teil Wirksamkeitsunterschiede zwischen den behandelnden Therapeuten fest. Wichtig ist den Patienten, dass sie sich ernstgenommen fühlen und gut eingeschätzt werden:

Interview 4 Z. 20: »Das ist mir sehr wichtig, weil ich lebe ja mit der Krankheit und ich habe mittlerweile ein Gefühl dafür entwickelt (...).«

Ebenfalls ergänzt wurden die Aspekte Körperkontakt und körperliche Nähe.

Interview 5 Z. 7: »Also ich glaube es ist schon mal ganz wichtig, dass der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin ein Mensch ist, der mir sympathisch ist, den ich an meinen Körper ranlassen möchte.«

Bezüglich des Geschlechts des Therapeuten äußern die interviewten Patienten keine Präferenzen oder Ablehnung.

Aus Patientensicht können zudem folgende Qualitätsmerkmale der therapeutischen Beziehung extrahiert werden: An erster Stelle steht die Sympathie. Wichtig sind auch eine positive, freundschaftliche und harmonische Beziehung und das Gefühl, vom Therapeuten gemocht und akzeptiert zu werden.

Interview 7 Z. 54: »Also das muss passen (...) wenn sich schon irgendetwas sträubt (...) dann kann das auch nichts werden.«

Interview 6 Z. 52: »Ich wurde auch in der Praxis von einer Therapeutin behandelt, die eben diese Kriterien nicht erfüllt (...). Ja, es war für mich auch einfach unangenehm.«

In der Oberkategorie *Behandlungsstruktur* wurde die Unterkategorie Anwendung von Techniken (unspezifisch) bestätigt. Im Rahmen der Interviews wurde jedoch überwiegend die spezifische Methode der Vojta-Behandlung beschrieben. Als unspezifische Techniken wurde die Möglichkeit des »Ausruhens« direkt im Anschluss an die Behandlung als wirkungsverstärkend und angenehm beschrieben. Induktiv wurde zudem die Unterkategorie »Erreichen unmittelbarer Ziele und Wirkungen« hinzugefügt. Fünf von sieben Patienten beschreiben, dass sie bereits in oder unmittelbar nach der Behandlung eine Wirkung spüren und dass ihnen das sehr wichtig sei.

Die von allen Patienten genannte und am umfangreichsten beschriebene Unterkategorie der *Patientenmerkmale* ist die positive Erwartungshaltung gegenüber der spezifischen Behandlung.

Interview 6 Z. 79: »(...) Ich weiß ja schon vor der Behandlung, es wird mir nachher besser gehen.«

Interview 7 Z. 56: »Aber wichtig ist natürlich auch, dass ich der Meinung bin: das ist wirkungsvoll, also das ist auch mit Hand und Fuß und hat alles seine Richtigkeit.«

Interview 5 Z. 9: »Also das ist ja ein bisschen schwieriger weil am Anfang war ich ja habe ich gedacht: na guckst dir das mal an. Also von meiner Seite aus ich wäre nie solange dabei geblieben, wenn ich nicht das Gefühl gehabt hätte, da wirkt was positiv auf mich, auf meinen Körper, auf meine Seele, beides.«

Die persönliche Überzeugung von der Therapie führt laut Aussage der Patienten zu langfristiger Motivation, die als eine Steigerung der Lebensqualität empfunden wird. In einem engen inhaltlichen Zusammenhang sind psychosoziale Faktoren zu sehen. Hierunter wird z.B. die selbsteingeschätzte Offenheit gegenüber der Behandlung genannt. Die Ansprache auf die Therapie hängt laut Aussage der Patienten auch von der aktuellen psychischen Verfassung ab. Aussagen bezüglich der selbst wahrgenommenen Hilflosigkeit wurden in den Interviews nicht getroffen. Induktiv wurden die Unterkategorien Achtsamkeit des Patienten sowie aktive Mitarbeit ergänzt.

Unter Achtsamkeit wird die Einstellung des Patienten kodiert, auch eine Verantwortung gegenüber dem Therapeuten zu tragen bzw. diese zu reflektieren.

Interview 7 Z. 64: »(...) aber manchmal lockert sich das dann im Laufe der Viertelstunde zwanzig Minuten oder wie auch immer. Das ist schon wichtig also ich finde wichtig, dass es beiden irgendwie gut geht damit da auch irgendwie was bei rauskommt.«

Unter aktiver Mitarbeit wurden Aussagen von Patienten kodiert, in denen sie beschreiben, wie sie selbst zum Behandlungserfolg beitragen können. Einige Patienten lösen Reaktionen in der Grundstellung nach Vojta auch bei sich zu Hause selbst aus – andere Patienten beschreiben, dass sie dies probiert haben, jedoch ohne Erfolg.

Die Kategorie der *institutionellen Rahmenbedingungen* wurde ergänzt und bezieht sich auf die Frage, welche Rahmenbedingungen ihnen für die physiotherapeutische Behandlung wichtig seien. Folgende Unterkategorien wurden hierbei benannt: »Termin- und Praxismanagement« sowie »räumliche und gestalterische Einrichtung der Praxis«. Die Regelmäßigkeit, Konstanz und der Nichtausfall der Termine sind den Patienten sehr wichtig. Die Terminvergabe sollte sich an den Arbeitszeiten und dem Erschöpfungszustand der Patienten orientieren.

Interview 5 Z. 19: »Gut, also ich meine, dass die Termine einigermaßen eingehalten werden, ist natürlich wichtig, nicht dass ich mich abhetze und muss dann warten. Das trägt dann nicht unbedingt so zu meiner Stimmung bei, und dann dauert es natürlich auch ein bisschen länger bis das wirkt.«

Eine verkürzte Behandlungsdauer führt zu Unzufriedenheit beim Patienten. Wichtig sind den Patienten die Erreichbarkeit der Praxis durch öffentliche Verkehrsmittel oder eine gute Parkplatzsituation. Ebenso ein kurzer, einfach zu bewältigender Weg zur Praxis (z. B. kein Kopfsteinpflaster). Die Bedeutsamkeit einer Regelmäßigkeit der Termine begründet sich auch in der persönlichen Strukturierung des Alltags:

Interview 1 Z. 31: »Ja ich habe ja zweimal in der Woche, wenn ich das regelmäßig mache. Wir haben ja unseren bestimmten Tage (...). Wenn ich das regelmäßig mache, ist das für mich auch ganz gut (...) weil ich brauche das ja auch. Ich mache ja sonst nix, dann brauch das auch, also ich will mein Leben ja ein bisschen ordnen und dann muss ich ja ein bisschen Regelmäßigkeiten reinkriegen.«

Die Praxisräume sollten sauber sein und ein schönes Ambiente haben bzw. Wohlgefühl erzeugen. Dies hat Auswirkung auf die Patienten:

Oberkategorien allgemeiner Wirkfaktoren	Unterkategorien
Veränderungsprozesse	Unterricht und Erziehung (Prozesse der Wissens- und Informationsvermittlung und Veränderung); Bestimmung einer plausiblen Diagnose (Erklärung der Probleme); Behandlungsplan und Selbstmanagement Strategien; Zusammenarbeit und Zielerstellung/Zielsetzung; positive Rückmeldungen an den Klienten
Qualität des Therapeuten	Professionell; kompetent und erfahren; emotional warm; empathisch (einführend verstehend); therapeutische Wahrnehmung und Überzeugung von Schmerz (therapeutisches Schmerzmodell); Vertrauenswürdigkeit; positive Charaktereigenschaften aus Patientensicht; akzeptierend
Therapeutische Beziehung	Allgemeine Therapeut-Patient-Interaktion; Therapeut hört zu; Therapeut liefert Erklärungen; Engagement für den Patienten oder mit dem Patienten verbrachte Zeit, personelle Kontinuität; Rolle des Patienten; Körperkontakt und körperliche Nähe; Beziehungsqualität aus Patientensicht
Behandlungsstruktur	Anwendung von Techniken (unspezifisch); Erreichen unmittelbarer Ziele und Wirkungen
Patientenmerkmale	Positive Erwartungshaltung gegenüber einer spezifischen Behandlung; psychosoziale Faktoren, wahrgenommene Hilflosigkeit, Achtsamkeit des Patienten; aktive Mitarbeit des Patienten
Institutionelle Rahmenbedingungen	Termin- und Praxismanagement; Gestaltung der Praxisräume; Lautstärke in den Praxisräumen

Tab. 3: Ergebnis Pilotstudie: allgemeine Wirkfaktoren.
 Legende: Fett = allgemeine Wirkfaktoren nach Miciak et al. [14], Kursiv = induktiv ergänzte allgemeine Wirkfaktoren Pilotstudie, Grün = deduktiv ergänzte allgemeine Wirkfaktoren Pilotstudie, Gestrichen = nicht bestätigte Faktoren Pilotstudie

Interview 5 Z. 19: »Klar eine gewisse Sauberkeit ist wichtig, also auch dass das nicht alles so oll und hässlich ist, sondern eine ganz schöne Atmosphäre. Klar, es beeinflusst uns ja alle.«

Der Aspekt der »Lautstärke« innerhalb der Praxis wurde von keinem Patienten explizit erwähnt. In Tabelle 3 werden die Ergebnisse zusammengefasst.

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse liefern nur einen ersten Einblick in eine systematische, patientenorientierte Analyse von Wirkfaktoren in der Physiotherapie. Entsprechend der geringen Fallzahl von sieben Interviewpartnern und der hohen Selektivität (nur Patienten, die mit der derzeitigen Behandlung zufrieden sind und nach Vojta behandelt werden), müssen die Ergebnisse zudem sehr verhalten interpretiert werden und können nicht generalisiert werden. Die Therapeutesicht gilt es noch zu ergänzen. Die Patienten wurden im Vorfeld und im Verlauf des Interviews darüber informiert/erinnert, sich über die Wirksamkeit ihrer physiotherapeutischen Behandlung zu äußern. Das forschungsmethodische Vorgehen lässt jedoch keinen kausalen Rückschluss zu, in welcher Form und in welchem Umfang die benannten Aspekte »wirksam« sind. Auch die Frage, was ein Patient individuell als Wirksamkeit erlebt, kann in diesem Analyseprozess nicht tiefer gehend erforscht werden.

Anhand dieser limitierenden Vorüberlegungen werden die Ergebnisse wie folgt interpretiert: Grundsätzlich werden alle Oberkategorien allgemeiner Wirkfaktoren als bestätigt angesehen. Nicht bestätigt wurde die Unterkategorie therapeutisches Schmerzmodell. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Kategorie von Miciak et al. [18] vor dem Hintergrund der Arbeit mit Patienten mit chronischem Rückenschmerz entwickelt wurde und der Aspekt der Schmerzbewältigung in der Arbeit mit Patienten mit MS nicht unbedingt im Vordergrund der hier erfolgten Behandlungen stand. Auch wurde die wahrgenommene Hilflosigkeit (Patientenmerkmale) nicht kodiert – dies lässt sich auf den Interviewleitfaden zurückführen, der diesen Aspekt nur bedingt aufgreift. Die nicht bestätigte Kategorie der Lautstärke in den Praxisräumen kann auf individuelles Empfinden, Gewöhnung oder nicht vorhandenen Lärm zurückgeführt werden.

Bezüglich der Kategorien »Veränderungsprozesse« und »therapeutische Beziehung« ergibt sich eine inhaltliche Überschneidung hinsichtlich der Aspekte »Problemläuterung« und »Therapeut liefert Erklärung«. Diese Aspekte ergänzen sich und könnten weniger als Beziehungsprozess sondern als Veränderungsprozess im Sinne der Transparenz des therapeutischen Vorgehens gefasst werden. Sie bilden somit ein Erklärungssystem für den Patienten bzgl. seiner Symptomatik und der Nachvollziehbarkeit des therapeutischen Vorgehens.

Zentral und umfassend thematisieren die Patienten die Aspekte »Qualität des Therapeuten« und »therapeutische Beziehung«. Diese wurden bereits in Physiotherapiestudien untersucht (s. o.). Hier sollte im Gegensatz zu psychotherapeutischen Behandlungen beachtet werden, dass es sich in der Physiotherapie um eine körpernahe Therapieform mit einem hohen Anteil direkten Körperkontakts handelt. Dies setzt u. a. Vertrauen und Sympathie in verstärktem Maß voraus. Wampold ([26] S. 205) spricht »Therapeutenvariablen« in der Psychotherapie 6–9% des Varianzanteils am Behandlungserfolg neben 5% Varianzanteil der »working alliance« (therapeutische Beziehung) zu. Es besteht jedoch ein enger inhaltlicher Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren. Es sollte genauer spezifiziert werden, ob Therapeutenvariablen in der Physiotherapie mit denen der Psychotherapie deckungsgleich sind.

Umfassend wird von den Patienten die positive Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung beschrieben, die in den hier analysierten Patientenaussagen in einem engen Zusammenhang mit der unmittelbar »spürbaren« positiven Wirkung der Behandlung gesehen wird. Auch beschreiben die Patienten, dass sie sich mit der Methode gut identifizieren können und diese, ebenso wie den behandelnden Therapeuten, als passend empfinden. Ein Nichtpassen scheint Einfluss auf die Wirksamkeit zu haben. Dieser Aspekt sollte in Effektivitätsstudien berücksichtigt werden – bspw. bei randomisierten Forschungsdesigns, wenn ein Patient per Zufall einer Methode zugeordnet wird, von der er nicht überzeugt ist. Die Erwartungshaltung, sowohl von Patient als auch Therapeut, greift Wampold ([26] S. 205) als zentral in der Psychotherapie auf: Die Erwartungshaltung der Patienten macht 15% Anteil am Behandlungserfolg aus. In diesem Zusammenhang sollte unbedingt die Allegiance, d. h. die Überzeugung des Therapeuten, dass seine Behandlung wirksam ist ([26] S. 159), beachtet werden. Dieser spricht Wampold ([26] S. 205) bis zu 10% der Varianz zu. Es ist anzunehmen, dass ein enger Zusammenhang zwischen positiver Erwartungshaltung des Patienten und der Überzeugung des Therapeuten von seiner Behandlung besteht. Bereits Kalauokalani et al. [15] haben diese Erkenntnis in einer Studie im Vergleich von Massage und Akupunktur nachgewiesen. Eine Berücksichtigung dieses Zusammenhangs in der Physiotherapie könnte zudem bedeutende Implikationen für die Ausbildung angehender Physiotherapeuten und auch die praktische Gestaltung von Behandlung haben.

Abschließend bleibt festzustellen, dass Therapie- und Praxismanagement an den Bedürfnissen der Patienten orientiert werden sollten, was keine neue Erkenntnis ist.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie liefern Anhaltspunkte für eine systematische Erfassung und Theoriekonzeption allgemeiner Wirkfaktoren in der Physiotherapie. Es gilt in einem nächsten Schritt eine auf einer größeren Fallzahl beruhende systematische Analyse auftretender allgemeiner Wirkfaktoren – sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutenperspektive – anzuführen.

tigen. Dabei sollte die hier beschriebene Abgrenzung und Erweiterung der bereits in der psychotherapeutischen Fachliteratur beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren berücksichtigt werden. In Anlehnung an die Erkenntnisse von George und Hirsh [8] müsste in zukünftigen Untersuchungen der Aspekt der Zufriedenheit mit der Behandlung an sich und der Zufriedenheit mit den Therapieeffekten deutlicher differenziert betrachtet werden und in Bezug zur Interaktion zwischen Therapeut und Patient gesetzt werden.

Im Anschluss an die Identifikation allgemeiner Wirkfaktoren sollten die Spezifizierung des Anteils am Behandlungserfolg und die Untersuchung der Wechselbeziehung und gegenseitigen Abhängigkeit der Faktoren vorgenommen werden [18].

Zudem sollte als weiterer Schritt die Entwicklung von Forschungsdesigns, die die Messung, Analyse und Wechselwirkung allgemeiner Wirkfaktoren mit spezifischen Therapietechniken ermöglichen, in Betracht gezogen werden [7].

Literatur

- Barth CA, Schemmann U, von Koch L. Rollen im Kontext: Interaktion während Physiotherapie in der Schlaganfallrehabilitation. Überblick über qualitative Studien. *Physioscience* 2007; 3: 167-176.
- Beattie P, Turner C, Dowda M et al. The MedRisk Instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: A psychometric analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2005; 35 (1): 24-32.
- Bishop MD, Bialosky JE, Cleland JA. Patient expectations of benefit from common interventions for low back pain and effects on outcome: secondary analysis of a clinical trial of manual therapy interventions. *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 2011; 19 (1): 20-25.
- Bliss E. The roles of attachment, depression, and the working alliance in predicting treatment outcomes in chronic pain patients seeking physical therapy services. 2009; Paper 301: URL: http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_dissertation/301.
- Caspar F, Hertz SC, Mundt C. Was ist Psychotherapie? In: Hertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg). *Störungsorientierte Psychotherapie*. Urban & Fischer, München 2008, 33-45.
- Flick U. *Triangulation – Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008.
- Gebhard B. Allgemeine Wirkfaktorenanalyse in der Physiotherapie. *Physioscience* 2012; 8 (3): 91-95.
- George SZ, Hirsh AT. Distinguishing patient satisfaction with treatment delivery from treatment effect: a preliminary investigation of patient satisfaction with symptoms after physical therapy treatment of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 1338-1344.
- Grawe K. Wie kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 2005; 1: 4-11.
- Grawe K, Regli D, Smith E et al. Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 1999; 31 (2): 201-225.
- Grencavage L, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice* 1990; 21: 372-378.
- Hall AM, Ferreira PH, Maher CG et al. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy* 2010; 90 (8): 1099-1110.
- Hölter G. Konturen der klinischen Bewegungstherapie. In: Hölter G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2011, 71-154.
- Jeffels K, Foster N. Can aspects of physiotherapist communication influence patients' pain experiences? A systematic review. *Phys Ther Rev* 2003; 8: 197-210.
- Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ et al. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001; 26: 1418-1424.
- Lohr JM, DeMaio C, McGlynn FD. Specific and nonspecific treatment factors in the experimental analysis of behavioural treatment efficacy. *Behaviour Modification* 2003; 27 (3): 322-368.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. 11. Auflage, Beltz, Weinheim 2010.
- Miciak M, Gross DP, Joyce AA. Review of the psychotherapeutic "common factors" model and its application in physical therapy: the need to consider general effects in physical therapy practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; 26: 394-403.
- Mondloch MV, Cole DC, Frank JW. Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ* 2001; 165: 174-179.
- Mook J, Bahr K, Bak P et al. *Lebensqualitätsmessinstrumente in der Rehabilitation Unfallverletzter. Trauma und Berufskrankheit* 2009; 11 (Suppl. 3): 418-422.
- Pfammatter M, Tschacher W. Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2012; 60 (1): 67-76.
- Schönberner M, Humle F, Teasdale TW. Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. *Braininjury* 2006; 20 (12): 1271-1282.
- Smith E, Grawe C. Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten FORUM* 1999; 6: 5-8.
- Tschuschke V. Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin: Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 2005; 2: 106-115.
- Tschuschke V. Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie: Prozess, Ergebnis, Relationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993.
- Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Finding*. Lawrence Erlbaum, Mahaw 2001.
- Wampold BE, Minami T, Callen Tierney S et al. The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *Journal of Clinical Psychology* 2005; 61 (7): 835-854.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Britta Gebhard
 Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
 Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
 Raum A01 1-107
 26111 Oldenburg
 E-Mail: Britta.Gebhard@uni-oldenburg.de