



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Einfluss von Reha-Motivation und
Patienten/innenzufriedenheit auf Compliance und die
Rolle von Schmerzausmaß und Chronizität“

verfasst von / submitted by

Klara Laister, BSc BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Psychologie/Psychology

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ. Prof. i.R. Dr. Rainer Maderthaner

Ein besonderes Dankeschön an ...

... Dr. Rainer Maderthaner, der meine Masterarbeit betreut und begutachtet hat und mir mit viel Geduld, konstruktiven Vorschlägen und kompetenter Beratung bei der Erstellung dieser Arbeit zur Seite stand.

... die NÖ Landeskliniken-Holding AG, insbesondere Frau Prima. Dr.ⁱⁿ Eva-Maria Uher, die mir die Mitarbeit an der Datenerhebung ermöglichte und mit interessanten Debatten und Ideen maßgeblich dazu beigetragen hat, dass die Masterarbeit in dieser Form vorliegt.

... alle Teilnehmer/innen der Befragung, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können.

... Renato, meinem Mann, der mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet hat und mit viel Verständnis und Rücksichtnahme mir den Rücken frei geschaufelt hat.

... Luisa, unsere Tochter, die mich darauf aufmerksam machte, dass es auch notwendig ist zu leben während dem Verfassen einer Masterarbeit.

... Elisabeth, meine Schwester, für das Zuhören und das strukturierende Mitdenken.

... alle Freundinnen und Studienkolleginnen für die zahlreichen Gespräche rund um das Thema der Masterarbeit und eure wertvollen Anregungen.

*„Gesagt ist nicht gehört.
Gehört ist nicht verstanden.
Verstanden ist nicht einverstanden.
Einverstanden ist nicht angewendet.
Und angewendet ist noch lange nicht beibehalten.“*
Konrad Lorenz

Inhaltsverzeichnis

THEORETISCHER TEIL

1 EINLEITUNG	1
2 COMPLIANCE	3
2.1 Definition Compliance und Adhärenz	3
2.2 Non-Compliance.....	4
2.3 Messung von Compliance	5
3 MODELLE DES GESUNDHEITSVERHALTENS	7
3.1 Motivationale Faktoren gesundheitsbezogener Verhaltensänderung	8
3.1.1 Risikowahrnehmung.....	8
3.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung.....	8
3.1.3 Ergebniserwartung.....	9
3.1.4 Intention	9
3.1.5 Ziele.....	10
3.2 Health Belief - Modell.....	10
3.3 Common Sense Model of Illness Representation.....	12
4 REHA-MOTIVATION	15
4.1 Definition der medizinischen Rehabilitation	15
4.2 Ziel der medizinischen Rehabilitation	15
4.3 Exkurs Paradigmenwechsel im Rehabilitationskonzept: das bio-psycho-soziale Reha-Konzept.....	16
4.4 Definition Motivation	17
4.5 Motivationstheorien.....	18
4.5.1 Extrinsische und intrinsische Motivation.....	18
4.5.2 Inhalts- und Prozesstheorien der Motivation.....	20
4.6 Begriffsabgrenzung und Definition Behandlungsmotivation und Reha-Motivation.....	21
4.7 Strukturmodell der Behandlungsmotivation und Adhärenz	22
4.8 Determinanten der Reha-Motivation	22
4.8.1 Erwartungen an die Rehabilitation	22
4.8.2 Leidensdruck und Krankheitsgewinn	23
4.8.3 Soziale Unterstützung.....	24
4.8.4 Selbstwirksamkeit	24
4.8.5 Körperliche Einschränkungen.....	25
4.8.6 Informationen über die Rehabilitationsmaßnahme.....	25

4.8.7 Psychisches Leiden.....	25
4.8.8 Soziodemografische Variablen.....	25
5 PATIENTEN/INNENZUFRIEDENHEIT	27
5.1 Messung der Patienten/innenzufriedenheit.....	28
6 DETERMINANTEN VON COMPLIANCE	31
6.1 Personenbezogene Determinanten.....	31
6.1.1 Subjektive Gesundheitsüberzeugungen – health beliefs.....	32
6.1.2 Subjektive Krankheitskonzepte – illness beliefs	33
6.1.3 Rehabilitationsmotivation	34
6.1.4 Patienten/innenzufriedenheit.....	35
6.2 Krankheitsbezogene Einflussfaktoren	36
6.2.1 Subjektives Schmerzempfinden.....	36
6.2.2 Chronische Erkrankungen.....	38
EMPIRISCHER TEIL	
7 FRAGESTELLUNGEN / HYPOTHESEN	40
8 METHODE	43
8.1 Untersuchungsdesign.....	43
8.2 Stichprobenbeschreibung.....	44
8.3 Messinstrumente	47
8.4 Statistische Methoden.....	54
9 ERGEBNISSE.....	56
9.1 Fragestellung 1	56
9.2 Fragestellung 2	59
9.3 Fragestellung 3	60
9.4 Fragestellung 4	63
10 DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG	70
11 ABSTRACT	74
12 LITERATURVERZEICHNIS	76
13 TABELLENVERZEICHNIS	87
14 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	88
15 APPENDICES.....	89

THEORETISCHER TEIL

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Compliance, Reha-Motivation und Patient/innenzufriedenheit im Rehabilitationskontext. Unter Compliance wird das Befolgen eines ärztlich/therapeutischen Rates verstanden. Allein anhand der Definition wird die Wichtigkeit des Themas transparent. Eine Therapie gilt erst dann als erfolgsversprechend, wenn die Bereitschaft der Patienten/innen als gegeben angenommen werden kann, diese zu initiieren, durchzuführen und abzuschließen. Die Bereitschaft von Patienten/innen, aktiv an der Behandlung teilzunehmen, wird als wichtige Einflussgröße für den Prozess und das Ergebnis ärztlicher und therapeutischer Behandlungen gesehen (Nübling, Muthny & Bengel, 2006). Welche Bereitschaft wird benötigt, eine Therapieverordnung umzusetzen?

Laut aktuellem Forschungsstand gibt es keinen stabilen Faktor, der Compliance zuverlässig vorhersagen würde (Sabaté, 2003) und das, obwohl Compliance der wichtigste modifizierbare Einflussfaktor auf das Behandlungsergebnis ist. Das heißt, das beste Behandlungsangebot kann durch Non-Compliance unwirksam gemacht werden. Daraus geht mein Forschungsinteresse und der Forschungsbedarf für das Thema Compliance hervor.

Ein Verständnis von motivationalen Verhaltensprinzipien und den Modellen des Gesundheitsverhaltens ist relevanter für die Erfassung von Compliance und hilfreicher als ein krankheitsspezifischer Ansatz für das Problem (Sabaté, 2003). In Anlehnung an Sabaté wird in der vorliegenden Arbeit Compliance nicht anhand eines Krankheitsbildes untersucht, sondern die Gesamtheit der auftretenden Krankheitsbilder im Rehabilitationskontext betrachtet.

Aus ökonomischer Sicht kritisch zu betrachten ist innerhalb der Rehabilitation das Problem der Therapieabbrüche. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger führt in der Jahresstatistik von 2016 an, dass von 842.550 aller begonnenen Therapien 42.784 (5%) vorzeitig oder nicht regulär laut Therapieplan beendet wurden. Diese Zahlen sprechen auch für Forschungsbedarf bezüglich der Determinanten von Compliance. Aufgrund steigender Kosten im Gesundheitswesen drängt sich die Frage auf, ob und wie sehr Patienten/innen motiviert sind,

die zum Teil kostenintensiven Therapiemaßnahmen nicht nur zu absolvieren, sondern an ihnen auch aktiv mitzuwirken.

Daraus ergibt sich, dass ein wesentlicher Faktor die Motivation zur Behandlung ist. Ausgegangen werden kann davon, dass mangelnde Compliance sowie der Behandlungsabbruch auf nicht erkannte, aufgegriffene oder geklärte motivationale Defizite zurückgehen (Nübling, et al., 2006), also Reha-Motivationsbereitschaft als Determinante für Therapieadhärenz fungiert (Chan, Lonsdale, Ho, Yung & Chan, 2009). Patienten/innen, die während der Rehabilitationsbehandlung positive Übungserfahrung machten, waren mit dem Angebot zufriedener. Folglich sind sie eher bereit, ihre Bemühungen fortzusetzen, ein Verhalten (z.B. körperliche Betätigung) jenseits der Rehabilitation aufrechtzuerhalten.

Diese Arbeit setzt sich eingangs mit der Definition von Compliance/Adhärenz und der Messung dieser auseinander. Im Weiteren werden zwei relevante Gesundheitsmodelle (Health Belief Model, HBM; Rosenstock 1966; Becker 1974; und Common Sense Model of Illness Representation, CSM; Cameron & Leventhal, 2003) vorgestellt und danach das Konstrukt Rehabilitationsmotivation näher erläutert. Im Anschluss wird Patienten/innenzufriedenheit definiert sowie auf die Erhebung dieser eingegangen. Im nächsten Schritt werden Reha-Motivation und Patienten/innenzufriedenheit gemeinsam mit subjektiven Krankheitsrepräsentationen (*health beliefs, illness beliefs*) unter der Kategorie personenbezogene Determinanten von Compliance diskutiert. Krankheitsbezogene Einflüsse (subjektives Schmerzempfinden sowie Chronizität) auf Compliance werden ebenso beleuchtet.

Im Zuge dieser Studie wurde von der Projektleitung ein Fragebogen erstellt, welcher im Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf für den Zeitraum von vier Monaten allen Patienten/innen des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vorgelegt wurde. Vom Projektpartner wurde ein Zufriedenheitsfragebogen erstellt, welcher bei Abschluss der Behandlung ausgegeben wurde.

Ziel der Studie war es, den möglichen Einfluss von personenbezogenen Faktoren (Reha-Motivation, Erwartungen und Patienten/innenzufriedenheit) sowie von krankheitsbedingten Faktoren (Schmerzausmaß, Chronizität) auf Compliance im Rehabilitationskontext zu untersuchen.

2 COMPLIANCE

2.1 Definition Compliance und Adhärenz

Compliance kann als Einwilligung, Befolgung und Zuverlässigkeit übersetzt werden. Sie gibt Auskunft, in welchem Ausmaß das Verhalten des Patienten mit dem medizinischen oder therapeutischen Rat übereinstimmt (Heuer & Heuer, 1999). Das heißt, Compliance gibt Information darüber, wie genau Patienten/innen die ärztliche oder therapeutische Empfehlung umsetzen. Eine häufig zitierte Definition stammt von Haynes, welcher das Verhalten der Patienten noch konkretisiert, indem er unter Compliance den „Grad, in dem das Verhalten einer Person in bezug [sic!] auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert“ (Haynes, 1982, S.12) versteht. Allen angeführten Definitionen gemeinsam ist, dass den Vorstellungen der Patienten eine passive Rolle zukommt (Heuer & Heuer, 1999; Meichenbaum & Turk, 1994; Sabaté, 2003; Van der Wal et al., 2006; Veith, 1997). Im Gegensatz dazu lässt der Begriff Adhärenz das Engagement der Patienten/innen, ein therapeutisches Ziel zu erreichen, in den Vordergrund rücken und betont die partnerschaftliche Beziehung in Bezug auf die Therapieplanung sowie Durchführung (Meichenbaum & Turk, 1994). Der Wert der gegenseitigen Beziehung und der aktiven Teilnahme am Rehabilitationsprozess konnte in verschiedenen Studien als Compliance fördernd deklariert werden (Quaschnig, Körner & Wirtz, 2013; Zimmermann, Michaelis, Quaschnig, Müller & Körner, 2013) und im Weiteren wirkt sich dieser Einbezug ebenso positiv auf die Patienten/innenzufriedenheit aus (siehe Kapitel 5). Sabaté (2003) betont, dass der wohl wesentlichste Unterschied zwischen Compliance und Adhärenz auf der Zustimmung der Patienten/innen zu den ärztlichen oder therapeutischen Empfehlungen fußt und sich dadurch eine aktive Rolle der Patienten/innen ergibt, welche ausschlaggebend für eine effektive Behandlung ist. Bei der Verwendung des Compliance Begriffes geht nicht klar hervor, ob Patienten/innen dem ärztlichen oder therapeutischen Rat zugestimmt haben. Huppmann und Silbernagl (1991) verwenden den Compliance Begriff, führen allerdings an, dass es sich bei der Arzt-Patienten sowie Therapeut-Patienten Beziehung um interaktive Modelle handelt und nicht um ein gehorsames Ausführen. Petermann (1998) hält fest, dass Adhärenz zwar auf die stärkere Betonung der Eigenverantwortung der Patienten/innen sowie auf eine neue Rollenaufteilung Arzt/Therapeut-Patient verweist, „ohne jedoch in der praktischen Umsetzung neue Wege aufzuzeigen“ (S.10). Aufgrund dieser Annahme wird im Folgenden der Begriff Compliance vorgezogen und Adhärenz als Synonym verwendet.

Compliance bezieht sich somit auf durchgeführtes Verhalten und setzt zusätzlich zur Motivation die Fähigkeit voraus (1), eine Therapie zu initiieren sowie kontinuierlich an dieser teilzunehmen, (2) therapeutische Termine sowie Nachuntersuchungen einzuhalten, (3) Medikamente korrekt einzunehmen, (4) eine Lebensstilveränderung zu wollen, (5) therapeutische Übungen außerhalb der Therapiezeit durchzuführen (6), gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden (Baumeister, 2009; Meichenbaum & Turk, 1994). Compliance kann daher als eine mögliche Verhaltensfolge bei hoher Behandlungsmotivation verstanden werden (Veith, 1997; Wiedl, 2009).

2.2 Non-Compliance

Im Gegensatz zu Compliance bedeutet Non-Compliance, dass der Patient aus individuellen Gründen, bewusst oder unbewusst, absichtlich oder unabsichtlich von der empfohlenen Therapie abweicht (Heuer & Heuer, 1999; Meichenbaum & Turk, 1994). Non-Compliance steht somit für unterschiedliche Stadien einer nicht zu Ende gebrachten Behandlung. Ob sich eine Person compliant verhält, zeichnet sich durch das persönliche Gesundheitsverhalten ab. Es kann unterschieden werden zwischen präventiver Compliance, bei der sich der Gewinn durch die Behandlung erst auf längere Sicht zeigt und kurativer Compliance, wenn es sich um die Ausführung von Therapiemaßnahmen bei vorliegender Erkrankung handelt (Kunze & Kunze, 2007). Die mangelnde Therapiemitarbeit bedient sich verschiedenster Erscheinungsformen, Ursachen und Bedingungen, die sorgfältig zu analysieren sind, bevor von Non-Compliance gesprochen wird. Da für die vorliegende Arbeit die Medikamenten-Compliance nicht von Relevanz ist, wird auf diese nicht näher eingegangen.

Die Zahl der Therapieabbrüche im allgemeinmedizinischen Bereich sowie innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sind unter ökonomischen sowie medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten kritisch zu betrachten. Meichenbaum und Turk (1994) berichten hinsichtlich vorzeitiger Beendigung von allgemeinmedizinischen Behandlungen eine Therapieabbruchrate von bis zu 80%. Nicht so gravierend, aber dennoch kritisch zu betrachten ist das Problem der Therapieabbrüche innerhalb der Rehabilitation. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger führt in der Jahresstatistik von 2016 an, dass von 842.550 aller begonnenen Therapien 42.784 (5%) vorzeitig oder nicht regulär laut Therapieplan beendet wurden. Diese Zahlen sprechen für Forschungsbedarf bezüglich der Determinanten der Compliance (siehe Kapitel 6).

2.3 Messung von Compliance

Da Compliance kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt, ist es schwierig, ein einheitliches Maß zur Erfassung zu finden und dies zeigt sich in der Bandbreite der Methoden zur Bestimmung von Compliance (Heuer & Heuer, 1999; Meichenbaum & Turk, 1994; Petermann & Mühlig, 1998). Die Methoden sind dem Kontext, in dem Compliance erfasst werden soll, anzupassen, dennoch gehen Heuer und Heuer (1999) davon aus, dass es keine Methode gibt, die Compliance zuverlässig erfasst bzw. die einen Standard vorgeben würde für die Vielfalt der Bedingungen, in der Compliance erfasst wird. Daraus herrschen im Forschungsfeld der Compliance nach wie vor viele Annahmen. Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die in der Literatur angeführten Schwankungen in den Compliance Raten eher auf methodische Heterogenität als auf reale Stichprobenunterschiede zurückzuführen sind (Mühlig, Bergmann, Twesten & Petermann, 2001; Mühlig, Petermann und Bergmann, 2001; Wainwright & Gould, 1997).

Die bekannten Methoden können in direkte und indirekte Verfahren unterteilt werden. Zu den direkten Erhebungsmethoden zählt die direkte Beobachtung. Diese Verfahren ermöglichen objektivere Daten als zB. die Patienten/innenbefragung, da ein direkter Beweis für den Grad an Compliance vorliegt, da direkt beobachtet werden kann, wann ein Medikament eingenommen oder eine Übung durchgeführt wurde (Heuer & Heuer, 1999). Weitere Methoden sind die Bestimmung biochemischer Indikatoren (Spiegel von Medikamenten bzw. Metaboliten in Blut, Urin, Stuhl oder Speichel) sowie die Messung eines biologischen Markers. Diese sind in der medikamentösen Compliance Erhebung von Bedeutung.

Demgegenüber stehen indirekte Verfahren, zu denen Verhaltensbeobachtung (Medikamentenverbrauch, Einhaltung von Arzt/Therapieterminen, Anzahl der nicht eingehaltenen Termine) und Patientenangaben (Interview, Fragebogen) gezählt werden können. Im Unterschied zu direkten Methoden, welche die Durchführung des Verhaltens direkt belegen, kann bei den indirekten Methoden nur über die Patienten oder die Maßnahme auf die Compliance geschlossen werden. Die Verhaltensbeobachtung im Bereich der Medikamenteneinnahme bilanziert zB. den Verbrauch im Verhältnis zur Verordnung. Auch elektronische Verbrauchsmonitore, welche jede einzelne Dosisentnahme aufzeichnen, werden eingesetzt. Wesentlich ist das Eintreten eines biologischen Effekts bei der Einschätzung der Compliance (Heuer & Heuer, 1999). Da die Medikamenteneinnahme wie oben bereits erwähnt für diese Studie nicht von Bedeutung ist, soll hier nicht näher darauf eingegangen werden.

Ein weiterer Aspekt der Verhaltensbeobachtung für Non-Compliance ist die Dokumentation der zuvor vereinbarten Termine mit Leistungsanbietern im Gesundheitswesen und der im Anschluss nicht eingehaltenen Therapietermine bzw. der Therapieabbruch. Dies erlaubt zwar Rückschlüsse auf Compliance, allerdings erschließt sich nicht, warum Patienten/innen der Therapie fernbleiben (Meichenbaum & Turk, 1994).

Die wohl am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Erfassung von Compliance sind Interviews und standardisierte Fragebögen. Hasford, Behrend und Sangha (1998) weisen darauf hin, dass wenn die Compliance Selbsteinschätzung mit validen Serumspiegeln oder elektronischen Monitoring verglichen wird, eine Überschätzung vorliegt. Allerdings ist die Methode der Patientenbefragung relativ ökonomisch und auch das einzige Mittel, um die Gründe der Non-Compliance zu analysieren, also den individuellen Prozess, welcher der Compliance zugrunde liegt, zu erfassen (DiMatteo, 2004; Heuer & Heuer, 1999).

3 MODELLE DES GESUNDHEITSVERHALTENS

Wie aus der Betrachtung von Compliance hervorgeht, sind lineare Kausalitäten in Bezug auf gesundheitsfördernde Interventionen (medizinisch/therapeutische Empfehlungen) und die angenommene Ausführung aufgrund dieser Empfehlung unzureichend. Therapieverordnungen sowie Informationen reichen nicht aus, um eine Verhaltensänderung zu initiieren oder aufrechtzuhalten (Baumeister, Krämer & Brockhaus, 2008).

Es gibt daher eine Anzahl an empirisch überprüften Modellen, welche eine Prognose gesundheitsbezogener Variablen zulassen. Die existierenden Gesundheitsverhaltensmodelle lassen sich in zwei Kategorien einteilen, in kontinuierliche Prädiktionsmodelle sowie in dynamische Stadienmodelle (Baumeister, et al., 2008; Brinkmann, 2014; Knoll, Scholz & Rieckmann, 2013; Schwarzer, 2004).

Kontinuierliche Modelle gehen davon aus, dass sich Verhalten fortsetzt, also kontinuierlich verändert (Brinkmann, 2014). Eine Handlung wird umso wahrscheinlicher, je höher die Ausprägung der modelleigenen kognitiven und affektiven Variablen ist (Knoll et al., 2013). Zu den kontinuierlichen Modellen zählen: das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (*Health Belief Model ;HBM*; Rosenstock, 1966; Becker, 1974), die Theorie des geplanten Verhaltens (*Theory of Planned Behaviour; TPB*; Ajzen, 1985, 1991, 2002) sowie die sozial-kognitive Theorie von Bandura (*Social Cognitive Theory*; 2001).

Dynamische Stadienmodelle, auch Stufenmodelle genannt, folgen der Annahme, dass eine Person während der Verhaltensänderung qualitativ unterschiedliche Phasen (Motivations- und Volitionsphasen; vgl. hierzu Kapitel 4.5.2) durchläuft und sich nicht auf einem Kontinuum bewegt (Knoll et al., 2013). Der Fokus liegt nicht auf der Erklärung oder Veränderung bestimmten Verhaltens, sondern der Prozess der Verhaltensänderung interessiert (Brinkmann, 2014). Zu den Stadienmodellen zählen unter anderen das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (*Health Action Process Approach, HAPA*; Schwarzer, 1992) und das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (*Transtheoretical model, TTM*; Prochaska & DiClemente, 1983).

Die unterschiedlichen Annahmen in den oben beschriebenen Modellen führen zu differenten Interventionsmaßnahmen. So lassen Vertreter/innen der kontinuierlichen Modelle alle Personen an der gleichen Intervention teilnehmen, um sie auf dem Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit in Richtung Verhalten zu führen (Schwarzer, 2004). Dem gegenüber werden Interventionen in Stadienmodellen maßgeschneidert jeder Phase angepasst

(„tailored interventions“), denn die Grundannahme besagt, dass eine Intervention nur dann hilfreich ist, wenn sie zu den stadienspezifischen Bedürfnissen der Patienten passt (Knoll et al., 2013).

Dennoch gehen Baumeister et al. (2008) davon aus, dass mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen den Modellen bestehen. Sie wurden laufend weiterentwickelt, jedoch scheint zunehmend Einigkeit hinsichtlich wesentlicher Determinanten für gesundheitliches Verhalten zu herrschen (Renneberg & Hammelstein, 2006). Theorieübergreifend werden die motivationalen Faktoren Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung als zentrale Pfeiler gesundheitsbezogener Verhaltensänderung genannt.

3.1 Motivationale Faktoren gesundheitsbezogener Verhaltensänderung

3.1.1 Risikowahrnehmung

In der Bewertung von Faktoren, die einen Einfluss auf gesundheitliches Verhalten ausüben, stellt die Wahrnehmung eines Risikos sowie die eigene Verwundbarkeit den Ausgangspunkt dar. Risikowahrnehmung als ein wesentlicher Prädiktor der Motivation, ist die zentrale Modellkomponente des Health Belief Model (Becker, 1974). Die Risikowahrnehmung ergibt sich als Summe des subjektiv erwarteten Schweregrades eines Ereignisses und dessen erwarteter Eintrittswahrscheinlichkeit sowie der wahrgenommenen eigenen Verwundbarkeit. Änderungsgedanken in Bezug auf ein gesundheitsriskantes Verhalten stellen sich erst nach der Bewertung des eigenen Verhaltens als problematisch ein (Baumeister et al., 2008).

3.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung basiert auf der Theorie des sozial-kognitiven Lernens (Bandura, 2001). Bandura sieht einen positiven Zusammenhang zwischen den Leistungsergebnissen einer Person und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*). Selbstwirksamkeitserwartungen sind die Einschätzungen einer Person, eine bestimmte Handlung kompetent und erfolgreich durchführen zu können sowie den spezifischen Anforderungen des Handlungsprozesses bis zur Zielerreichung gewachsen zu sein (Brinkmann, 2014; Hohmann & Schwarzer, 2009). Dabei setzen sich selbstwirksame Menschen anspruchsvollere Ziele, bringen ein höheres Aktionspotenzial mit sich und lassen sich durch

Niederlagen nicht vom Ziel abbringen. Das Konzept des sozial-kognitiven Lernens nimmt an, dass kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Einstellungen gesteuert werden, vor allem durch Ergebniserwartungen (*outcome expectancies*) und Selbstwirksamkeitserwartungen (*perceived self-efficacy*) (Schwarzer, 2004). Es wird zwischen allgemeiner und spezifischer Selbstwirksamkeit unterschieden. Die allgemeine Selbstwirksamkeit repräsentiert eine globale Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen, demgegenüber wird die spezifische Selbstwirksamkeit als Erwartung in bestimmten Situationen verstanden. Darüber hinaus kann Selbstwirksamkeit phasenspezifisch in prädeziSIONal, motivational und volitional unterschieden und erfasst werden (Schwarzer, 2004).

3.1.3 Ergebniserwartung

Einbezogen in Modelle zum Gesundheitsverhalten werden insbesondere jene Erwartungen, welche vor allem bei der Initiierung oder Veränderung von Verhalten eine zentrale Rolle spielen. Es handelt sich einerseits um die Handlungs-Ergebnis-Erwartungen, welche einen kausalen Zusammenhang zwischen eigenem Tun und der potenziellen Konsequenz dieses Verhaltens bilden (z.B. Physiotherapie durchführen, um körperliche Einschränkung zu verbessern). Andererseits handelt es sich um Erwartungen an die Selbstwirksamkeit, damit ist gemeint, ein Verhalten auch tatsächlich bewerkstelligen zu können (Weber & Salewski, 2009). Unter Ergebniserwartung kann daher eine Kosten-Nutzen bzw. Pro-und Kontra-Betrachtung der erwarteten Handlungsergebnisse verstanden werden (Baumeister et al., 2008).

3.1.4 Intention

Entscheidet sich eine Person nach Risikoabwägung, Selbstwirksamkeitseinschätzung sowie Ergebniserwartung für eine Handlung zur Verhaltensänderung, spricht man von einer motivationalen Handlungsabsicht (Intention) (Baumeister et al., 2008). Diese stellt in vielen Modellen den zentralen Prädiktor für eine Verhaltensänderung dar. Die Intentionsbildung bedeutet nicht, dass eine Verhaltensänderung tatsächlich stattfindet. Dieser „*Intention-Behavior-Gap*“ wird durch eine stärkere Priorisierung volitionaler Prozesse zu überbrücken versucht (Conner, 2008).

3.1.5 Ziele

Wünsche, individuelle Ziele und Erwartungen determinieren im allgemeinen menschliches Handeln. Die Art der Ziele, ob sie kurz- oder langfristig gesteckt sind, ob das Ziel für den Menschen als eher widersprüchlich oder kongruent erscheint sowie das Erreichen des Zieles, sind Aspekte selbstregulativen Handelns (Salewski & Weber, 2009). Als Selbstregulation wird die absichtliche und aktive Steuerung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten bezeichnet, wobei im Vordergrund steht, spontane, meist unerwünschte Verhaltenstendenzen durch zielgerichtetes Verhalten zu substituieren (Burkert & Sniehotta, 2009).

3.2 Health Belief - Modell

Das Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model, HBM; Rosenstock 1966; Becker 1974;) ist eines der ältesten sozial-kognitiven Ansätze. Es entstand in den 1950er-Jahren durch Sozialpsychologen der US-amerikanischen Gesundheitsbehörden, mit der Intention, die Teilnahme amerikanischer Bürgerinnen und Bürger an Vorsorgemaßnahmen zu erhöhen (Dlugosch, 1994). Ziel war es, zu einer Prognose von Vorsorgeverhalten sowie des in Anspruch Nehmens medizinischer Beratung, Behandlung und Compliance zu kommen. Es wurden jene sozial-kognitiven Faktoren erfasst, welche Gesundheitsverhalten auslösen, um diese im Weiteren im Rahmen von Gesundheitsförderprogrammen zu beeinflussen. Das HBM stützt sich auf die entscheidungstheoretischen Begriffe der „Wertigkeit“ oder der empfundenen Attraktivität eines Zieles und der persönlichen Einschätzung, das angestrebte Ziel zu erreichen (Becker et al, 1982).

Laut dem Modell hängt die Initiierung und Umsetzung einer empfohlenen gesundheitlichen Aktion oder die Unterlassung dieser von den persönlichen Einschätzungen der Patienten, den *health beliefs* ab. Zu den *health beliefs* zählt zum einen das Ausmaß, in welchem sich Patienten/innen anfällig gegenüber einer bestimmten Krankheit sehen (*perceived susceptibility*). Ist die subjektive Vulnerabilität hoch, werden ärztlich/therapeutische Empfehlungen leichter angenommen (Knoll et al., 2013). Dem gegenüber werden Menschen nicht aktiviert bei negativen Gesundheitsergebnissen zu handeln, die als unwahrscheinlich eingestuft werden (Carpenter, 2010). Zum anderen erfolgt die Bewertung hinsichtlich des Schweregrads der Auswirkung (organisch und/oder sozial), die eintritt, wenn man sich die Krankheit zuzieht (*perceived severity*). Das bedeutet, wenn sich Patienten/innen durch die Erkrankung eingeschränkt fühlen, neigen sie eher dazu, sich gesundheitsförderlich – compliant

– zu verhalten, um dieser empfundenen Krankheitseinschränkung entgegen zu wirken. Die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung durch eine Krankheit löst gesundheitliche Verhaltensmaßnahmen aus und führt zu einer weiteren Einschätzung der Wirksamkeit bzw. Nutzen, den die Maßnahme aufweist, um die Erkrankung zu verhindern bzw. das Ausmaß einzuschränken (*perceived benefits*). Patienten/innen betreiben eine Kosten-Nutzen-Abwägung hinsichtlich der physischen, psychologischen oder auch finanziellen Aufwände und deren Ausmaß. Werden große Barrieren in der Umsetzung wahrgenommen, führt dies zu einer Unterlassung der Adaptierung des Verhaltens (*perceived barriers*). Nur wenn der Aufwand geringer als die Bedrohung durch die Krankheit empfunden wird, wirkt sich dies förderlich auf Compliance aus.

Ferner braucht es einen Auslöser oder Handlungsanreiz für die Ausführung des gewünschten ärztlich/therapeutischen Verhaltens, dies kann einerseits durch einen internen Reiz stimuliert werden, beispielsweise durch die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen oder extern, durch das persönliche Gespräch mit einer Bezugsperson oder Informationen aus den Medien (Becker et al., 1982). Das Handlungssignal (*cue to action*) kann maßgebend für ein Gesundheitsverhalten sein (Brinkmann, 2014). Ein Patient mit chronischen Rückenschmerzen liest beispielsweise, welche negativen Auswirkungen eine nicht gezielte Bewegungstherapie für die Wirbelsäule bedeutet, dies kann unter Umständen ein Anreiz sein, sein Verhalten zu verändern und Physiotherapie in Anspruch zu nehmen. Handlungsanreize fungieren laut dem Health Belief-Modell als Einflussfaktor auf die wahrgenommene Bedrohung und beeinflussen sie (Brinkmann, 2014). Selbstwirksamkeitserwartungen (*self-efficacy*); der Glaube daran, dass das eigene Verhalten zu einem positiven Ergebnis führen kann, kann als letzte Einflusskomponente des HBM's verstanden werden (Donadiki et al., 2014)

Das HBM in seiner Ursprungsform mit dem Fokus auf das Individuum und dem Wunsch, eine Krankheitsbedrohung abzuwenden, wurde revidiert und schließt seither den Faktor Gesundheitsmotivation mit ein. Gesundheitsbezogene Motivationen beziehen sich einerseits auf die allgemeine Bereitschaft, sich mit gesundheitlichen Fragen und Sorgen auseinanderzusetzen und andererseits auf das Vertrauen in präventive Maßnahmen (Abraham & Sheeran, 2015). Ferner wird auch die erneute Anfälligkeit für schon durchgemachte Krankheiten, das Vertrauen in das ärztliche Können sowie die medizinische Behandlung und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigt, bei der Entscheidung empfohlene Maßnahmen umzusetzen (Becker et al, 1982).

Der Untersuchungsgegenstand Compliance und Adhärenz lässt sich sowohl im Bereich des Gesundheitsverhaltens als auch im Bereich des Krankheitsverhaltens eingliedern. Schwarzer (2004) geht von einer fragwürdigen Unterscheidung dieser Bereiche aus, da Gesundheitsverhalten der Erhaltung und Förderung von Gesundheit in Abwesenheit von Krankheit und Symptomen dient, wohingegen sich Krankheitsverhalten, bei Anwesenheit von Symptomen und Krankheit auf dasselbe bezieht. Sehen sich Patienten/innen einer einschränkenden Gesundheitsveränderung gegenüber, entwickeln sie in der Regel Muster und Überzeugungen über ihren Zustand. Sie konstruieren ein subjektives Konzept über die Entstehung, Ursache und den Verlauf ihrer Erkrankung. Laut Petrie und Weinmann (2006) sind diese subjektiven Krankheitskonzepte Schlüsseldeterminanten von Verhalten im Umgang mit der Krankheit und diese bilden Kernannahmen des Common Sense Modell.

3.3 Common Sense Model of Illness Representation

Ein weiteres der im internationalen Raum bekanntesten Theoriemodelle zur Erklärung und Vorhersage von Compliance, welches die Regulationsprozesse in Auseinandersetzung mit Gesundheit und Erkrankung beschreibt, ist das Common Sense Model (CSM, Selbstregulationsmodell; Cameron & Leventhal, 2003). Den Ausgangspunkt der Selbstregulation stellen die patientenseitigen kognitiven Repräsentationen der Erkrankung (*illness beliefs*), das heißt die *subjektiven Krankheitskonzepte*, dar (Glattacker, Hayduck & Meffert, 2009). Im CSM werden zwei parallel ablaufende Prozesse abgebildet, einerseits die Interaktion der subjektiven Krankheitskonzepte mit dem Bewältigungsverhalten und andererseits deren Bewertung aus der Sicht des Individuums.

Die zugrundeliegenden Annahmen sind: (1) Das Individuum wird als interessierter Problemlöser eines selbstregulativen Systems, welches nach Kohärenz strebt, verstanden. Wahrgenommene somatische Abweichungen dienen als Hinweise für potentielle negative Veränderungen und sollen Verhaltensweisen kontrollieren. Das Ergebnis des Problemlöseprozesses ist die Anpassung. (2) Der Anpassungsprozess stützt sich auf die subjektiven Überzeugungen und die wahrgenommenen Bewältigungsressourcen. Daraus entsteht das individuelle Verständnis, an welchem die Krankheitsrepräsentationen der objektiven Gesundheitsbedrohung, die Repräsentationen der gewählten Bewältigungsstrategie und deren erwartete Konsequenzen beteiligt sind. Daraus geht hervor, dass die individuellen Repräsentationen, das Krankheitskonzept und die hieraus resultierenden

Bewältigungsstrategien, nicht die am besten geeigneten Handlungsweisen widerspiegeln müssen. (3) Krankheitskonzepte und die Auswahl subjektiv geeigneter Handlungsoptionen sind stark beeinflusst von Überzeugungen und Einstellungen der jeweiligen sozialen und kulturellen Umwelt. Einfluss auf das Krankheitskonzept haben somit das soziale Umfeld, Akteure/innen des Gesundheitssystems, Massenmedien aber auch sozial definierte Rollenbilder sowie sprachlich definierte Labels einer Erkrankung (vgl. Leventhal et al., 2012).

Leventhal et al. (2012) gehen davon aus, dass in der Selbstregulation drei Prozessabläufe von Bedeutung sind: die Repräsentation eines gesundheitlichen Problems, der Problemlöseprozess in Form von Handlungsplänen sowie die Bewertung der Konsequenzen. Kommt es zu einer subjektiv wahrgenommenen Abweichung einer körperlichen Funktion wird ein Informationsverarbeitungsprozess ausgelöst.

Die fünf Dimensionen, welche die Entstehung des subjektiven Krankheitskonzeptes beeinflussen, setzen sich zusammen aus: (Krankheits-)Identität, (Krankheits-)Verlauf, Ursachen, Konsequenzen sowie Kontrollierbarkeit einer Erkrankung. Das CSM beleuchtet diese fünf Dimensionen auf zwei Modellebenen. Die eine Ebene fokussiert auf konkret Erlebtem (wahrgenommene Symptome) und die andere Ebene betrifft abstrakte Konzepte (Label der Erkrankung) (Heyduck, Meffert & Glattacker, 2014).

Daraus geht hervor, dass subjektive Krankheitskonzepte die Grundlage für die krankheitsbedingte Selbstregulation bilden, indem sie die Auswahl, Umsetzung und Bewertung von Bewältigungsstrategien, welche gesundheitsförderliches Verhalten auslösen, bestimmen (Heyduck et al., 2014). Da drängt sich die Frage auf, warum bisher die Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte nicht eine generalisierte Anwendung in der Therapieplanung finden, obwohl so viel empirische Evidenz für die Beziehung zwischen den subjektiven Krankheitstheorien und gesundheitsförderlichem Verhalten spricht. Einerseits zeigen *illness beliefs* eine sehr große interindividuelle Variabilität, selbst Patienten/innen mit ähnlichen Gesundheitsproblemen variieren stark in ihren subjektiven Theorien über die Krankheit. Andererseits zeigt sich, dass nicht nur die persönliche Erfahrung Krankheitseinstellungen erzeugt, sondern Einflüsse wie persönliche, soziale und kulturelle Normen die Beurteilung beeinflussen (Leventhal, Breland, Mora, & Leventhal, 2010).

Darüberhinaus muss davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei nicht um eine stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt, sondern um einen dynamischen Einstellungsparameter, der raschen Veränderungskurven unterliegt und durch gezielte Schulung auch verändert werden kann (Bonsaksen, Lerdal & Fagermoen, 2015). Den größten Einfluss auf das subjektive Krankheitskonzept nehmen die bisherige Krankengeschichte und die Krankheitserfahrung ein (Heyduck et al, 2014).

In der Studie von Heyduck et al. (2014) wurden die subjektiven Krankheitskonzepte sowie die subjektiven Überzeugungen betreffend die Effektivität der Behandlung und Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzpatienten/innen erhoben und analysiert, ob diese als Prädiktoren von Funktionsfähigkeit, Schmerzintensität sowie Bewältigungsstrategien im Umgang mit Schmerzen im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung fungieren. Inkludiert wurden 110 Patienten/innen mit chronischen Rückenschmerzen und die Erhebung fand an drei Zeitpunkten statt, nämlich vor dem Rehabilitationsbeginn, am Ende sowie sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme. Es konnte gezeigt werden, dass subjektive Krankheitskonzepte sowie Behandlungskonzepte einen wesentlichen Beitrag zur Vorhersage einer positiven Rehabilitationsbehandlung liefern.

4 REHA-MOTIVATION

Die Motivation bestimmt entscheidend das menschliche Handeln. Ihr Einfluss auf das tägliche Leben ist eindeutig und wird in zahlreichen Studien belegt (Nübling et al., 2006). Beginnend mit einer Darstellung des Rehabilitationsbegriffes sowie ihrer Aufgaben und Ziele wird im Anschluss auf das psychologische Konstrukt *Motivation* in seiner allgemeinen und spezifischen Bedeutung im Kontext der Rehabilitation eingegangen.

4.1 Definition der medizinischen Rehabilitation

Ganz generell geht es in der Rehabilitation um die Auswirkungen von Gesundheitsschäden, die mit den Methoden der Akutmedizin nicht geheilt werden können und daher den Betroffenen für längere Zeit erhalten bleiben (Gerdes & Weis, 2000). Die medizinische Rehabilitation umfasst all jene Interventionen, welche das Ziel verfolgen, die bestehenden Einschränkungen sowie die Bedingungen, die zu dieser Benachteiligung führen, mit dem Fokus auf soziale Integration der eingeschränkten Personen, zu reduzieren (Weber-Falkensammer & Vogel, 1997). Durch die Rehabilitation soll die Gruppe der Betroffenen befähigt werden, ihre Einschränkungen zu minimieren und wieder eingebunden in den Lebensalltag ihren Aufgaben nachgehen zu können.

4.2 Ziel der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird einerseits von Menschen im Anschluss an akute Erlebnisse (zB. Unfälle oder Operationen), die eine funktionseinschränkende reversible Folge mit sich bringen, beansprucht. Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist die Wiederherstellung des vertrauten Funktionsniveaus (Gerdes & Weis, 2000; Weber-Falkensammer & Vogel, 1997). Andererseits wird Rehabilitation von Personen in Anspruch genommen, die mit einer chronischen, also einer bleibenden, gesundheitlichen Einschränkung leben müssen. Die Förderung fokussiert auf kompensatorischen Fähigkeiten, die trotz des gesundheitlichen Mankos auf noch vorhandene Kräfte stützen und zum Ziel haben, ein möglichst uneingeschränktes Leben zu führen (Weber-Falkensammer & Vogel, 1997) sowie die Rückführung in ein sozial eigenständiges Leben, trotz etwaigen Folgeschäden (Rentsch, 2005).

Die medizinische Rehabilitation betrachtet die Folgen eines chronischen Krankheitserlebens (Petermann, 1997). Die Hauptform stellt die stationäre Rehabilitation dar, jedoch gewinnen die

post-stationäre sowie die ambulante Rehabilitation zunehmend an Bedeutung (Weber-Falkensammer & Vogel, 1997).

4.3 Exkurs Paradigmenwechsel im Rehabilitationskonzept: das bio-psycho-soziale Reha-Konzept

Derzeit befindet sich das Konzept der medizinischen Rehabilitation im Wandel hin zu einem bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzept (Nübling, et al., 2006; Rentsch, 2005). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF genannt) im Rehabilitationsalltag versucht, das Krankheitserleben einer Person unter Einbezug des bio-psycho-sozialen Hintergrundes der Betroffenen und unter den Einflüssen der Umwelt zu verstehen (Tesak, 2005) und baut auf dem Theoriemodell von Gerdes und Weis (2000) auf. Diese postulieren in ihrem Theoriemodell der Rehabilitation die zentrale Bedeutung der persönlichen Ressourcen (*personal factors*) für den Verlauf chronischer Erkrankungen. Die Beachtung von individuellen Gefühlen und der subjektiven Wahrnehmung der Krankheitssituation ist ausschlaggebend für die Verbesserung von Gesundheitsschäden (Gerdes & Weis, 2000). Die Krankheitseinschränkung des Rehabilitanden wird nicht mehr als ein durch Krankheit oder Trauma ausgelöstes Problem wahrgenommen, welches individuelle medizinische Behandlung benötigt, sondern als ein komplexes Zusammenwirken von Bedingungen durch das Umfeld (Rentsch, 2005). Durch die Herangehensweise des sozialen Konstrukts der Rehabilitation soll die Positionierung der Menschen mit Einschränkungen in den Maßnahmen des täglichen Lebens bestärkt werden und individuelle Ressourcen gezielter gefördert werden. Die aktive Beteiligung der Rehabilitanden rückt ins Zentrum und eine Fokuserweiterung von der rein körperlichen Betrachtungsdimension hin zu einer ganzheitlichen und interdisziplinären Perspektive wird angestrebt (Gerdes & Weis, 2000). Dies erfolgt unter Einbezug der psychischen und sozialen Ebene der jeweiligen Gesundheitsstörung und ihrer Folgen (Gerdes & Weis, 2000; Nübling et al., 2006).

Die Umwelteinflussfaktoren werden in drei Analyseebenen unterteilt, das Makroumweltsystem, das Mesoumweltsystem und das Mikroumweltsystem. Als Makroumweltsystem wird die Gesellschaft verstanden, welche Basisinformationen der Versorgungssituation liefert. Auf der Mesoumweltsystemebene agiert die Wohnumgebung des Rehabilitanden, sie fokussiert das lokale Lebensfeld des Betroffenen. Die Erfüllung sozialer Rollen rückt ins Zentrum der Beobachtung. Zur Rehabilitationszielsetzung ist die sorgfältige

Betrachtung dieser Ebene essenziell, besonders in Anbetracht einer Resozialisierung. Schließlich bedient sich das Mikroumweltsystem dem Lebensraum, der Familie und des Freundeskreises. Diese Ebene stellt einen guten Interventionszugang dar. Das Ziel der Betrachtung der Mikroebene ist, die Partizipationssituation zu verbessern sowie klare Indikationen für Hilfs- und Unterstützungsprogramme zu definieren (Rentsch, 2005). Rentsch führt weiter aus, dass eine Mobilitätseinschränkung somit auf den zuvor angeführten Ebenen betrachtet werden muss, um zu verstehen, welche Einschränkungen sich daraus für den Betroffenen ergeben und gezielte Rehabilitationsinterventionen planen zu können. Rehabilitationsmaßnahmen, die im eigenen Lebensraum stattfinden, werden favorisiert, da sie viele Vorteile mit sich bringen. Einerseits können Patienten/innen aktiver und selbstbestimmter mit den Zielsetzungen der Maßnahmen betraut werden und diese sind näher an ihrem Lebensalltag orientiert. Andererseits führt die Rehabilitation im Umfeld des Betroffenen zu der Chance, sich wieder in das soziale und gesellschaftliche Umfeld einzugliedern (Rentsch, 2005). Allerdings führt eine Behebung der Aktivitätseinschränkung allein nicht erneut zu Partizipation in Familie, Beruf und Gesellschaft. Gerdes und Weis (2000) stellen hier den *Bewältigungsprozess* als moderierende Funktion zwischen Gesundheitsschaden und Partizipation. Wie sehr sich eine betroffene Person wieder integriert, hängt ganz entscheidend vom Ausgang des Bewältigungsprozesses ab.

Bei dem Paradigmenwechsel im Rehabilitationskonzept wird klar, welchen zentralen Stellenwert personenbezogene Krankheitseinstellungen, für den Verlauf sowie das Resultat chronischer körperlicher Erkrankungen im Rahmen einer erfolgreichen Rehabilitationsbehandlung einnehmen (Nübling et al., 2006). Einerseits leisten, wie oben schon angeführt, psychische Belastungen sowie soziale Faktoren ihren Einfluss, und andererseits wird die Motivation als entscheidend für die Bewältigung chronischer Erkrankungen betrachtet (Gerdes & Weis, 2000; This, Lehmann, Kriz, Nübling & Mehnert, 2008). Vor allem, weil das Ziel nicht die rein körperliche Wiederherstellung ist, sondern die „Befähigung der Patienten zum eigenverantwortlichen Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, letztlich auch mit dem Ziel einer Lebensstiländerung“ (Nübling et al., 2006, S. 11).

4.4 Definition Motivation

Motivation (lateinisch: *motus* = Bewegung) ist ein Konstrukt, welches die Ausprägung von Verhalten steuert. Becker-Carus und Wendt (2017) verstehen unter Motivation die „aktivierenden und richtungsgebenden inneren Prozesse, die für die Auswahl, Stärke und

Ausdauer der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind“ (S. 486). Motivation beinhaltet eine aktivierende Ausrichtung des derzeitigen Lebensstandes auf einen positiv definierten Zielzustand hin (Rheinberg, 2010). Gemeinsam und in Interaktion mit der empfundenen Kompetenz ist Motivation ausschlaggebend für den Prozess der Willensbildung (Volition), dies inkludiert, welche Methoden eine Person zur Zielerreichung einsetzt und welchen Aufwand diese Person bereit ist zu erbringen (Baumeister, 2009).

4.5 Motivationstheorien

Es gibt zahlreiche Motivationstheorien sowie vielfältige Motivationskonzepte, einerseits historisch gewachsen und andererseits für spezifische Bereiche entwickelt und adaptiert, welche versuchen, Antworten auf die Frage des „warum“ zu geben (Baumeister, 2009; Heckhausen & Heckhausen, 2010; Nübling et al., 2006). Die Motivationspsychologie befasst sich insbesondere mit der konkreten Erfassung und Förderung situationsspezifischer Motivation (Baumeister, 2009).

Vielfältige Motivationskonzepte versuchen, das Phänomen der aktivierenden Zielausrichtung zu systematisieren. In der Übersicht dieser Ansätze zeigt sich die Handlungsinitiierung bzw. -aufrechterhaltung als komplexes Zusammenspiel verschiedenster Faktoren. Darunter fallen Wahrnehmungs- und Lernprozesse, physiologische Determinanten, situative Faktoren sowie Energetisierung, Intensität, Richtung, Persistenz und Beendigung eines Verhaltens als spezifisch für den Bereich der Motivation (Nübling et al., 2006).

Für die vorliegende Arbeit werden Unterscheidungen getroffen zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation sowie auf Modellebene in Inhalts- und Prozesstheorien der Motivation, wobei jeweils ein wichtiger Vertreter samt Theorie überblicksmäßig beleuchtet wird.

4.5.1 Extrinsische und intrinsische Motivation

Eine wichtige Differenzierung von motivationalen Prozessen bezieht sich auf den Ort ihrer Entstehung (Maderthaner, 2008). Entsteht motiviertes Verhalten hauptsächlich durch Einflüsse aus der Umwelt, durch zum Beispiel Lob oder Strafandrohung, spricht man von extrinsischer Motivation. Die extrinsische Motivation resultiert nicht aus dem Bedürfnis, das eigene

Schicksal zu bestimmen, sondern wird von anderen Personen oder materiellen Ereignissen determiniert (Nübling et al., 2006). Demgegenüber konzentriert sich ein motivationaler Prozess, der hingegen stärker durch Werthaltungen und Einstellungen ausgelöst wird, auf intrinsische Motive (Maderthaner, 2008). Die Unterscheidung von intrinsischer und extrinsischer Motivation hat weitreichende Anerkennung gefunden, wobei insbesondere die Handlungsbereitschaft (intrinsische Motivation), die unabhängig von äußeren Einflüssen ist, im Fokus des Interesses steht (Nübling et al., 2006; Rheinberg & Vollmeyer, 2012). Ein Verhalten zeigt sich dann als intrinsisch motiviert, wenn dieses aus eigenem Antrieb initiiert wird. Der intrinsischen Motivation wird neben der Bedingungsfunktion der Zugangsvoraussetzung gleichermaßen die Zielfunktion zugeschrieben (Nübling et al., 2006).

Die intrinsische Motivation wird im Folgenden nach ihren hauptsächlichen Verwendungsvarianten dargestellt:

- (1) Intrinsische Motivation als *in der Tätigkeit* stammend bezieht sich auf Anreize, die in der Ausführung der Tätigkeit verankert sind. Extrinsisch bezieht sich auf die anreizbesetzten Veränderungen, die sich nach erfolgreicher Beendigung der Tätigkeit einstellen (Rheinberg, 2010).
- (2) Intrinsische Motivation als *Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Kompetenz* stützt sich auf Arbeiten von Deci und Ryan (2000). Sie gehen davon aus, dass intrinsisch motiviertes Verhalten aus der Selbstbestimmung und dem Kompetenzerleben resultiert (Deci & Ryan, 2000; Rheinberg, 2010). Entscheidend ist, dass die Person das Erlebnis hat, selbstbestimmt zu agieren und an einem wertvollen Gegenstand zu arbeiten.
- (3) Intrinsische Motivation als *Interesse und Involviertheit* wird gleichbedeutend mit einer positiven und tätigkeitszentrierten Motivation verstanden (Rheinberg, 2010). Eine Lernaktivität ist dann intrinsisch motiviert, wenn die Auseinandersetzung mit dem Interessensgegenstand als selbstbestimmt erlebt wird.
- (4) Intrinsische Motivation als *Übereinstimmung von Mittel und Zweck* meint, dass es sich positiv auswirkt, wenn ein konkretes Handlungsziel einem allgemeineren Ziel zugeordnet ist. Ausschlaggebend ist, ob die Handlung und ihre angestrebten Ergebnisfolgen thematisch dem selben Inhaltsbereich zuzuordnen sind oder nicht. Nur bei Übereinstimmung spricht man von intrinsischer Motivation (Rheinberg, 2010).

4.5.2 Inhalts- und Prozesstheorien der Motivation

„Motive oder Bedürfnisse sind mentale Repräsentationen (Vorstellungen) wertbesetzter zukünftiger Zustände, die angestrebt oder vermieden werden bzw. verhaltensregulierend wirksam sind“ (Maderthaner, 2008, S.314). Eine weitere Unterscheidung stützt sich auf die Betrachtung der Motive oder Bedürfnisse und kategorisiert jene Theorien, die sich mit der Frage beschäftigen, welche Motive den Menschen zu einem bestimmten Handeln bewegen (Inhalts- oder Bedürfnistheorien) und jene Theorien der kognitiven Vorgänge, die zwischen dem Motiv und dem aktiven Handeln stehen (Prozesstheorien) (Stangl, 2017). Ein prominenter Vertreter der Inhalts- oder Bedürfnistheorien ist Abraham Maslow (1943). Er beschränkte die Reichweite menschlicher Motivation nicht nur auf biologische Bedürfnisse, sondern bezog auch mentale und kulturelle Kräfte mit ein. In der von ihm postulierten Bedürfnispyramide mit hierarchischer Struktur, der gemäß die unteren bzw. Basisbedürfnisse (Physiologische Bedürfnisse, Sicherheit, Zugehörigkeit, Liebe, Anerkennung – zusammengefasst als „Defizitbedürfnisse“) erfüllt sein müssen, bevor die höheren Bedürfnisse (Wissen und Verstehen, Ästhetik, Selbstaktualisierung, Transzendenz – zusammengefasst als „Wachstumsbedürfnisse“) wirksam werden (Maderthaner, 2008).

In die Kategorie der Prozesstheorien können alle Erwartungs-Wert-Theorien der Motivation eingereiht werden. Diese postulieren, dass die Motivation als Produkt von Erwartung und Wert geschätzt werden kann (Beckmann & Heckhausen, 2010). Die Motivation ist niedrig, wenn einerseits die subjektive Chance der Zielerreichung oder der subjektive Wert dieser Chance gegen Null geht (Maderthaner, 2008). Als Beispiel wird das Rubikon-Modell (Heckhausen, 1989) vorgestellt, welches versucht, das Entstehen, Heranreifen und Vergehen von Motivation zu beschreiben (Achtziger & Gollwitzer, 2010). Hierfür unterteilt es den Handlungsprozess in vier chronologisch aufeinander folgende und durch diskrete Übergänge voneinander abgegrenzte Handlungsphasen. Die Entstehung von Zielen wird der prädeziionalen Motivationsphase zugeordnet. Zweck dieser Phase ist die Abwägung der Realisierbarkeit bestimmter Wünsche und Anliegen sowie der Motivlage, eine entsprechende Zielauswahl zu treffen, diese zu spezifizieren und als handlungsverbindlich zu akzeptieren. Der „*Rubikon* vom Wunsch zum Ziel wird überschritten“ (Achtziger & Gollwitzer, 2010, S. 312), wodurch ein Gefühl der Verpflichtung, dieses Ziel auch tatsächlich in die Tat umzusetzen, entsteht (*Commitment*). In der präaktionalen Volitionsphase wird geplant, mit welcher Maßnahme (Einsatz persönlicher Fähig- und Fertigkeiten) und Strategien die Zielerreichung umgesetzt werden kann. Die aktionale Volitionsphase beinhaltet die Durchführung der Handlungsabläufe

und in der postaktionalen Motivationsphase wird das Ergebnis in Bezug auf das Handlungsziel bewertet (Kleinbeck, 2010). Ist die Person mit dem Handlungsergebnis zufrieden, wird das gesetzte Ziel deaktiviert. Entspricht das Handlungsergebnis nicht, wird entweder das Anspruchsniveau gesenkt oder es wird bei einer neuen Handlungsplanung beibehalten, die besser geeignet scheint, den gewünschten Zielzustand zu erreichen (Achtziger & Gollwitzer, 2010).

4.6 Begriffsabgrenzung und Definition Behandlungsmotivation und Reha-Motivation

Behandlungsmotivation stellt eine oben beschriebene situationsspezifische Motivation dar und bezieht sich auf den patientenseitigen Beweggrund, therapeutisch indizierte Handlungen zu initiieren und weiterzuführen (Baumeister, 2009). Behandlungs- und Therapiemotivation können als Synonyme verstanden werden und betonen ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes auf Kooperation zielendes Engagement mit dem Ziel, ein therapeutisches Resultat zu erreichen oder präventiv für die Gesundheit zu sorgen (Meichenbaum & Turk, 1994). Sie fungiert in ihrer Akzentuierung als Oberbegriff und kann je nach theoretischer oder praktischer Herangehensweise entsprechend adaptiert werden. Konkretere Unterscheidungen können anhand der Behandlungsmaßnahme getroffen werden (z.B. Psychotherapiemotivation) oder sich auf das Behandlungssetting stützen (z.B. Reha-Motivation) (Nübling et al., 2006). Als mögliche Verhaltensfolge von hoher Therapiemotivation kann Compliance verstanden werden (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000; Veith, 1997), wohingegen Rehabilitationsmotivation praktisch orientiert konzipiert wurde und sich als solche auf das Verständnis von „Motivationen als kognitiv und/oder affektiv vermittelten Bedürfnissen, die als Auslöser von Verhalten wirken“ (Kriz et. al., 2006, S.161), beruft. Reha-Motivation ist im speziellen als psychosoziale Komponente der Behandlung wichtig, da sie eine Voraussetzung für Bewegung und Genesung ist (Carlson, 1997). Essentiell zu berücksichtigen ist auch, dass Reha-Motivation in ihrer zeitlichen Beständigkeit und ihrer Verhaltensbedeutung zwischen dispositionellen Motiven und kurzfristigen Handlungstendenzen eingeordnet werden kann. Diese führen im Rahmen zeitlich begrenzter Kontextbedingungen, der Rehabilitationsbehandlung, zur Handlungsvollziehung (Nübling et al., 2006).

4.7 Strukturmodell der Behandlungsmotivation und Adhärenz

Dem auf dem Heckhauschen Rubikonmodell aufbauenden Strukturmodell der Behandlungsmotivation und Adhärenz (Drieschner, Lammers & van der Staak, 2004) folgend bilden sechs internale Bedingungsfaktoren die Behandlungsmotivation des Patienten: Leidensdruck, Ergebniserwartung, Problembewusstsein, wahrgenommene Passung der Behandlung, wahrgenommene Kosten der Behandlung und wahrgenommener sozialer Druck. Diese Faktoren verlangen nach jeweils spezifischen therapeutischen Interventionsstrategien (Baumeister, 2009). Die sechs Bedingungsfaktoren werden von externalen Einflüssen wie Therapiekosten, mangelnde Informationsvermittlung sowie eine eingeschränkte Patient-Therapeut-Beziehung (Drieschner et.al., 2004) beeinflusst. Behandlungsmotivation wird definiert als die patientenseitige Bindung an die Behandlung (*treatment engagement*). Der Unterschied zwischen Adhärenz als sichtbare Behandlungsmotivation und der internalen Behandlungsmotivation erschließt sich durch kognitive und neuropsychologische Einschränkungen der Willensbildung (Baumeister, 2009).

4.8 Determinanten der Reha-Motivation

Im Folgenden wird das Konstrukt Reha-Motivation anhand ihrer, in der Literatur häufig erwähnten Determinanten, dargestellt.

4.8.1 Erwartungen an die Rehabilitation

Erwartungen bezeichnen Hoffnungen, Wünsche, Chancen, Befürchtungen, Zielvorstellungen, etc., die mit Abläufen, Inhalten und Resultaten der Rehabilitation in Verbindung stehen (Schmelzer, 1998.). Rehaerwartungen sind abhängig von Erfahrungen aus davor erlebten Situationen (persönlich oder durch Informationen anderer). Sie sind handlungsleitend, beinhalten wichtige Informationen für potentielle Behandlungsziele und ermöglichen positive Zukunftsaussichten, die Basis für den Aufbau von Motivation wird geschaffen. Daraus geht hervor, wie wichtig die Erwartungskklärung bereits beim Erstkontakt in der Rehabilitation ist. Schmelzer (1998) unterscheidet Rollenerwartungen (z.B. Therapeut/in, Patient/in), prognostische Erfolgserwartungen (z.B. Wie viel Hoffnung auf Behandlungserfolg liegt vor?), inhaltliche Erwartungen (z.B. Welche Ziele sind primär?), Ablaufferwartungen (z.B. Wie soll die Behandlung ablaufen?) und Erwartungen aufgrund subjektiver *health beliefs* (z.B. Wie erklärt sich der/die Betroffene seine/ihre Schwierigkeiten?). Bengel und Herwig (2003)

betonen, dass die Erwartungskklärung nicht nur dazu hilfreich ist, dass die Angebote den individuellen Vorstellungen gerecht werden, sondern dass die Klärung der Erwartungen auch zum Motivationsaufbau beiträgt.

Deck (1999) geht von zwei Gruppen von Erwartungshaltungen bei Patienten in der Rehabilitation aus. Die eine Patientengruppe sticht durch eine aktiv, mitwirkende Erwartungshaltung hervor und die andere Gruppe durch eine eher passive, auf Erholung (Kur) oder Wunsch nach Berentung eingestellte Erwartungshaltung. Demgegenüber nehmen Dohnke, Knäuper und Müller-Fahrnow (2002) eine andere Unterscheidung vor. Ihren Studienergebnissen in der orthopädischen Rehabilitation folgend, können Patienten/innen in zwei Gruppen unterteilt werden: jene, die realistische Erwartungen mitbringen und jene, die mit überschätzten Erwartungen eine Rehabilitationsmaßnahme beginnen. Es zeigte sich, dass der Gesundheitszustand der *Realistischen* sechs Monate im Anschluss an die Rehabilitation signifikant verbessert werden konnte hinsichtlich Schmerzausmaß und Gehstrecke.

4.8.2 Leidensdruck und Krankheitsgewinn

Der Leidensdruck wird in der Literatur als wichtiger Einflussfaktor bei der Feststellung der Therapiemotivation angesehen. Die Begriffe Leidensdruck und Motivation werden sogar synonym verwendet. Veith (1997) betont, dass dem Leidensdruck insbesondere bei der Motivation, professionelle Hilfe aufzusuchen und für die Annahme und Akzeptanz therapeutischer Angebote eine große Bedeutung zugesprochen wird. Künzel und Wottawa (1985) sind der Meinung, dass Leidensdruck einerseits durch den wahrgenommenen Grad an Behinderung durch die Erkrankung und durch das Gefühl, diese Symptome nicht kontrollieren zu können, bestimmt wird.

Andererseits könnte hoher Leidensdruck aber auch zur Reduzierung der Motivation beitragen. Ruff und Werner (1987) weisen darauf hin, dass Patienten/innen trotz eines hohen körperlichen und psychischen Leidensdrucks eine Therapie nicht unbedingt bis zum Ende durchhielten, sondern zunächst hochmotiviert waren, dann aber die Therapie abbrachen. Hier wird vermutet, dass Enttäuschung die Non-Compliance der Patienten determiniert. Aufgrund ihres hohen Leidensdrucks hatten sie ebenso besonders hohe Erwartungen an die Therapie, die dann relativ schnell enttäuscht wurden.

Krankheitsgewinn gilt als der Gegenspieler von Leidensdruck und fokussiert auf die Vorteile, die ein kranker Mensch aus der Situation zieht. So können Krankheitssymptome helfen, aus

einer derzeitigen unangenehmen Situation zu fliehen. Es wird unterschieden in primärer Krankheitsgewinn, der einen subjektiven Vorteil, welcher im Kranksein liegt (z.B. Beachtung) und sekundärer Krankheitsgewinn, welcher sich auf einen externalen Vorteil konzentriert (z.B. Rentenzahlung). Häufig agiert Krankheitsgewinn im Sinne eines verborgenen Motives (Merten, 2018).

4.8.3 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann lt. Berkman und Glass (2000) unterschieden werden in (1) emotionale Unterstützung (z.B. Verständnis, das eine Person erhält), (2) instrumentelle Unterstützung (z.B. finanzielle Hilfe oder die Übernahme von Tätigkeiten), (3) informative Unterstützung (z.B. Ratschläge die zur Problemlösung beitragen) und (4) bewertende Unterstützung (z.B. Einschätzungshilfe bei Entscheidungen).

Insbesondere in Bezug auf eine langfristige Verhaltensänderung ist die Unterstützung aus dem Umfeld essentiell zur Zielerreichung. Soziale Unterstützung kann als motivierende Komponente verstanden werden. Patienten/innen, die durch ihr soziales Umfeld bei der Reha-Behandlung Beteiligung erfahren, sind motivierter als solche, die keine Mithilfe erwarten können (Wiedl, 2009). Demgegenüber kann sich soziale Unterstützung auch hinderlich auf die Motivation auswirken. Wenn der Gewinn (z.B. erhaltene emotionale Zuwendung), den eine Person aus der Unterstützung erhält, größer ist als die Strapaze, die mit der Erkrankung einhergeht (sekundärer Krankheitsgewinn), kann soziale Unterstützung die motivationale Komponente schmälern (Wiedl, 2009).

4.8.4 Selbstwirksamkeit

Zur Definition siehe Kapitel 3.1.2. In Bezug auf die Einwirkung von motivationalen Komponenten zur Verhaltensänderung, wie sie in den Gesundheitsmodellen dargestellt werden, ist anzunehmen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Ergebniserwartung einen Einfluss auf die Reha-Motivation haben. Laut Wiedl (2009) gestalte sich dies wie folgt: „positive Erfolgserwartung + hohe Selbstwirksamkeitserwartung = mehr Rehamotivation = mehr Gesundheitsverhalten = besseres Behandlungsergebnis“ (S. 35).

4.8.5 Körperliche Einschränkungen

Durch körperliche Beschwerden sind Patienten/innen in ihrem Alltag eingeschränkt. Es kann angenommen werden, dass Patienten/innen mit hohen körperlichen Beschwerden motivierter sind, an der Reduktion dieser mitzuwirken (Hafen, 2002). Dem entgegen stehen Indizien, die darauf hindeuten, dass insbesondere aufgrund der Chronizität einer Erkrankung die Motivation geringer ist (Wiedl, 2009).

4.8.6 Informationen über die Rehabilitationsmaßnahme

Es wird angenommen, dass Patienten/innen ein bestimmtes Grundwissen über die anstehende Behandlungsmaßnahme (z. B. Rehabilitation) haben müssen (und sei es lediglich das Wissen, dass es diverse Angebote gibt), um sich bewusst für diese Behandlungsmöglichkeit entscheiden zu können (Wiedl, 2009). Ohne Wissen entsteht keine Motivation für die Maßnahme. In einer Studie von Glattacker, Heyduck und Meffert (2012) wurde eine Intervention zur maßgeschneiderten Informationsvermittlung anhand subjektiver Krankheitskonzepte erstellt. Die Interventionsgruppe erlebte am Ende der Rehabilitationsbehandlung den Rückenschmerz als persönlich kontrollierbar und die Informationsbedürfnisse waren stärker erfüllt als bei Patienten/innen, die wie üblich behandelt wurden (siehe Kapitel 6.1.2).

4.8.7 Psychisches Leiden

Die seelische Befindlichkeit wird in den Betrachtungen hinsichtlich Einflussgrößen auf Reha-Motivation meist über den Aspekt „Leidensdruck“ erfasst. In einer Studie wird der Zusammenhang zwischen psychischen Beeinträchtigungen, Motivation und Behandlungsergebnis untersucht. Als Ergebnis geht hervor, dass von einer signifikanten Korrelation zwischen Behandlungsmotivation und psychischem Leiden ausgegangen werden kann (Wirtz, Löschmann, Nübling, Rundel & Bengel, 2002).

4.8.8 Soziodemografische Variablen

Der Einfluss soziodemographischer Variablen (Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand) auf die Reha-Motivation ist nicht konsistent belegt. Eine Studie von Muthny,

Fiedler, Richter, Schweidtmann und Wiedebusch (2006) zeigt, dass es bei orthopädischen Patienten/innen keine Zusammenhänge zwischen Rehabilitationsmotivation und soziodemographischen Variablen gibt. Demgegenüber finden Peters, Lange und Radebold (2000) Zusammenhänge zwischen Alter und Motivation bei psychosomatischen Rehabilitationspatienten/innen.

5 PATIENTEN/INNENZUFRIEDENHEIT

Das Konstrukt Patienten/innenzufriedenheit zeigt bei näherer Betrachtung, dass theoretisch-konzeptionelle, erhebungsmethodische sowie praktisch-operative Defizite vorliegen und bisher keine allgemeingültige Definition existiert (Bleich, 2010; Gerlach & Güntert, 2015; Gill & White, 2009).

Patienten/innenzufriedenheit stellt ein wichtiges Qualitäts- und Ergebniskriterium in der patientenorientierten Rehabilitationsbehandlung dar (Zimmermann et al., 2013). Bleich (2010) geht davon aus, dass sich die Zufriedenheit mit einer Therapie aus der Sichtweise des Patienten/der Patientin nicht nur auf der Qualitätsebene des Ergebnisses zeigt, sondern ebenfalls durch die Qualität der Strukturen einer Klinik und des Prozesses.

Patienten/innenzufriedenheit repräsentiert daher nicht nur das bestmögliche Behandlungsergebnis, sondern zeigt den Einfluss von interpersonellen Faktoren und Erwartungen, von kulturellen, sozialen, demographischen sowie kognitiven und affektiven Komponenten, der Zielsetzung sowie der Zielerreichung der Rehabilitationsbehandlung, der Thematisierung von subjektiven Konzepten (*health beliefs, illness beliefs*), den Ablauf der Therapie, Informiertheit über die Therapie, die Zusammenarbeit des Behandlungsteams sowie die Ablauforganisation der Einrichtung (Crow et al., 2002; Gerlach & Güntert, 2015; Heidegger, Saal & Nübling, 2006; Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2001; Meichenbaum & Turk, 1994; Richter, Schmid-Ott & Muthny, 2011; Zimmermann et al., 2013).

Gleichzeitig ist die Patienten/innenzufriedenheit ein Erfolgsfaktor für Kliniken, einerseits weil eine Weiterempfehlung von Versorgungseinrichtungen durch Patienten/innen zum ökonomischen Erfolg beiträgt und darüber hinaus Zufriedenheitswerte zur Klassifizierung von Krankenhäusern dienen. Diese Rankings stellen eine Hilfe für Patienten/innen bei der Anbieterauswahl dar (Francis, Agoritsas, Chopard, Perneger, 2016).

Die wissenschaftliche Forschung versuchte über die letzten zwei Jahrzehnte Determinanten der Patienten/innenzufriedenheit zu identifizieren. Einigkeit scheint es bei der Einwirkung der Erwartungshaltung (Gerlach & Güntert, 2015; Jackson et al., 2001), der positiven Auswirkung einer guten Beziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in, der interprofessionellen Teamarbeit und dem Informationsfluss (Crow et al., 2002; Quaschnig et al., 2013;

Zimmermann et al., 2013) sowie der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Zielerreichung (Crow et al., 2002; Richter et al., 2011) mit höheren Zufriedenheitswerten zu geben. Von den soziodemographischen Faktoren zeigen Alter (je älter desto zufriedener) und Bildungsstand (je gebildeter desto weniger zufrieden) eine Signifikanz in der Zufriedenheitsbewertung (Hall & Dornan, 1990).

Renker, Schlüter, Neubauer und Schiltenswolf (2009) zeigten, dass mit zunehmender Chronifizierung mehrere Therapieangebote zeitgleich in Anspruch genommen werden. Die erhaltenen Therapien erzielten eine hohe subjektive Patienten/innenzufriedenheit, ohne jedoch objektive Erfolge verzeichnen zu können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die vorliegende Arbeit unter Patienten/innenzufriedenheit die subjektive Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten/innen mit der Therapieleistung im Gesundheitswesen, verstanden wird. Sie ist somit das Resultat eines kognitiv-rationalen Prozesses, erweitert um eine affektiv-emotionale Beurteilung. Zufriedenheit bedeutet eine kongruente Übereinstimmung der Therapieerfahrung mit den Bedürfnissen bzw. Erwartungen der Patienten/innen (Gehrlach & Güntert, 2015; Heidegger et al., 2006).

Da, wie oben dargestellt, aus Ergebnissen von Patienten/innenzufriedenheit eine weitreichende konzeptuelle, strukturelle und ökonomische Konsequenz gezogen wird, ist es essenziell, die differenzierten Entstehungszusammenhänge der Patienten/innenzufriedenheit mit der Gesundheitsvorsorge zu kennen, um das theoretische Konzept zu schärfen (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam & Amenta, 2015; Gehrlach & Güntert, 2015; Gill & White, 2009).

5.1 Messung der Patienten/innenzufriedenheit

Da die Patienten/innenorientierung einen zentralen Pfeiler der medizinischen Versorgung darstellt, sind Erhebungen zur Zufriedenheit ein wichtiger Bestandteil (Bleich, 2010). Die Messung zur Patienten/innenbefragung können schriftlich oder mündlich erfolgen und sind für die jeweilige Situation in ihren Vor- und Nachteilen abzuwägen. Mündliche Befragungen können höhere Rücklaufquoten, eine exaktere Wahl des Befragungszeitpunktes sowie eine niedrige Anzahl fehlender Angaben aufweisen (Bleich, 2010). Ein wesentlicher Nachteil ergibt sich neben dem höheren Zeitaufwand sowie der höheren Kosten durch „die Verzerrung der

Ergebnisse durch eine verringerte Bereitschaft der Patienten, negative Auskünfte zu geben“ (Bleich, 2010, S. 278) bzw. durch sozial erwünschtes Antwortverhalten (Crow et al., 2002). Dies führt häufig dazu, dass die Vorteile einer schriftlichen Befragung überwiegen, nämlich größere Stichproben kostengünstiger sowie in einem höheren Standardisierungsgrad untersuchen zu können (Bleich, 2010). Schwierigkeiten ergeben sich ebenfalls in dem sozial erwünschten Antwortverhalten insbesondere, dass Patienten/innen oft sehr hohe oder niedrige Zufriedenheitswerte (Decken- und Bodeneffekte) angeben. Der optimale Zeitpunkt der Befragung sowie die Veränderungssensitivität des Erhebungsinstrumentes sind ebenso strittig und der „non-response-bias“ darf in der Betrachtung der Ergebnisse nicht außer Acht gelassen werden (Gehrlach & Güntert, 2015). Ebenso muss der „confounder-bias“ bei der Interpretation von Patienten/innenzufriedenheitsmessungen beachtet werden (Bleich, 2010; Heidegger et al., 2006). Hinweise auf Confounder finden sich unter anderem bei *älteren Patienten/innen* (Young, Meterko & Desai, 2000) und zwar scheinen diese eher positive Angaben zu machen. Bleich (2010) führt an, dass mittlerweile eine große Anzahl generischer, als auch krankheitsspezifischer Verfahren zur Verfügung stehen, sowohl uni- als auch mehrdimensional, die hinsichtlich psychometrischer Gütekriterien überprüft sind.

Lecher, Klapper und Koch (2002) untersuchten in einer empirischen Studie die vorherrschende Praxis zur Patienten/innenbefragung, in dem Ansprechpartner in insgesamt 95 Krankenhäuser telefonisch interviewt wurden. Die Krankenhäuser wurden hinsichtlich Bettenanzahl, Landeszugehörigkeit sowie Trägerschaft ausgewählt, mit dem Ziel einer heterogenen Stichprobe. Es konnte festgestellt werden, dass in den einbezogenen Krankenhäusern in einem Ausmaß von 84% die Patienten/innenzufriedenheit mindestens einmal erhoben wurde, in 53% der Einrichtungen sogar regelmäßig. Als ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis geht hervor, dass diese Erhebungen ausschließlich mittels Fragebogen erfolgten. In den Analysen der bisher eingesetzten Instrumente zeigt sich, dass es ad-hoc erstellte hausinterne Instrumente sind, die Mängel hinsichtlich der Gütekriterien (insbesondere Reliabilität und Validität) aufweisen (Gill & White, 2009; Heidegger et al., 2006; Sitzia, 1999). Auch Blum (1998) kritisiert das Methodendefizit.

Um das zentralste Problem der Erhebung von Zufriedenheitswerten zu vermeiden (sehr schiefe Verteilungen von häufig positiven Antworten, die in Diskrepanz zu Interviewangaben oder Eindrücken der Befragten stehen) schlägt Lecher (2002 zitiert nach Bleich, 2010) vor, die Items in der dritten Person Plural zu formulieren (z.B. „Die Patienten wurden zu spät über den

Therapieplan informiert.“). Diese Formulierung bewirkt, sich selbst als weniger beeinflussbar zu geben (in Richtung zufriedener) und soll die Antworttendenz in Richtung „falsch-hoher“ Zufriedenheit reduzieren (Bleich, 2010).

Für die vorliegende Arbeit wird Patienten/innenzufriedenheit in Therapiezufriedenheit und Gesamtzufriedenheit aufgeteilt. Therapiezufriedenheit erfasst die subjektive Einschätzung der Therapieerfahrung. Die Gesamtzufriedenheitserfassung zielt auf die Therapiezielerreichung ab, deren Einfluss auf den Genesungsverlauf, einer Einschätzung der Gesamtzufriedenheit mit dem Therapieangebot sowie dem Faktor der Weiterempfehlung der Einrichtung.

6 DETERMINANTEN VON COMPLIANCE

Wie eingangs angeführt, kann Compliance als multidimensionales Phänomen verstanden werden. Im Forschungsfeld hinsichtlich determinierender Faktoren von Compliance findet eine intensive Auseinandersetzung statt, welche Faktoren Compliance begünstigen oder verschlechtern. Eine Übersicht der WHO stellt fünf mögliche Einflussfaktordimensionen der Adhärenz dar: Sozioökonomische Faktoren (Ausbildungsstand, Geschlecht, Alter), Therapiebedingte Faktoren (Art der Behandlung, Nebenwirkungen, Dauer der Behandlung), Personenbezogene Faktoren (Motivation, Fähigkeit zur Selbstorganisation), Gesundheitssystem- spezifische Faktoren (Kostenübernahme, Kommunikation) und Krankheitsbedingte Faktoren (Art der Erkrankung, Chronizität, Schmerz) (Sabaté, 2003).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die vorgestellten Dimensionen nicht als abgegrenzt voneinander zu betrachten sind, da sie möglicherweise in Interaktion stehen.

Im Folgenden werden die für die vorliegende Studie relevanten Einflussfaktoren (personen- und krankheitsbezogene Faktoren) näher erläutert.

6.1 Personenbezogene Determinanten

Wie Personen subjektiv auf physische Symptome reagieren, kann auf den weiteren Krankheitsverlauf einen großen Einfluss haben (Braun, 2016). Beispielsweise werden bestimmte Personen unverzüglich ärztlichen Rat bei auftretenden Rückenschmerzen suchen, wohingegen andere Personen abwarten. Dieser Unterschied kann bei bedrohlichen Erkrankungen, welche eine Früherkennung erfordern, entscheidend die Behandlung sowie den Verlauf beeinflussen (Sirri, Fava & Sonino, 2013).

Hierfür wurden in Kapitel 3 mittels HBM und CSM vorgestellt, welches Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten mit Compliance in Zusammenhang stehen.

Unter personenbezogenen Einflussfaktoren werden in diesem Kapitel die Bedeutung subjektiver Gesundheits- und Krankheitsüberzeugungen (*health beliefs*, *illness beliefs*) sowie der Einfluss von Rehabilitationsmotivation und Patienten/innenzufriedenheit dargestellt.

6.1.1 Subjektive Gesundheitsüberzeugungen – *health beliefs*

Eine Fundierung der subjektiven Gesundheitsüberzeugungen im HBM besagt in Bezug auf die Compliance von Patienten/innen, dass sie sich durch eine Krankheit bedroht oder anfällig fühlen müssen und daraus folgend negativen Auswirkungen entgegenblicken, um ein gesundheitsförderliches, empfohlenes Verhalten zu zeigen. Erst wenn ein bestimmter Grad an Bedrohung erreicht ist und die betroffene Person aufgrund ihrer *health beliefs* überzeugt ist, durch ihr Verhalten negative Konsequenzen abzuwenden, führt dies zu Compliance (Becker et al, 1982; Brinkmann, 2014).

In einer Metastudie von Carpenter (2010) werden die vier Variablen des HBM hinsichtlich ihrer Effektivität als prädiktive Einflussgrößen auf Compliance analysiert. *Susceptibility* (Anfälligkeit) und *Severity* (Schwere) wirken auf die subjektive Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung, wohin gegen *Barriers* (Hindernisse) und *Benefits* (Vorteile) die Zielvorstellung betreffen, die eine Gesundheitsgefährdung abwenden soll. Vorangegangene Meta-Analysen zeigen inkonsistente Resultate. Zimmerman und Vernberg (1994) kommen zu dem Schluss, dass das HBM prädiktiv für Gesundheitsverhalten ist, wohingegen der Effekt schwächer ist als zum Beispiel durch die sozial-kognitive Theorie. Harrison, Mullen und Green (1992) schlussfolgern, dass der Mangel an Homogenität sowie die geringen Effektstärken darauf hindeuten, dass die prädiktive Validität des HBM in Frage zu stellen ist. Zusammenfassend können *Severity*, *Barriers* und *Benefits* als prädiktive Einflussgrößen für Compliance verstanden werden, wobei *Barriers* und *Benefits* die stärksten Prädiktoren darstellen und gleichzeitig fungieren sie besser, wenn es um das Vorhersagen von präventiven Maßnahmen geht als um die Durchführung einer therapeutischen Behandlung.

Die Verwendbarkeit des HBM zur Vorhersage von Compliance, untersucht anhand der Mammographie Vorsorge bei asymptomatischen Frauen unterstreicht den Zusammenhang zwischen *health beliefs* und Compliance (Aiken, West, Woodward & Renok, 1994). DiMatteo, Haskard und Williams (2007) kommen zu dem Schluss, dass Adhärenz signifikant mit der von Patienten/innen wahrgenommenen Schwere der Erkrankung korreliert. Jene Patienten/innen welche ihre Krankheit als schwerer empfanden, waren eher bereit zu Compliance.

6.1.2 Subjektive Krankheitskonzepte – *illness beliefs*

Subjektive Krankheitsüberzeugungen stellen Schlüsseldeterminanten von Verhalten im Umgang mit der Krankheit dar, sie determinieren, wie Patienten/innen auf ihre Krankheit reagieren und sind daher auch maßgeblich am Einfluss von Compliance beteiligt (Zoeckler, Kenn, Kuehl, Stenzel & Rief, 2014).

Empirisch werden die Grundannahmen des CSM weitgehend bestätigt. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2003 kann subjektive Krankheitskonzepte als Zusammenhangsvariable mit mehreren Outcomes wie Compliance, Funktionsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit oder Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen identifizieren (Hagger & Orbell, 2003). Eine fehlende Übereinstimmung zwischen *illness beliefs* von Patienten/innen und deren therapeutisch/ärztlichen Behandler/innen wird als Grund für maladaptives Verhalten (Non-Compliance) aufgezeigt (Brewer, Chapman, Brownlee & Leventhal, 2002). Die Exploration und Identifikation von subjektiven Krankheitsüberzeugungen zu Rehabilitationsbeginn kann Non-Compliance reduzieren (Petrie & Weinman, 1997) und die Erfassung von *illness beliefs* vor Rehabilitationsbeginn spielt eine wichtige Rolle, im Speziellen, wenn sie prädiktiven Charakter bezüglich der Übungsleistung hat (Zoeckler et al., 2014). Durch die Beeinflussung unrealistischer Krankheitskonzepte können positive Veränderungen hinsichtlich Compliance erzielt werden.

Der Großteil der Studien bezieht sich auf die Darstellung des Zusammenhangs zwischen subjektiven Krankheitskonzepten und Bewältigungsverhalten bzw. gesundheitsbezogenen Ergebnissen. Ein anderer Teil erarbeitet theoriebasierte Interventionen anhand des CSM. Glattacker et al. (2012) entwickelten eine Intervention, welche auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten/innen bezüglich Informationsbedarf ansetzt, also die subjektiven Vorstellungen und Überzeugungen hinsichtlich Krankheit und Behandlung (*illness beliefs*) als Ausgangspunkt des Informationsbedarfs bei Patienten/innen mit chronischen Rückenschmerzen erhob. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Standardinformation. Angenommen wurde, dass subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte das stabilisierende Gerüst für das Verständnis und die Interpretation von Informationen bilden, mit dem Ziel, die vermittelte Information mit den subjektiven Überzeugungen zu verbinden und daraus eine bessere Passung von Informationsinhalten und spezifischen Bedürfnissen zu erreichen. Die Interventionsgruppe erlebte am Ende der Rehabilitationsbehandlung den Rückenschmerz als persönlich kontrollierbar und die Informationsbedürfnisse waren stärker erfüllt als bei Patienten/innen, die wie üblich behandelt wurden.

6.1.3 Rehabilitationsmotivation

Wie bei der Betrachtung von subjektiven Gesundheitsüberzeugungen hervorgeht, spielt die Motivation, eine Veränderung im Verhalten herbeiführen zu wollen, eine Schlüsselrolle. Als mögliche Verhaltensfolge von hoher Rehabilitationsmotivation kann Compliance verstanden werden. Schwarzer (2004) geht davon aus, dass das Vorliegen einer Intention die Grundvoraussetzung für selbstregulative Prozesse ist. Ein Mangel an Motivation führe zwangsläufig zu Non-Compliance. Auch Nübling et al. (2006) ziehen den selben Schluss, dass nicht erkannte, aufgegriffene oder geklärte motivationale Defizite zu mangelnder Compliance und Behandlungsabbrüchen führen.

Compliance Beeinträchtigungen und mangelnde therapeutische Fortschritte können sich dabei wechselseitig verstärken: Ein wenig motivierter Patient lässt sich weniger auf den therapeutischen Prozess ein, wodurch dieser weniger Erfolg bewirken kann, bestärkt den/die Patienten/in in der Meinung, dass die Therapie nicht helfen kann, dies wiederum reduziert die Rehabilitationsmotivation (Berking & Rief, 2012).

In einer weiteren Studie zeigte sich, dass die Rehabilitationsmotivation die Beziehung zwischen autonomieunterstützenden Verhalten der Physiotherapeuten/innen und der Rehabilitationsadhärenz mediiert (Chan et al., 2009). Auch in der Gewichtsreduktion nimmt Behandlungsmotivation eine prädiktive Rolle hinsichtlich Compliance ein (Webber, Tate, Ward & Bowling, 2010). Es sprechen immer mehr empirische Beweise dafür, dass höhere Reha-Motivation ein kritischer Faktor ist, um die Therapieadhärenz zu bestimmen (Chan et al., 2009).

Aufschlussreiche Ergebnisse hinsichtlich gelebter Praxis zeigt eine qualitative Studie, welche die Motivationseinschätzung von Schlaganfall-Rehabilitations-Fachkräften analysiert. Ob eine Person motiviert oder nicht-motiviert für die Reha-Maßnahme ist, wird einerseits aufgrund des Verhaltens eingeschätzt, wobei proaktives Verhalten mit höherer Motivation assoziiert ist als passives Verhalten. Andererseits steht Compliance hinweisend für Reha-Motivation und Non-Compliance für Motivationsmangel. Determinierend für Motivation sind Persönlichkeits- und soziale Faktoren (Maclean, Pound, Wolfe & Rudd, 2002).

Eine hohe Therapiemotivation bei einer akuten Erkrankung ist durch Schmerzreduktion oder bei intensiver Betreuung zu erwarten. Niedrige Motivation demnach weisen Patienten/innen vor, die kein Risiko durch ihr Verhalten wahrnehmen oder den Bedarf einer

Lebensstilveränderung nicht sehen (Bengel et al, 2003). Petermann (1998) weist darauf hin, dass Compliance bei Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, die zudem einen unregelmäßigen Verlauf und stark wechselnde Befindlichkeiten haben, besonders gering sei. Ebenso sei bei Maßnahmen, die eine wesentliche Veränderung der Alltagsgewohnheiten der Betroffenen erfordert, Compliance motivationsbedingt niedrig (Fittschen, 2002). Als weitere motivationsmindernde Komponente kann eine ablehnende Einstellung im sozialen Umfeld bezüglich der Erkrankung oder der Therapie gezählt werden.

Als motivationale Einflussgröße im Bereich der Erwartungen kann die subjektive Erfolgserwartung als Prädiktor des Therapieerfolgs bzw. der Therapieziele betrachtet werden und dies setzt Compliance in der Durchführung der Therapievereinbarung voraus (Altenhöner, Leppin, Grande & Romppel, 2001). Hinsichtlich sozialer Unterstützung zeigt sich, dass höhere soziale Unterstützung mit höherer Bereitschaft zu Compliance in Zusammenhang steht (Braun, 2016).

6.1.4 Patienten/innenzufriedenheit

Sabaté (2003) geht davon aus, dass Patienten/innenzufriedenheit ein wesentlicher Determinant für Compliance ist. Patienten/innen, die mit dem Gesundheitsangebot zufrieden sind, setzen Behandlungsempfehlungen eher um. Zu dem Ergebnis gelangen auch Meichenbaum und Turk (1994), die davon ausgehen, dass es trotz aller Schwierigkeiten, Compliance vorherzusagen, zwei Patientenmerkmale als Referenzpunkt gibt: die Zufriedenheit sowie die subjektiven Krankheitstheorien. Eine deutliche Beziehung zwischen der Patienten/innenzufriedenheit mit dem Behandlungssetting und der Compliance kann festgestellt werden.

Die Zufriedenheit der Patienten/innen wird auch von Huis in't Veld et al. (2010) als Schlüsselindikator dafür, wie gut die telemedizinische Behandlung von chronischen Schmerzen den subjektiven Erwartungen entspricht und deren wichtige Auswirkung auf Compliance betrachtet.

Fleig, Lippke, Pomp & Schwarzer (2011) gehen davon aus, dass Patienten/innen, die während der Rehabilitation (stationär) eine Vielzahl von positiven Übungserfahrungen gemacht haben, ebenfalls eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung und den eigenen erbrachten Leistungen aufweisen. Folglich sind sie eher bereit, ihre Bemühungen fortzusetzen, ein Verhalten

(körperliche Aktivität) jenseits der Rehabilitation aufrechtzuerhalten, sie zeigen sich also über das Therapieende hinaus compliant. Ihre Studie inkludiert 248 Patienten/innen, die aufgrund einer orthopädischen Erkrankung oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung ein Rehabilitationsprogramm durchlaufen und dazu aufgefordert wurden, die körperliche Betätigung nach Rehabilitationsende weiterzuführen. Sie konnten in ihrer Studie den Zusammenhang von Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung, Zufriedenheit und Verhalten für körperliche Betätigung bestätigen, denn es zeigte sich, dass Patienten/innen, die während der Rehabilitation positive Erfahrungen machten, eher zufrieden waren und nach ihrer Entlassung selbstständig weiterübten.

Patienten/innen, die negative Erfahrungen während der Therapie machen, tendieren eher zu Non-Compliance (Petermann & Mühlig, 1998). Ebenso wie unzufriedene Patienten eher dazu neigen, Empfehlungen abzulehnen, Therapieeinheiten nicht einzuhalten (Meichenbaum & Turk, 1994). Jackson et al. (2001) postulieren, dass der Zeitrahmen zu beachten ist, in dem Fragen zur Zufriedenheit gestellt werden. Patienten/innen mit körperlichen Einschränkungen haben die Frage nach der Zufriedenheit zu verschiedenen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Ergebnissen beantwortet.

6.2 Krankheitsbezogene Einflussfaktoren

Als krankheitsbezogene Faktoren werden im Folgenden subjektives Schmerzempfinden und Chronizität und deren determinierende Effekte hinsichtlich Compliance näher erläutert.

6.2.1 Subjektives Schmerzempfinden

Paech, Lippke und Ziegelmann (2012) empfehlen für die Rehabilitationspraxis die subjektive Einschränkung durch Schmerzen in Bezug auf Motivierung von Patienten/innen zu berücksichtigen. Sie gehen davon aus, dass regelmäßige körperliche Aktivität die Gesundheit und Mobilität aufrechterhält und wahrgenommene Barrieren, wie die subjektive Schmerzbelastung und ein Mangel an Motivation zu einer Unterlassung eines positiven Gesundheitsverhaltens führen (Non-Compliance). Sie untersuchten in ihrer Studie 637 Rehabilitanden/innen zu drei Zeitpunkten (nach Aufnahme in die Behandlung, sechs Monate nach der Rehabilitation und drei Jahre nach Abschluss der Reha-Maßnahme) und zeigten, dass

sich für subjektive Beeinträchtigung durch Schmerzen und ihre Wirkung auf die Reha-Motivation diese nicht nur hinderlich, sondern auch motivierend darstellen können, je nach dem, wann sich die Rehabilitanden/innen durch die Schmerzen beeinträchtigt fühlen. Jene, die zu Beginn der Rehabilitation eine Einschränkung durch Schmerzen anführten, konnten ihre körperliche Aktivität erfolgreich zu den zwei weiteren Befragungszeitpunkten aufrechterhalten bzw. steigern. Einerseits wird angenommen, dass diese Gruppe von der Rehabilitationsmaßnahme profitieren konnte (bessere Beweglichkeit und Schmerzreduktion) und andererseits, dass diese Menschen schon vor der Einschränkung durch die Schmerzen körperlich aktiv waren und aufgrund einer Verletzung in die Rehabilitation kamen. Bei der letzten Gruppe ist anzunehmen, dass diese auch nach der Rehabilitation weiter aktiv sein wird. Dem gegenüber zeigten Menschen, die sich sechs Monate nach der Reha noch oder wieder mit Schmerzen konfrontiert sahen, ihre körperliche Aktivität nicht beibehalten bzw. steigern konnten.

Subjektive Krankheitsüberzeugungen beeinflussen das Gesundheitsergebnis inklusive Schmerzwahrnehmung. Zählt man Back Pain Beliefs (BPB's) als eine krankheitsspezifisch definierte subjektive Einstellung, zeigt sich, dass Personen mit negativen Rückenschmerzüberzeugungen einen signifikanten Zusammenhang mit der Erfahrung von Rückenschmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich (low back pain) in den letzten Monaten aufzeigen (Bealer, Smith, O'Sullivan, Hunter & Stracker, 2015). Daraus geht hervor, dass Personen mit Schmerzerfahrungen im Rückenbereich zu negativen Rückenschmerzüberzeugungen kommen, d.h. eine vorhergehende Schmerzerfahrung determiniert subjektive Krankheitsüberzeugungen. Zu diesem Schluss gelangen auch Heyduck et al. (2014), den größten Einfluss auf subjektive Krankheitskonzepte nehmen die bisherige Krankengeschichte und die Krankheitserfahrung.

Tijou, Yardly, Sedikides & Bizo (2010) untersuchen Compliance in Bezug auf Physiotherapie und liefern Erkenntnisse aus einer experimentellen Simulation sowie einer klinischen Beobachtungsstudie. Bei der Physiotherapie kann es während des Trainings zu intrinsisch, aversivem Feedback kommen, da die Teilnahme an der Therapie Schmerzen hervorrufen kann, während die Symptome rückläufig sind. Nur die Durchführung der Therapie lässt vermuten, ob sie erfolgreich sein wird oder nicht. Aus der Simulationsstudie ging hervor, dass Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartungen Dropout (Non-Compliance) vorhersagen, wohingegen aversives Feedback (Schmerzerfahrung) nur zu einer langsameren Reaktion (z.B. weniger gute Adhärenz während der Therapiesitzung) führte. Die Ergebnisse der

Simulationsstudie wurden in einem klinischen Sample überprüft, um zu bestimmen, ob Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartungen Physiotherapie Compliance voraussagen und aversive Rückmeldungen einen Rückschluss auf das Verhalten während physiotherapeutischer Sitzungen zulassen. Aversive Symptome wurden anhand der Messung des Schmerzniveaus sowie der Erwartung des Schmerzniveaus, welche die Physiotherapie provoziert, zu Beginn und nach der Therapie erhoben. Es konnten die Ergebnisse der Simulationsstudie repliziert werden und die Schmerzerfahrung während der Physiotherapie zeigte keinen Effekt auf Compliance. Schmerz zeigte einen Einfluss auf die subjektive Genesung und Compliance während der Therapiesitzung.

Schmerzlinderung sagt Zufriedenheit mit der Behandlung voraus. Diejenigen Patienten, die mit ihrer Verbesserung der Schmerzsymptomatik zufriedener waren, erfüllten auch mehr die Behandlungsempfehlungen, und diese Beziehung führte stärker zu Compliance (Hirsh et al., 2005).

6.2.2 Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen stellen im Gegensatz zu akuten Erkrankungen keinen Ausnahmezustand dar, sondern einen Dauerzustand. Daraus ergibt sich eine nicht geregelte gesellschaftliche Rolle für chronisch Erkrankte, denn einerseits müssen sie als „Kranke“ betrachtet werden, die aufgrund der Krankheit und für die Dauer dieser von den Leistungsanforderungen des täglichen Lebens entbunden werden müssen und andererseits kann dies bei chronischen Erkrankungen nicht ohne Zeitbegrenzung Rücksichtnahme, Entlastung sowie Unterstützung aus der sozialen Umgebung verlangt werden (Gerdes & Weis, 2000).

Es konnte festgestellt werden, dass chronisch erkrankte Patienten/innen, welche das Krankheitsrisiko nicht erkennen, die geringste Compliance aufweisen (Nübling et al., 2006) bzw. niedrigere Compliance Raten aufweisen als akut Erkrankte (Brandes & Mullan, 2014). Zudem führt ein unregelmäßiger Krankheitsverlauf und stark wechselnde Befindlichkeiten in Verbindung mit chronischer Erkrankung zu geringer Compliance (Petermann, 1998). Einerseits verhalten sich chronisch Erkrankte weniger compliant aufgrund einer Behandlungsmüdigkeit und andererseits mangelt es an Vertrauen, dass diese neue Behandlungsmethode nun einen Unterschied machen würde (Radomski, 2011) Foster et al. (2008) zeigen, dass insbesondere diejenigen ein schlechtes klinisches Outcome aufweisen, die ihre Erkrankung als lang andauerndes Problem (chronisches Geschehen) wahrnehmen, ernsthafte Konsequenzen aus ihrer Erkrankung erleben und die Erkrankung als wenig kontrollierbar einschätzen. Adhärenz

für Behandlungen bei chronischen Krankheiten stellt eine langfristige Herausforderung dar, welche in der klinischen Praxis regelmäßig und konsequent in Angriff genommen werden muss (DiMatteo, Haskard-Zolnierrek & Martin, 2012).

EMPIRISCHER TEIL

7 FRAGESTELLUNGEN / HYPOTHESEN

Vorangegangene Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen höherer Reha-Motivation und Compliance hin (Chan et al., 2009; Webber et al., 2010). Dies gilt auch für die Zufriedenheit: Patienten/innen, die mit dem Gesundheitsangebot zufrieden sind, setzen Behandlungsempfehlungen eher um (Crow et al., 2002; Meichenbaum & Turk, 1994; Richter et al., 2011; Sabaté, 2003). Reha-Motivation und Patienten/innenzufriedenheit als potenzielle Determinanten von Compliance zu untersuchen, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit.

Das Studienprojekt „Patientenzufriedenheit, Rehabilitationsmotivation und Compliance (Adherence) im Bereich der medizinisch-technischen Dienste“ unter der Leitung von Frau Prim.^a Dr.ⁱⁿ Eva-Maria Uher, Leiterin des Institutes für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf und Herrn Ao. Univ. Prof. i.R. Dr. Rainer Maderthaner, an welchem ich für die vorliegende Masterarbeit mitarbeiten konnte, untersucht als primäres Ziel die Frage:

Forschungsfrage 1: Haben personenbezogene Faktoren (Reha-Motivation, Erwartungen und Zufriedenheit) und die Art der Erkrankung (Chronizität/Diagnosegruppen) einen Einfluss auf Compliance?

PERSONENBEZOGENE FAKTOREN

H₁ Patienten/innen mit hoher Reha-Motivation (geringer Reha-Skepsis, Reha-Informiertheit, Änderungsbereitschaft, geringem seelischen Leidensdruck, geringer körperlicher Einschränkung) verhalten sich eher compliant als Patienten/innen mit niedriger Reha-Motivation.

H₂ Personen mit hoher Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartung (wahrgenommene Kontrollierbarkeit, positive Krankheitsbewältigung, health beliefs) verhalten sich eher compliant als jene mit niedriger Erwartungshaltung.

H₃ Patienten/innen mit höherer Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme verhalten sich eher compliant als jene die mit dem Angebot nicht zufrieden sind.

H₄ Ältere Menschen (> 50 Jahre) zeigen eher Compliance als jüngere Menschen.

KRANKHEITSBEDINGTE FAKTOREN

H₅ Chronisch erkrankte Patienten/innen brechen die Therapie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ab als akut Erkrankte.

H₆ Es besteht kein signifikanter Unterschied in den Diagnosegruppen hinsichtlich Compliance.

In Kapitel 6 wurden zahlreiche Studienergebnisse angeführt, welche personen- und krankheitsbezogene Determinanten mit Compliance in Zusammenhang bringen. Es wurde auch dargestellt, dass die Faktoren des HBM und des CSM möglicherweise das Gesundheitsverhalten von Patienten/innen beeinflussen. Die vorliegende Studie möchte folglich den möglichen Einfluss von Rehabilitationsmotivation, individuellen Krankheitsrepräsentationen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Patienten/innenzufriedenheit auf Compliance untersuchen, um mögliche Zusammenhänge aufzudecken und bestehende Forschungsergebnisse zu überprüfen.

Im Weiteren soll geklärt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen den möglichen Einflussgrößen der vorliegenden Studie mit Compliance gibt. Es wurden die Konstrukte Reha-Motivation und Patienten/innenzufriedenheit genauer untersucht.

Forschungsfrage 2: Wie stark ist die Gesamtzufriedenheit von der Reha-Motivation abhängig?

H₇ Patienten/innen mit hoher Motivation beurteilen die Gesamtzufriedenheit mit der Therapie positiver als Patienten/innen mit niedriger Motivation.

Die oben genannten Hauptfragestellungen werden durch folgende weitere Fragestellungen ergänzt:

Forschungsfrage 3: Welchen Einfluss haben die Art der Erkrankung, Anzahl der Therapieeinheiten, Schmerzausmaß und soziodemografische Variablen auf die Patienten/innenzufriedenheit (Therapie- und Gesamtzufriedenheit)?

H₈ Es besteht kein signifikanter Unterschied der Diagnosegruppen in der Zufriedenheitsbeurteilung.

H₉ Chronisch Erkrankte sind weniger zufrieden als akut Erkrankte.

H₁₀ Patienten/innen mit starken Schmerzen sind weniger zufrieden als Patienten/innen mit schwachen Schmerzen.

H₁₁ Je mehr Therapieeinheiten in Anspruch genommen wurden, desto zufriedener sind die Patienten/innen.

H₁₂ Je älter die Patienten/innen desto zufriedener sind sie.

H₁₃ Je höher der Ausbildungsstand desto eher sind Patienten/innen nicht zufrieden.

In Kapitel 4.8 wurden zahlreiche Studienergebnisse zu möglichen Determinanten der Reha-Motivation näher erläutert. Aus den Betrachtungen geht für den vorliegenden Untersuchungskontext der Rehabilitation hervor, dass Schmerzausmaß und Chronizität der Erkrankten einen Einfluss auf motivationale Bedingungen haben könnten.

Forschungsfrage 4: Welchen Einfluss haben Chronizität, Schmerzausmaß und soziodemografische Variablen auf die Reha-Motivation?

H₁₄ Patienten/innen mit akuten Erkrankungen zeigen eine höhere Motivationsbereitschaft als chronisch Erkrankte.

H₁₅ Patienten/innen mit akuter Erkrankung und starken Schmerzen zeigen eine höhere Motivation als akut und chronisch Erkrankte mit geringeren Schmerzen.

H₁₆ Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen und starker Schmerzbelastung zeigen eine höhere Motivation als akut und chronisch Erkrankte mit geringeren Schmerzen.

H₁₇ Je älter die Patienten/innen sind desto motivierter sind sie.

8 METHODE

8.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Pilotstudie, welche im Rahmen einer prospektiven Kohortenanalyse (ohne Kontrollgruppe) von der niederösterreichischen Landeskliniken-Holding AG (im weiteren NÖ LK Holding) und Prof. Dr. Rainer Maderthaner (Institut für psychologische Grundlagenforschung der Fakultät für Psychologie, Universität Wien) am Standort des Landesklinikums Mistelbach-Gänserndorf durchgeführt wurde. Die Erhebung war für vier Monate anberaumt, startete am 02.02.2015 und endete am 31.05.2015. Als Studienteilnehmer/innen wurden alle stationären, poststationären und ambulanten Patienten/innen, die Physio- und/oder Ergotherapie erhalten, inkludiert. Patienten/innen mit Diagnosen aus dem dementiellen Formenkreis sowie Patienten/innen, die die Fragebögen nicht selbstständig ausfüllen können, deren Deutschkenntnisse nicht zur Beantwortung der Fragen ausreichen, nicht-einwilligungsfähige Patienten/innen sowie Minderjährige wurden aus der Studie ausgeschlossen (Uher & Maderthaner, 2014). Die Patienten/innen erhielten zu Beginn und am Ende der Therapie von den Therapeuten/innen jeweils einen Fragebogen (Fragebogen I und II), die einander durch einen gemeinsamen Code zugeordnet sind. Dem Fragebogen I war ein Informationsblatt, welches über die Inhalte und Ziele der Studie informierte (siehe Anhang Ausfüllhilfe) beigelegt. Mit dem therapeutischen Team wurde die Vorgangsweise genau besprochen, sodass möglichst gleiche Versuchsbedingungen für die Probanden geschaffen wurden (siehe Anhang Informationsblatt zur Vorgabe der Fragebögen). Von dem therapeutischen Team wurde vor Übergabe des Fragebogens an die Patienten/innen der Art des Aufenthaltes (stationär, poststationär oder ambulant), die Diagnose laut Diagnoseliste (siehe Anhang) sowie die Zuweisung der Kategorie akute oder chronische Erkrankung ausgefüllt. Hierbei definierte chronische Erkrankung jede Erkrankung, die länger als drei Monate angehalten und zu diesem stationären Aufenthalt geführt hat.

Bei Therapieabbruch im poststationären und ambulanten Bereich konnte Fragebogen II den Teilnehmenden nicht ausgehändigt werden und diese Absenz wurde der Studienleitung gemeldet und in der Codierungsliste vermerkt. Anhand der Absenzen wurde die Gruppe Non-Compliance definiert. Zu dieser Gruppe der Therapieabbrecher/innen lagen zum Therapieabbruchszeitpunkt schon erhobene Daten aus Fragebogen I vor. Dieser wurde zu Therapiebeginn ausgehändigt und bestätigt, dass diese Patienten/innen mindestens eine Therapieeinheit in Anspruch genommen haben. Nach Abschluss der Identifizierung der Non-Compliance Gruppe wurde die Codierungsliste anonymisiert und der Studienleitung übergeben.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Probanden kuvertiert und konnten in den gekennzeichneten Boxen (zwei Standorte) eingeworfen werden oder direkt den Therapeuten/innen retourniert werden. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in die Zentrale der NÖ LK Holding nach St. Pölten gebracht, dies geschah während der Untersuchungsdauer zu drei Zeitpunkten. Die Dateneinlesung erfolgte elektronisch und wurde von Mitarbeiter/innen der NÖ LK Holding durchgeführt. Die vollständigen Daten der Studie wurden im September 2015 bereitgestellt. Nicht plausible Daten konnten nicht korrigiert werden.

8.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 893 Personen an der Befragung teil (Fragebogen I). Allerdings zeigte sich eine relativ niedrige Rücklaufquote bei der Beantwortung des Fragebogen II sowie hohe Anzahl fehlender Werte. Bei der deskriptiven Analyse der fehlenden Werte konnte kein systematisches Schema entdeckt werden (missing completely at random). Eine multiple Imputation der fehlenden Werte wurde aufgrund der nicht vorhandenen Information des vorliegenden Datensatzes zur Schätzung der interessierenden Modellparameter abgelehnt (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein & Köller, 2007). Der vorliegende Datensatz besteht aus 241 Personen. Für diese Stichprobe wurden alle Personen inkludiert, welche im Fragebogen I < 20 fehlende Werte aufweisen, in Fragebogen II zumindest eine Antwort gegeben haben oder als Abbrecher/in definiert wurden.

Von diesen 241 Untersuchungsteilnehmer/innen waren 126 (52,3%) weiblich und 104 (43,2%) männlich. Bei 11 Personen fehlte die Angabe des Geschlechts. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer/innen 56,7 Jahre alt ($SD=15,9$), wobei die männlichen Teilnehmer um zwei Jahre älter waren (57,3 Jahre; $SD=15,7$) als die Frauen (55,9 Jahre; $SD=16,2$).

Die vorliegende Stichprobe besteht aus 39,4% Teilnehmer/innen, die einen beruflichen oder betrieblichen Lehrabschluss absolviert haben. 17,4% der Probanden/innen besuchten eine berufsbildende Schule. 7,5% haben einen Maturaabschluss gemacht und weitere 4,6% an einer Hochschule/Fachhochschule studiert und dieses Studium abgeschlossen. 11,6% geben an, keine Berufsausbildung zu haben.

Abbildung 1 zeigt die Erwerbstätigkeit der Untersuchungsteilnehmer/innen. Die größte Gruppe stellt mit 36% die der Vollzeitbeschäftigten dar, gefolgt von der sich schon in Alters- bzw. Witwenpension befindenden 29 %.

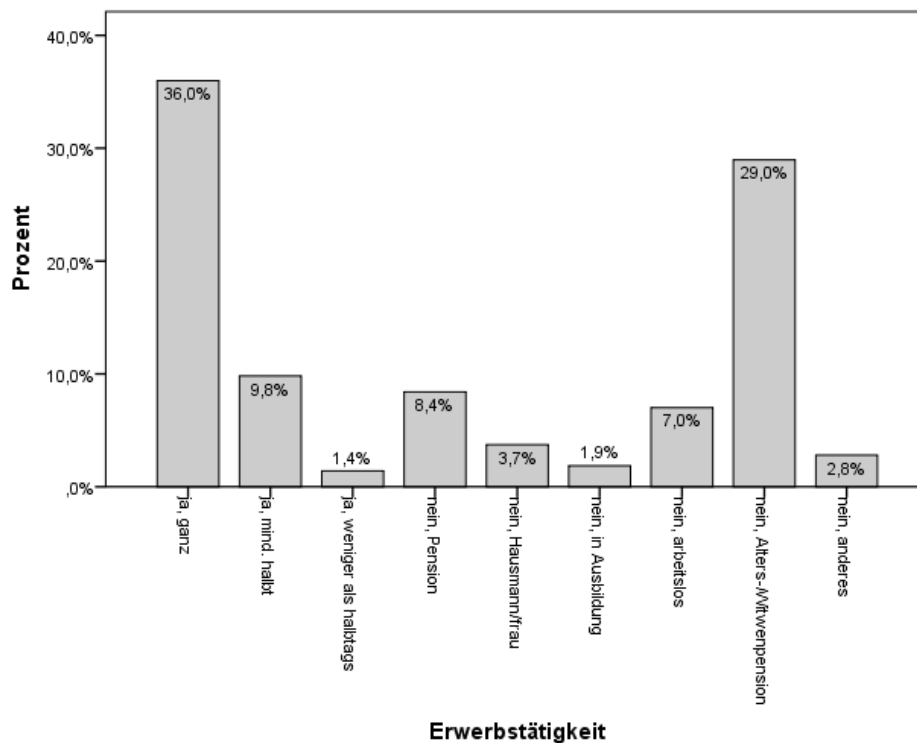


Abbildung 1 Balkendiagramm der Erwerbstätigkeit

47,7% der Probanden/innen waren aufgrund einer akuten Erkrankung in einer physio- oder auch ergotherapeutischen Behandlung, 46,9% wurden aufgrund einer chronischen Erkrankung behandelt. 13 Personen äußerten sich hierzu nicht.

69,3% wurden ambulant behandelt, 13,7% der Teilnehmenden im stationären und ambulanten Bereich und 13,3% waren PatientenInnen im stationären Setting.

7,1% der Teilnehmer/innen gaben an, eine Invalidenpension zu beziehen, bei den übrigen 87,6% war dies nicht der Fall (von 13 Personen wurde diese Frage nicht beantwortet).

Die Erhebung des subjektiven Schmerzempfindens auf einer Skala von 1 bis 10 zeigt eine Tendenz zur Mitte (Abbildung 2). 21 Personen äußerten sich hierzu nicht.

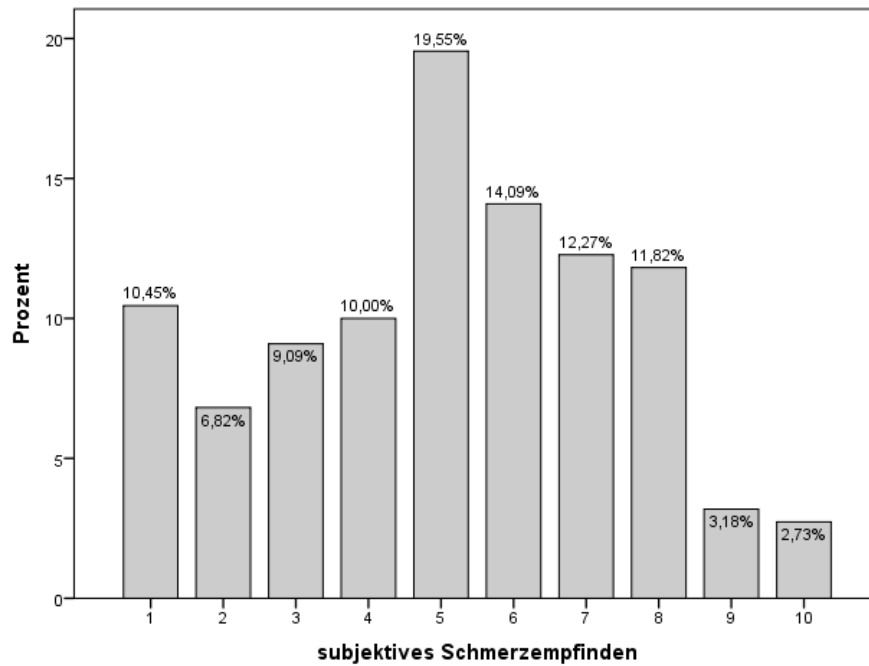


Abbildung 2 Balkendiagramm des subjektiven Schmerzempfindens

Die Stichprobe besteht zu 79,3% aus orthopädischen Rehabilitationspatienten/innen. Die weiteren Indikationsstellungen werden medizinischen Diagnosegruppen folgend zusammengefasst:

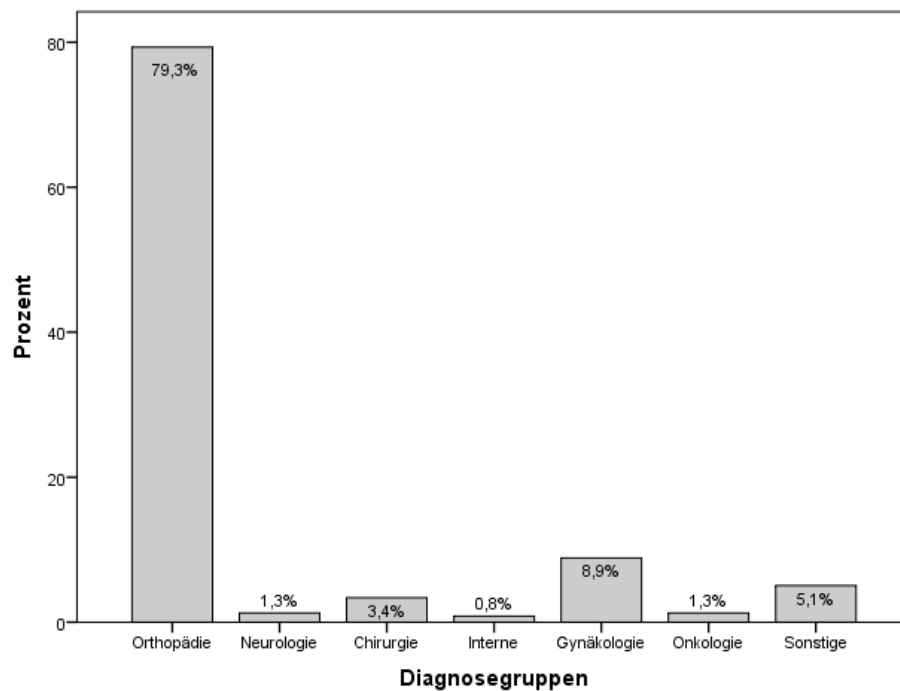


Abbildung 3 Balkendiagramm der Diagnosegruppen

8.3 Messinstrumente

Für die vorliegende Untersuchung wurde von der Studienleitung der Fragebogen I erstellt, welcher im Anschluss inhaltlich dargestellt wird.

Fragebogen I ermöglicht ein Antwortverhalten von (1) *stimmt nicht* bis (4) *stimmt* und erhebt neben soziodemografischen Daten (Geschlecht, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Invalidenpension und subjektivem Schmerzempfinden) ein möglichst breites Spektrum an rehabilitationsmotivationalen Aspekten, indem er sich durch folgende Skalen zusammensetzt: 19 Items des Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO-20 (Nübling et.al., 2005a), 8 Items des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen FREM-17 (Deck, 2006), aus 6 Items des Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts (BRQ) von Rehabilitanden (Glattacker et al., 2009) sowie aus 3 Items angelehnt an die deutsche Fassung des Illness Perception Questionnaire IPQ-R (Glattacker, Bengel & Jäckel, 2009; Moss-Morris et al., 2002).

PAREMO-20

Zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation wurde der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20; Nübling et al., 2005a) herangezogen. Der PAREMO-20 ermöglicht die Darstellung des Motivationsprofils eines/r RehabilitandenIn auf sechs Dimensionen: Seelischer Leidensdruck, körperbedingte Einschränkungen, soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn, Änderungsbereitschaft, Informationsstand bzgl. Reha-Maßnahmen sowie Skepsis (Beispielitems zu allen Skalen siehe Tabelle 1 und 2). Die Skalenbildung erfolgt durch die Summierung der Itemrohwerte. Vier Items wurden aufgrund der negativen Ladung vor der Summierung umkodiert (Nübling et al., 2005a; siehe Tabelle 2). Bei der Skala Skepsis fehlt aufgrund eines technischen Fehlers bei der Vervielfältigung des Fragebogens ein Item („Ich glaube, die Reha-Behandlung wird mir dauerhaft helfen können.“). Die Prüfung der internen Konsistenz der zwei Items der Skala Skepsis gemäß dem Koeffizienten nach Cronbach mit $\alpha = .72$ zeigt, dass die im Fragebogen I verwendeten Items der Skala Skepsis inhaltlich stärker miteinander korrelieren als die drei Items der Originalfassung des PAREMO-20. (Skala Skepsis Cronbach $\alpha = .67$; Nübling et al., 2005a) Zur Analyse der Skalenbildung wird auf Nübling et al. (2005a) verwiesen. Von der Bildung eines Gesamtwertes Motivation wird aufgrund der Heterogenität der Subskalen abgeraten. Die faktorenanalytische Überprüfung bestätigte ein sechsdimensionales Konstrukt (siehe Tabelle 1)

und kann daher als repliziert betrachtet werden. Der Übersicht halber wurden alle Faktorladungen < 0.30 ausgeblendet.

Tabelle 1 *Faktorenanalyse des PAREMO-20*

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Ich muss bei alltäg. Tätigkeiten auf meine körperl. Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen.	0.88					
Meine körperl. Beschwerden behindern mich im Alltag.	0.85					
Durch die körperl. Beschwerden bin ich weniger unternehmenslustig als davor.	0.77					
Ich leide stark unter körperl. Beschwerden.	0.70					0.32
Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Familie mehr Rücksicht auf mich als sonst.		0.82				
Wenn es mir schlecht geht, kümmert sich eher jemand um mich als sonst.		0.80				
Wenn es mir sehr schlecht geht, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.		0.76				
Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Kollegen verständnisvoller.		0.73				
Ich bin fest entschlossen, mich zu ändern.			0.87			
Ich möchte mein Leben von Grund auf ändern.			0.83			
Ich werde meinen Lebensstil ändern müssen, um wieder gesund zu werden.			0.77			
Ich weiß wenig über den Zweck von Rehabilitationsbehandlungen.				0.81		
Ich hatte keine Zeit mich vorher über die Rehabilitationsbehandlungen zu informieren.				0.81		
Ich weiß wenig darüber wie eine Rehabilitationsbehandlung abläuft.				0.78		
Ich leide stark unter seelischen Beschwerden.					0.84	
Ich habe seelische Probleme, mit denen ich alleine nicht fertig werde.					0.82	
Ich fühle mich seelisch ausgeglichen.					-0.73	
Ich kann mir schwer vorstellen, dass sich meine Beschwerden bessern.						0.82
Ich bin mir unsicher, ob mir geholfen werden kann.						0.73

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.^a

a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

F1. Körperbedingte Einschränkungen; F2. Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn; F3. Änderungsbereitschaft

4. Informationsstand bzgl. Rehamaßnahmen; 5. Seelischer Leidensdruck; F6. Skepsis

In der vorliegenden Stichprobe liegen die internen Konsistenzen der Skalen zwischen $\alpha = .83$ (Körperbedingte Einschränkungen) und $\alpha = .72$ (Skepsis) und können als zufriedenstellend bezeichnet werden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 *Itemkennwerte des PAREMO-20*

Skala	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Korrigierte Item-Skala-Korrelation</i>	<i>Cronbachs Alpha ohne Item</i>	<i>Cronbachs Alpha je Skala</i>
Seelischer Leidensdruck	Ich habe seelische Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde.	1.49	0.87	.67	.56	
	Ich leide stark unter seelischen Beschwerden.	1.48	0.79	.71	.54	.75
	Ich fühle mich seelisch ausgeglichen. *	1.84	0.92	.40	.88	
Körperbedingte Einschränkungen	Meine körperlichen Beschwerden behindern mich im Alltag.	3.00	0.99	.75	.75	
	Ich leide stark unter körperlichen Beschwerden.	2.48	1.08	.62	.80	
	Ich muss bei alltäglichen Tätigkeiten auf meine körperliche Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen.	2.88	1.04	.70	.77	.83
	Durch die körperliche Beeinträchtigung bin ich weniger unternehmenslustig als vorher.	2.80	1.08	.58	.82	
Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn	Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Familie mehr Rücksicht auf mich also sonst.	2.81	1.09	.61	.70	
	Wenn es mir schlecht geht, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	2.70	1.10	.53	.74	
	Wenn es mir schlecht geht, kümmert sich eher jemand um mich als sonst.	2.39	1.20	.63	.69	.77
	Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Kollegen verständnisvoller als sonst.	2.24	1.12	.54	.74	
Änderungsbereitschaft	Ich bin fest entschlossen, mich zu ändern.	2.50	1.10	.74	.60	
	Ich werde meinen Lebensstil ändern müssen, um wieder gesund zu werden.	2.29	1.03	.62	.74	.79
	Ich möchte mein Leben von Grund auf ändern.	1.90	1.00	.56	.79	
Infostand bzgl. Reha-maßnahmen	Ich weiß wenig darüber, wie eine Rehabilitationsbehandlung abläuft.*	2.83	1.11	.62	.58	
	Ich hatte keine Zeit, mich vorher über die Rehabilitationsbehandlung zu informieren.*	2.84	1.16	.48	.75	.74
	Ich weiß wenig über den Zweck von Rehabilitationsbehandlungen.*	2.84	1.08	.59	.61	
Skepsis	Ich kann mir schwer vorstellen, dass sich meine Beschwerden bessern.	2.06	1.12	.57		.72
	Ich bin mir unsicher, ob mir geholfen werden kann.	1.74	0.99	.57		

* umgepolte Items

Die Items der Skala zeigen allesamt sehr gute korrigierte Trennschärfen ($> .30$).

FREM-17

Zur Erfassung der reha-bezogenen Erwartungen wurden für die vorliegende Studie zwei Dimensionen (*Gesundheit* und *Krankheitsbewältigung*) des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-17) herangezogen (Deck, 2006). Ein Beispielitem der

Dimension Gesundheit lautet: „Als Ergebnis der Therapie erwarte ich, dass ich lerne, gesünder zu leben.“ und der Dimension Krankheitsbewältigung „Als Ergebnis der Therapie erwarte ich, dass ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.“ (S.176). Die faktorenanalytische Überprüfung zeigte, dass das Item „Als Ergebnis der Therapie erwarte ich, dass ich lerne, gesünder zu leben.“ aufgrund des Antwortverhaltens der Stichprobe zur Skala Krankheitsbewältigung hinzugeordnet werden muss. Daraus ergibt sich die Dimension Krankheitsbewältigung mit fünf Items und die Dimension Gesundheit mit drei Items. Dies zeigte sich auch anhand der internen Konsistenz (vor Zuordnung des Items zur Dimension Krankheitsbewältigung Cronbachs $\alpha = .53$; siehe Tabelle 3). Der Einbezug der Skala Gesundheit trotz der internen Konsistenz von $\alpha = .58$ ergibt sich aufgrund der Darstellung von subjektiven Gesundheitsüberzeugungen, welche als wesentlich für die Ergebnisinterpretation betrachtet werden.

Tabelle 3 Itemkennwerte des FREM-17

Skala	Item	M	SD	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Cronbachs Alpha ohne Item	Cronbachs Alpha je Skala
Gesundheit (n=212)	G6	3.65	0.71	.33	.56	.58
	G7	3.66	0.62	.50	.35	
	G8	3.43	0.89	.37	.54	
Krankheitsbewältigung (n=181)	G9	3.08	0.97	.60	.75	.80
	K10	2.25	1.10	.51	.78	
	K11	2.93	1.05	.63	.74	
	K12	2.22	1.17	.54	.77	
	K13	2.83	1.08	.61	.75	

BRQ

Der Fragebogen zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden (BRQ; Glattacker et al., 2009) wurde zur Erfassung der Ergebniserwartung herangezogen. Die ausgewählten sechs Items entstammen der Dimension *Ergebniserwartung somatisch* von Rehabilitanden/innen und ein Beispielitem lautet: „Als Ergebnis der Therapie erwarte ich, dass ich nachher schmerzfrei sein werde.“ Die faktorenanalytische Überprüfung zeigte eine eindimensionale Struktur. Die interne Konsistenz der Skala kann mit .71 als zufriedenstellend betrachtet werden.

Tabelle 4 Itemkennwerte des BRQ

Skala/Item	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Cronbachs Alpha ohne Item	Cronbachs Alpha je Skala
Ergebniserwartung somatisch (n=172)	ES1	3.54	0.75	.39	.68	.71
	ES2	3.66	0.67	.61	.63	
	ES3	3.31	0.89	.42	.68	
	ES4	3.54	0.80	.55	.63	
	ES5	3.17	1.16	.32	.73	
	ES6	3.73	0.64	.49	.66	

IPQ-R

In der Studie wurden drei Items des Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002), die der Skala „Persönliche Kontrolle (Selbstwirksamkeit)“ zugeordnet werden, vorgelegt. In Bezug auf Umformulierung der Skalen wird auf die Empfehlung der Autoren des IPQ-R verwiesen. Dies wurde von der Studienleitung vorgenommen und die drei Items der Skala lauten: „Meine Krankheit ist therapeutisch ganz schwer zu beeinflussen.“, „Ich selbst habe die Macht, den Verlauf meiner Krankheit(en) zu beeinflussen.“ und „Mein Krankheitsverlauf ist schicksalhaft.“ Im Rahmen der faktorenanalytischen Überprüfung wird klar, dass das Item „Ich selbst habe die Macht, den Verlauf meiner Krankheit(en) zu beeinflussen.“ nicht mit den beiden anderen Items korreliert und deshalb für die weitere Analyse aus der Skala genommen wurde. Die interne Konsistenz mit einem Cronbachs $\alpha = .62$ kann als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Tabelle 5 Itemkennwerte des IPQ-R

Skala	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha je Skala
Kontrolle (n=188)	K1	3.17	1.00	.45	.62
	K3	3.05	1.15	.45	

Nach Abschluss der Therapie erhielten alle Patienten/innen Fragebogen II, welcher von der NÖ LK Holding für die Zufriedenheitserhebung in allen Landeskliniken Niederösterreichs erstellt wurde. Dieser Fragebogen beinhaltet neben den soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht) die Angaben zu der Art und Anzahl der erhaltenen Therapien sowie die

Deklaration des Behandlungssettings (stationär, ambulant und tagesklinisch), der Zufriedenheit mit dem Therapieangebot, krankheitsbedingtem Schmerzempfinden, Organisationsbedingungen, zu der Interaktion mit dem therapeutischen Team, Information und Kommunikation sowie vier Items zur Beurteilung der Gesamtzufriedenheit. Das mögliche Antwortverhalten je Skala des Fragebogen II wird im Weiteren für jede einzelne Skala beschreiben. Die Skalen „Organisationsbedingungen“ sowie „Team, Information und Kommunikation“ werden in der vorliegenden Analyse nicht miteinbezogen und daher nicht näher dargestellt.

Art und Anzahl der Therapieeinheiten und Therapiezufriedenheit

Diese Skala erfasst die Art der erhaltenen Therapie (Diätologie, Elektrotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Massage, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychologische Diagnostik - Beratung und Behandlung, Psychotherapie sowie die Kategorie andere Therapien). Massage, Ergotherapie, Elektrotherapie, Diätologie und Psychotherapie) sowie die Anzahl der erhaltenen Therapieeinheiten (<5, 5-10, >10). Unter Physiotherapie wurden Einzelheilgymnastik, Unter-Wasser-Therapie, Biofeedback sowie Lymphdrainage-Behandlungen zusammengefasst. Die Gruppe der Patienten/innen, die Physiotherapie erhalten haben, stellt mit 38.6% die größte Gruppe dar, gefolgt von Elektrotherapie (14.6%), Massage (11.2%), Ergotherapie (8.3%) und drei Probanden/innen die Diätologie und Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Bei der Variable „Anzahl der erhaltenen Therapien“ löst sich die dreikategoriale Darstellung auf, da alle StudienteilnehmerInnen > 5 Therapien erhalten haben.

Weiters erfasst diese Skala die Zufriedenheit mit der jeweiligen Therapie anhand einer fünfstufigen symbolischen Ratingskala (Smiley), wobei ein grüner, lächelnder Smiley für positive Antworten (sehr gut) und ein roter, trauriger Smiley für negative Antworten (sehr schlecht) der Zufriedenheitserfahrung der Probanden mit der jeweiligen Therapie steht. Höhere Werte sprechen daher für eine höhere Zufriedenheit. In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich eine schiefe Verteilung der Therapiezufriedenheit (siehe Abbildung 4), Deckeneffekte sind hier nicht auszuschließen (Field, 2013; Bleich, 2010). Deshalb wurde für die weiteren Berechnungen die Variable Therapiezufriedenheit dichotomisiert, auch wenn dies in der Interpretation der Variable kritisch zu betrachten ist. Der Cut-Off-Wert wurde bei 4.5 gesetzt aufgrund der Verteilung der Häufigkeiten und daraus ergibt sich eine nicht zufriedene Gruppe mit 20.5% und eine zufriedene Gruppe mit 79.5%.

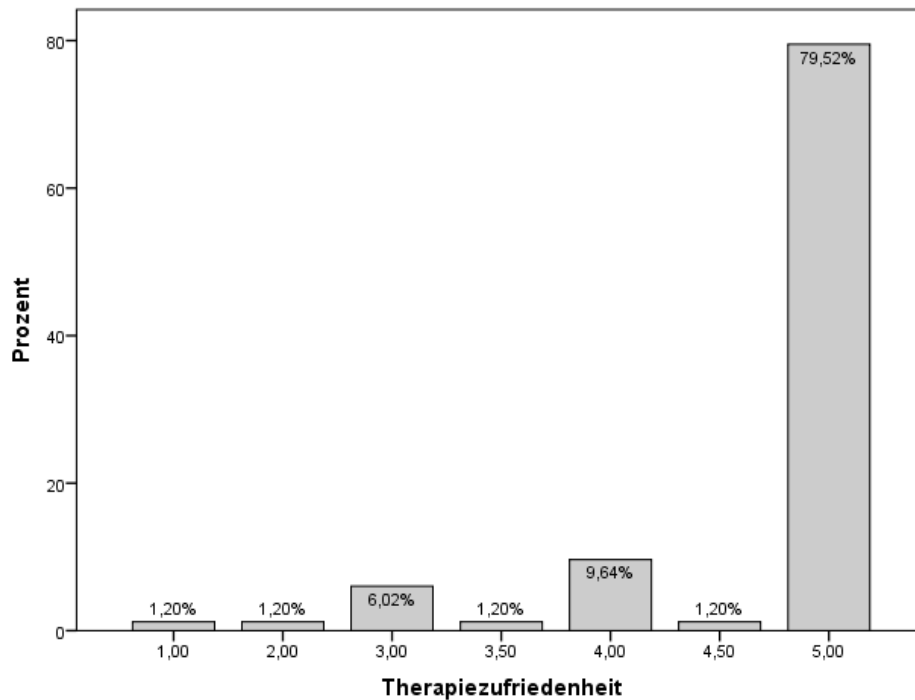


Abbildung 4 Balkendiagramm Therapiezufriedenheit

Gesamtzufriedenheit

Die Gesamtzufriedenheit wurde mittels vier Items erhoben (Beispielitem: Haben Sie das Gefühl, dass die Therapieziele erreicht wurden?“), die auf der oben beschriebenen fünfstufigen Ratingskala zu beantworten waren. Durch die Bildung des Mittelwertes der vier Items ergibt sich der Wert Gesamtzufriedenheit, welcher ebenso wie die Therapiezufriedenheit eine schiefe Verteilung aufweist (siehe Abbildung 5), weshalb die gleiche Vorgehensweise gewählt wird. Die Dichotomisierung der Gesamtzufriedenheit lässt eine nicht zufriedene Gruppe mit 35.6% und eine zufriedene Gruppe mit 64.4% in die weitere Analyse miteinfließen.

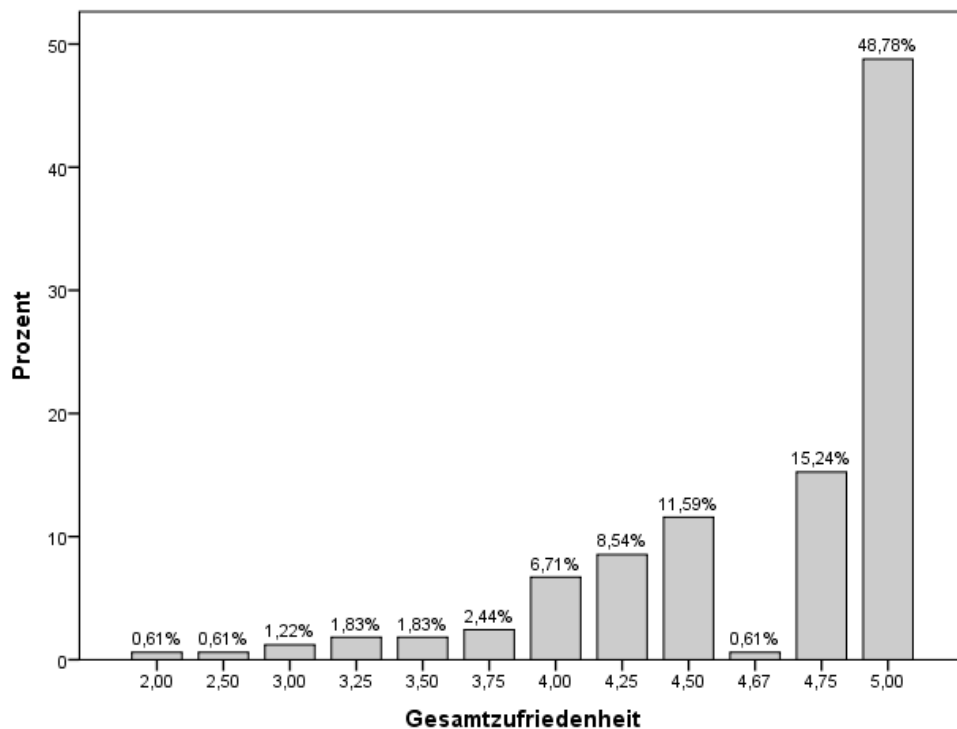


Abbildung 5 Balkendiagramm Gesamtzufriedenheit

Compliance

Compliance wurde anhand von Therapieabsenzen und daraus folgend dem Therapieabbruch gemessen. Das heißt die Variable Compliance ist dichotom. Personen, die ihre Therapie beendet haben werden als compliant (67.6%) betrachtet und stehen der Gruppe der Therapieabbrecher (32.4%) gegenüber.

8.4 Statistische Methoden

Alle deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen wurden mit der Programmsoftware IBM SPSS® 24.0 für Windows erstellt. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 5\%$ festgelegt; demnach ist ein Ergebnis im Rahmen der Hypothesentestung mit $p < .05$ als signifikant zu bezeichnen. Der Beitrag der einzelnen Prädiktoren zur Erklärung der Compliance als abhängige Kriteriumsvariable wurde mittels logistischer Regressionsanalyse für jede Variablengruppe mit allen Zweierwechselwirkungen und Alter als Kovariate berechnet. Die Zusammenhänge zwischen den Skalen Alter und Geschlecht wurden mit Produkt-Moment Korrelationen nach Pearson überprüft, Zusammenhänge zwischen den Skalen Bildung, Alter und Geschlecht mit Spearman's Rangkorrelationskoeffizienten. Bei der Analyse wurden im ersten Block die

soziodemografischen Daten, im zweiten Block die patientenbezogenen Einflussfaktoren und im dritten Block die Erkrankungsvariablen berücksichtigt. Für alle berechneten Regressionsmodelle waren dabei die Voraussetzungen keine Ausreißer, Linearität des Zusammenhangs (zwischen Prädiktoren und logit des Outcomes) sowie keine Multikollinearität gegeben. Der Zusammenhang zwischen Reha-Motivation und Gesamtzufriedenheit wurde mittels logistischer Regression analysiert. Zur Erfassung des Einflusses der Art der Erkrankung sowie des Schmerzausmaßes auf die Gesamt- und Therapiezufriedenheit diente ebenso die logistische Regression mit jeweils Gesamt-oder Therapiezufriedenheit als abhängige Variable als Analyseinstrument. Wie Gesamtzufriedenheit mit der Anzahl der Therapieeinheiten zusammenhängt, wurde mittels Kreuztabelle mit χ^2 -Test berechnet. Den Einfluss des Schmerzausmaßes und der Chronizität der Erkrankung auf die Reha-Motivation wurde mittels multivariater Varianzanalyse analysiert. Zur Voraussetzungsüberprüfung wurde der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen herangezogen. Um die beiden Haupteffekte näher zu analysieren, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse für jede Reha-Motivationsskala einzeln gerechnet. Wechselwirkungen werden im univariaten Modell nicht interpretiert, da diese im multivariaten Modell nicht signifikant waren. Als Voraussetzungsüberprüfung wurde der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen angewandt. Zum Einfluss der soziodemografischen Variablen auf die Compliance und die Reha-Motivation diente die lineare Regression als Analyseinstrument, der Zusammenhang der soziodemografischen Variablen auf die Gesamtzufriedenheit wurde mittels logistischer Regression analysiert.

9 ERGEBNISSE

9.1 Fragestellung 1

Haben personenbezogene Faktoren (Reha-Motivation, Erwartungen und Zufriedenheit) und die Art der Erkrankung (Chronizität/Diagnosegruppen) einen Einfluss auf Compliance?

Personenbezogene Faktoren:

H₁ Patienten/innen mit hoher Reha-Motivation verhalten sich eher compliant als Patienten/innen mit niedriger Reha-Motivation.

H₂ Personen mit hoher Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartung (wahrgenommene Kontrollierbarkeit, positive Krankheitsbewältigung, health beliefs) verhalten sich eher compliant als jene mit niedriger Erwartungshaltung.

H₃ Patienten/innen mit höherer Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme verhalten sich eher compliant als jene die mit dem Angebot nicht zufrieden sind.

H₄ Ältere Menschen (> 50 Jahre) zeigen eher Compliance als jüngere Menschen.

Krankheitsbedingte Faktoren

H₅ Chronisch erkrankte Patienten/innen brechen die Therapie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ab als akut Erkrankte.

H₆ Es besteht kein signifikanter Unterschied in den Diagnosegruppen hinsichtlich Compliance.

Compliance als dichotome, abhängige Variable wurde anhand von logistischen Regressionen mit den Variablengruppen patientenbezogene Faktoren (PAREMO, FREM, BRQ, IPQ-R) und Art der Erkrankung (akut/chronisch, Diagnosegruppen) sowie unter Einbezug der soziodemografischen Daten mit Zweierwechselwirkung und dem Alter als Kovariate analysiert. Keine der zahlreichen Analysen zeigte ein signifikantes Ergebnis, sodass der Übersichtlichkeit halber auf die Darstellung verzichtet und nur das komplexeste Modell mit allen Prädiktoren ohne Wechselwirkungen dargestellt wird.

Personenbezogene Faktoren

Wird die Zufriedenheit (Therapie und Gesamt) im komplexen Modell inkludiert, reduziert sich die Stichprobengröße aufgrund der hohen fehlenden Werte der Zufriedenheit auf $N = 56$. Davon hat nur eine Person die Therapie abgebrochen. Daher muss die Zufriedenheit aus dem Modell genommen werden.

Prädiktorenblock 1, soziodemografische Daten

Für alle Analysen der soziodemografischen Variablen wurde die Skala Erwerbstätigkeit dichotomisiert. Das Bestimmtheitsmaß nach Nagelkerke erklärt 2% ($R^2 = .02$) an Voraussagekraft für Compliance. Das Modell sagt, dass alle Personen Compliance zeigen, wobei in der Stichprobe ein Drittel die Therapie abgebrochen hat. Dadurch ist nachgewiesen, dass dieses Modell keinen Erklärungswert hat. Keine der Variablen ist ein signifikanter Prädiktor für die Compliance.

Tabelle 6 Ergebnis der logistischen Regression, Block 1, soziodemografische Variablen

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Odds Ratio</i>
Alter	-0.01	0.01	0.65	1	.42	0.99
Geschlecht	0.37	0.34	1.18	1	.28	1.45
Berufsausbildung	-0.08	0.17	0.25	1	.62	0.92
Konstante	0.80	0.89	0.81	1	.37	2.23

Prädiktorenblock 2, personenbezogene Variablen (Reha-Motivation und Erwartung)

Dieses Modell weist ein $R^2 = .06$ (Nagelkerke) auf. Das Modell würde für 6 Personen den Therapieabbruch voraussagen, wobei ein Drittel der Stichprobe die Therapie abgebrochen hat.

Tabelle 7 Ergebnis der logistischen Regression, Block 2, personenbezogene Variablen

Variable/Skala	B	SE	Wald	df	p	Odds Ratio
Alter	-0.01	0.01	0.67	1	.41	0.99
Geschlecht	0.33	0.37	0.79	1	.37	1.39
Berufsausbildung	-0.14	0.19	0.54	1	.46	0.87
Seelischer Leidensdruck	0.09	0.10	0.79	1	.37	1.09
Körperbed. Einschränkungen	0.06	0.06	1.09	1	.30	1.06
Soziale Unterstützung u. Krankheitsgewinn	0.00	0.06	0.01	1	.94	1.00
Änderungsbereitschaft	-0.03	0.08	0.12	1	.73	0.97
Informationsstand	0.07	0.07	0.96	1	.33	1.07
Skepsis	-0.01	0.12	0.01	1	.95	0.99
Erwartung Gesundheit	0.00	0.34	0.00	1	1.00	1.00
Erwartung Krankheitsbewältigung	0.22	0.29	0.58	1	.45	1.25
Ergebniserwartung somatisch	0.08	0.37	0.04	1	.83	1.08
Erwartung Kontrolle	0.21	0.22	0.87	1	.35	1.23
Konstante	-1.91	2.05	0.87	1	.35	0.15

Mit den vorliegenden Daten ist der Zusammenhang zwischen personenbezogenen Prädiktoren (Reha-Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung) und Compliance nicht nachweisbar.

Prädiktorenblock 3, Art der Erkrankung

Das Bestimmtheitsmaß erklärt 16% (Nagelkerke $R^2 = .16$) der Varianz der Art der Erkrankung als Voraussageindikator von Compliance. Dieser Prädiktorenblock ist nicht signifikant.

Tabelle 8 *Ergebnis der logistischen Regression, Block 3, Art der Erkrankung*

<i>Variable/Skala</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Odds Ratio</i>
Alter	0.00	0.01	0.08	1	.77	1.00
Geschlecht	0.04	0.40	0.01	1	.91	1.04
Berufsausbildung	-0.15	0.19	0.61	1	.44	0.86
Seelischer Leidensdruck	0.12	0.11	1.29	1	.26	1.13
Körperl. Einschränkungen	0.06	0.07	0.89	1	.35	1.07
Soziale Unterstützung u. Krankheitsgewinn	0.04	0.06	0.45	1	.50	1.04
Änderungsbereitschaft	-0.01	0.09	0.02	1	.88	0.99
Informationsstand	0.06	0.07	0.75	1	.39	1.06
Skepsis	-0.09	0.13	0.51	1	.48	0.91
Erwartung Gesundheit	0.07	0.38	0.03	1	.86	1.07
Erwartungen Krankheitsbewältigung	-0.06	0.31	0.04	1	.84	0.94
Ergebniserwartung somatisch	0.13	0.42	0.10	1	.75	1.14
Erwartung Kontrolle	0.04	0.24	0.02	1	.88	1.04
Chronizität	0.42	0.41	1.01	1	.32	1.51
Diagnosegruppe			6.03	5	.30	
Orthopädie	-0.33	1.55	0.05	1	.83	0.72
Neurologie	-1.41	0.98	2.09	1	.15	0.24
Chirurgie	2.03	1.15	3.15	1	.08	7.62
Interne	-21.74	28330.95	0.00	1	1.00	0.00
Gynäkologie	-0.78	0.84	0.86	1	.36	0.46
Konstante	-1.38	2.16	0.41	1	.52	0.25

Hypothese 1 bis 6 konnten nicht bestätigt werden.

9.2 Fragestellung 2

Wie stark ist die Gesamtzufriedenheit von der Reha-Motivation abhängig?

H₇ Patienten/innen mit hoher Motivation beurteilen die Gesamtzufriedenheit mit der Therapie positiver als Patienten/innen mit niedriger Motivation.

In der Folge wurde die Gesamtzufriedenheit als abhängige Variable anhand einer logistischen Regression mit den Reha-Motivationsskalen analysiert (siehe Tabelle 9). (Nagelkerkes R² = .17)

Tabelle 9 Ergebnis der logistischen Regression Reha-Motivation und Gesamtzufriedenheit

Skala	B	SE	Wald	df	p	Odds Ratio
Seelischer Leidensdruck	0.02	0.09	0.03	1	.86	1.02
Körperl. Einschränkungen	-0.09	0.06	2.51	1	.11	0.91
Soziale Unterstützung u. Krankheitsgewinn	0.09	0.06	2.20	1	.14	1.09
Änderungsbereitschaft	-0.13	0.07	2.97	1	.09	0.88
Informationsstand	-0.07	0.07	0.91	1	.34	0.94
Skepsis	-0.28	0.11	6.92	1	.01	0.76
Konstante	3.11	1.09	8.15	1	.00	22.40

Ein signifikantes Ergebnis konnte in der Dimension Skepsis nachgewiesen werden. Sie dient als Vorhersagekriterium der Gesamtzufriedenheit. Die Skala Skepsis misst die Einstellung der Patienten hinsichtlich der Erfolgswahrscheinlichkeit der Reha. Niedrige Werte stehen für hohe Bedenken hinsichtlich der Besserung der Beschwerden (skeptisch gegenüber Rehamaßnahmen). Gleichzeitig bedeuten niedrige Werte eine höhere Wahrscheinlichkeit, motiviert für die Rehabilitationsbehandlung zu sein (Nübling et.al., 2005b). Personen, die der Rehabilitationsbehandlung offen, unvoreingenommen und positiv gegenüberstehen (höhere Werte auf der Skepsis Skala aufweisen), sind eher zufrieden mit der Reha-Behandlung als jene, die skeptischer sind (niedrige Werte). Die Chance nicht zufrieden mit der Rehamaßnahme zu sein, ist in dieser Personengruppe höher. Alle anderen Prädiktoren sind nicht signifikant.

9.3 Fragestellung 3

Welchen Einfluss haben die Art der Erkrankung, Anzahl der Therapieeinheiten, Schmerzausmaß und soziodemographische Variablen auf die Patienten/innenzufriedenheit (Therapie- und Gesamtzufriedenheit)?

H₈ Es besteht kein signifikanter Unterschied der Diagnosegruppen in der Zufriedenheitsbeurteilung.

H₉ Chronisch Erkrankte sind weniger zufrieden als akut Erkrankte.

H₁₀ Patienten/innen mit starken Schmerzen sind weniger zufrieden als Patienten/innen mit schwachen Schmerzen.

Es wurde die Gesamtzufriedenheit als abhängige Variable mittels logistischer Regression analysiert. Diagnosegruppe, Chronizität und Schmerzausmaß sind keine signifikanten Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit (siehe Tabelle 10). (Nagelkerkes $R^2 = .10$)

Tabelle 10 *Ergebnis der logistischen Regression Schmerz, Chronizität, Diagnosegruppen auf Gesamtzufriedenheit*

Skala	B	SE	Wald	df	p	Odds Ratio
Diagnosegruppe			2.96	6	.81	
Orthopädie	-22.62	40192.97	0.00	1	1.00	0.00
Neurologie	-0.26	1.27	0.04	1	.84	0.77
Chirurgie	-21.21	40192.97	0.00	1	1.00	0.00
Interne	-1.16	0.69	2.78	1	.10	0.32
Gynäkologie	-22.73	40192.97	0.00	1	1.00	0.00
sonstige	-0.48	0.80	0.36	1	.55	0.62
Schmerzausmaß	-0.18	0.10	3.28	1	.07	0.84
Chronizität	-0.07	0.38	0.04	1	.85	0.93
Konstante	1.77	0.61	8.41	1	.00	5.87

Im Hinblick auf die Therapiezufriedenheit wurde gleich vorgegangen wie mit den oben angeführten Analysen der Gesamtzufriedenheit. Es wurde die Therapiezufriedenheit als abhängige Variable mittels logistischer Regression analysiert. (Nagelkerkes $R^2 = .32$) Schmerzen sind ein signifikanter Prädiktor für Therapiezufriedenheit. Je höher die Schmerzen desto höher ist die Chance, mit der Therapie nicht zufrieden zu sein (siehe Tabelle 11). Vice versa erhöhen niedrige Schmerzen die Wahrscheinlichkeit, mit der Behandlung zufrieden zu sein. Dieses Ergebnis bestätigt Hypothese 10.

Tabelle 11 *Ergebnis der logistischen Regression Schmerz, Chronizität, Diagnosegruppen auf Therapiezufriedenheit*

Skala	B	SE	Wald	df	p	Odds Ratio
Diagnosegruppe			0.00	6	1.00	
Orthopädie	17.69	40192.97	0.00	1	1.00	48137229.77
Neurologie	20.33	40192.97	0.00	1	1.00	672620824.40
Chirurgie	21.91	40192.97	0.00	1	1.00	3272983668.00
Interne	-25.22	40192.97	0.00	1	1.00	0.00
Gynäkologie	-25.22	40192.97	0.00	1	1.00	0.00
sonstige	20.19	23112.62	0.00	1	1.00	585285115.90
Schmerzausmaß	-0.53	0.22	5.94	1	.02	0.59
Chronizität	-0.03	0.68	0.00	1	.97	0.98
Konstante	4.57	1.43	10.16	1	.00	96.37

Als weiterer Einflussfaktor auf Therapie- und Gesamtzufriedenheit wird im nächsten Schritt die Anzahl der Therapieeinheiten und deren Auswirkung auf die Zufriedenheitsbeurteilung

analysiert. Da aus der Literatur kaum Ergebnisse hierzu vorlegen, werden beide Richtungen des Einflusses überprüft.

H₁₁ Je mehr Therapieeinheiten in Anspruch genommen wurden, desto zufriedener sind die Patienten/innen.

Der Zusammenhang wurde mittels Kreuztabelle mit χ^2 -Test analysiert (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12 *Ergebnis der Kreuztabelle, Gesamtzufriedenheit*

			Anzahl der Therapieeinheiten		
			5 - 10	> 10	Gesamt
Gesamt- zufriedenheit	nicht zufrieden	Anzahl	16	20	36
		Prozent	14.00%	17.50%	31.60%
	zufrieden	Anzahl	41	37	78
		Prozent	36.00%	32.50%	68.40%
	Gesamt	Anzahl	57	57	114
		Prozent	50.00%	50.00%	100.00%

Die Gesamtzufriedenheit mit der Therapie hängt nicht signifikant von der Anzahl der Therapien ab ($\chi^2(1) = 0.65, p = .42$).

In Bezug auf Therapiezufriedenheit wurde der Zusammenhang ebenso mittels Kreuztabelle mit χ^2 -Test analysiert (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13 *Ergebnis der Kreuztabelle, Therapiezufriedenheit*

			Anzahl der Therapieeinheiten		
			5 - 10	> 10	Gesamt
Therapie- zufriedenheit	nicht zufrieden	Anzahl	5	11	16
		Prozent	7.40%	16.20%	23.50%
	zufrieden	Anzahl	17	35	52
		Prozent	25.00%	51.50%	76.50%
	Gesamt	Anzahl	22	46	68
		Prozent	32.40%	67.60%	100.00%

Die Zufriedenheit mit der Therapie hängt nicht signifikant von der Anzahl der Therapien ab ($\chi^2(1) = 0.12, p = .91$). *H₁₁* und *H₁₂* konnten nicht bestätigt werden.

H₁₂ Je älter die Patienten/innen desto zufriedener sind sie.

H₁₃ Je höher der Ausbildungsstand desto eher sind Patienten/innen nicht zufrieden.

Diese oben beschriebenen Zusammenhänge wurden mittels logistischer Regression berechnet (Nagelkerke $R^2 = .03$). Das Modell ist nicht signifikant. Es würde die fehlende Zufriedenheit von Personen nicht korrekt vorhersagen.

9.4 Fragestellung 4

Welchen Einfluss haben Chronizität, Schmerzausmaß und soziodemografische Variablen auf die Reha-Motivation?

H₁₄ Patienten/innen mit akuten Erkrankungen zeigen eine höhere Motivationsbereitschaft als chronisch Erkrankte.

H₁₅ Patienten/innen mit akuter Erkrankung und starken Schmerzen zeigen eine höhere Motivation als akut und chronisch Erkrankte mit geringeren Schmerzen.

H₁₆ Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen und starker Schmerzbelastung zeigen eine höhere Motivation als akut und chronisch Erkrankte mit geringeren Schmerzen.

Der Einfluss wurde mit einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit sechs abhängigen Variablen (Reha-Motivationsskalen) und zwei unabhängigen dichotomen Variablen (Schmerzausmaß gering/hoch, Chronizität) analysiert. Zur Überprüfung der Voraussetzungen wurde der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen gerechnet, dieser war nicht signifikant ($F(63, 85837.83) = 1.04, p = .40$), sodass die Voraussetzung als erfüllt gilt. Aus der MANOVA geht hervor, dass Schmerz und Chronizität einen Einfluss auf die Rehabilitationsmotivation haben. Es gibt jedoch keine signifikante Wechselwirkung zwischen Schmerz und Chronizität.

Tabelle 14 *Ergebnis Multivariate Varianzanalyse*

<i>Effekt</i>		<i>F</i>	<i>Hypothese df</i>	<i>Fehler df</i>	<i>p</i>	<i>Partielles η^2</i>
Konstanter Term	Pillai-Spur	1119.404 ^b	6	196	.00	.97
Schmerzausmaß	Pillai-Spur	5.197 ^b	6	196	.00	.14
	Pillai-Spur	2.264 ^b	6	196	.04	.07
	Wilks-Lambda	2.264 ^b	6	196	.04	.07
Chronizität	Hotelling-Spur	2.264 ^b	6	196	.04	.07
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2.264 ^b	6	196	.04	.07
	Pillai-Spur	1.963 ^b	6	196	.07	.06
	Wilks-Lambda	1.963 ^b	6	196	.07	.06
	Hotelling-Spur	1.963 ^b	6	196	.07	.06
Schmerzausmaß x Chronizität	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1.963 ^b	6	196	.07	0.06

a. Design: Konstanter Term + Schmerzausmaß + akut_chronisch1 + Schmerzausmaß * akut_chronisch1

b. Exakte Statistik

Um die beiden Haupteffekte näher zu analysieren, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse für jede Reha-Motivationsskala einzeln gerechnet. Die Wechselwirkungen werden im univariaten Modell nicht interpretiert, da diese im multivariaten Modell nicht signifikant sind. Als Voraussetzungsüberprüfung wurde für jede Reha-Motivationsskala ein Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen gerechnet, alle Ergebnisse waren nicht signifikant (siehe Tabelle 15), sodass die Voraussetzung als erfüllt angenommen werden kann.

Tabelle 15 *Ergebnis des Levene-Testes auf Gleichheit der Fehlervarianzen*

<i>Skala</i>	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Seelischer Leidensdruck	1.12	3	201	.34
Körperbedingte Einschränkungen	1.28	3	201	.28
Soziale Unterstützung u. Krankheitsgewinn	0.51	3	201	.68
Änderungsbereitschaft	0.74	3	201	.53
Informationsstand	0.34	3	201	.80
Skepsis	2.70	3	201	.05

Die Reha-Motivationsskala körperbedingte Einschränkung als abhängige Variable wurde wie oben beschrieben anhand einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Schmerzausmaß und Chronizität als Zwischensubjektfaktoren analysiert (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16 *Ergebnis der univariaten Varianzanalyse der Motivationsskala körperbedingte Einschränkungen*

Quelle	df	SS	MS	F	p	η^2
Schmerzausmaß	1	315.44	315.44	27.66	.00	.12
Chronizität	1	8.10	8.10	0.71	.40	.00
Schmerzausmaß x Chronizität	1	96.35	96.35	0.45	.00	.04
Fehler	204	2326.85	11.41			
Gesamt	208	26046.00				

a. R-Quadrat = .15 (korrigiertes R-Quadrat = .14)

Der Haupteffekt des Schmerzausmaßes ist signifikant, während der Haupteffekt der Chronizität nicht signifikant ist (siehe Tabelle 16). Die Gesamterklärung durch das Modell ist 14% ($R^2_{\text{kor}} = .14$).

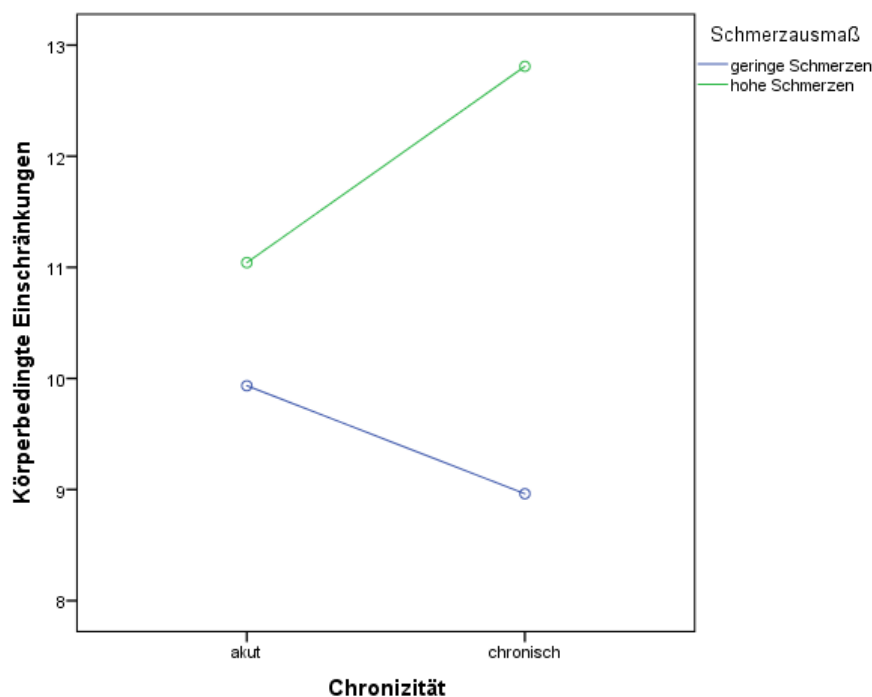


Abbildung 6 Interaktionsdiagramm für Reha-Motivationsskala körperbedingte Einschränkungen

Im Interaktionsdiagramm (Abbildung 6) ist zu erkennen, dass bei akuten Erkrankungen der Unterschied von Personen mit hohen und geringeren Schmerzen in Bezug auf körperbedingte Einschränkung als Motivationsfaktor zur Rehabilitation kleiner ist als jener bei chronisch

Erkrankten. Bei chronischen Erkrankungen ist die Schmerzausprägung wichtiger für die Bereitschaft zur Motivation aufgrund von körperbedingten Einschränkungen. Personen mit chronischer Erkrankung und hohen Schmerzen weisen eine höhere Reha-Motivations-Wahrscheinlichkeit aufgrund von körperbedingten Einschränkungen auf. Hypothese 14 ist hiermit bestätigt. Gleichzeitig zeigt sich, dass chronisch Erkrankte mit gering empfundener Schmerzbelastung sich im Alltag weniger körperlich beeinträchtigt fühlen und dadurch eine niedrigere Motivationsbereitschaft aufweisen, dies bestätigt die Hypothese 12.

Im weiteren Schritt wurde die Reha-Motivationsskala Skepsis als abhängige Variable anhand einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Schmerzausmaß und Chronizität als Zwischensubjektfaktoren analysiert (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17 Ergebnis der univariaten Varianzanalyse der Reha-Motivationsskala Skepsis

<i>Quelle</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Schmerzausmaß	1	21.11	21.11	6.07	.02	.03
Chronizität	1	19.68	19.68	5.66	.02	.03
Schmerzausmaß x Chronizität	1	0.00	0.00	0.00	.99	.00
Fehler	203	705.89	3.48			
Gesamt	207	3561.00				

a. R-Quadrat = .06 (korrigiertes R-Quadrat = .04)

Sowohl der Haupteffekt des Schmerzausmaßes als auch der Effekt der Chronizität auf die Reha-Motivationsskala Skepsis sind signifikant (siehe Tabelle 17). Gesamterklärung durch das Modell ist 4%.

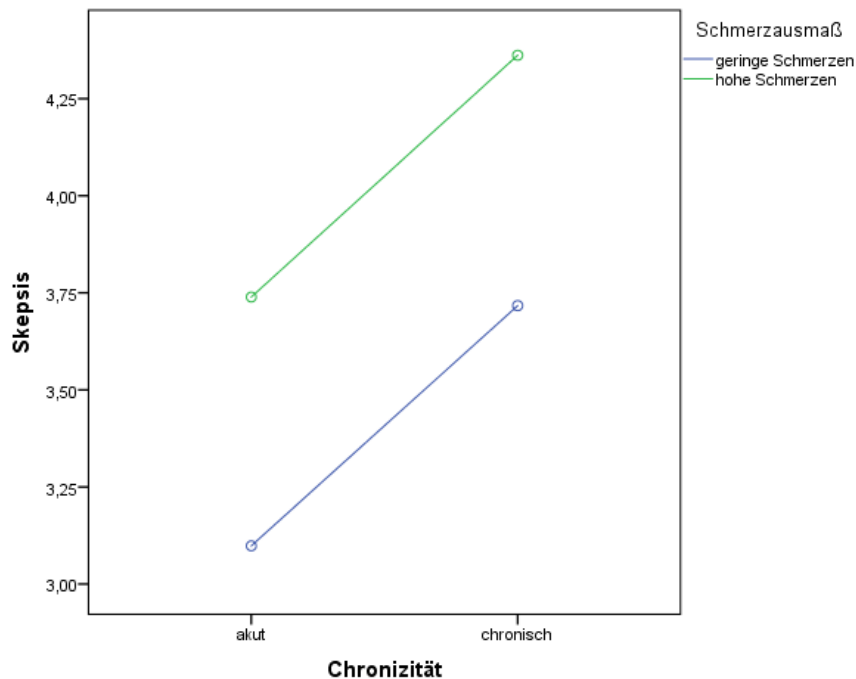


Abbildung 7: Interaktionsdiagramm der Reha-Motivationsskala Skepsis (nicht signifikant)

Bei der Interpretation der Haupteffekte ist zu beachten, dass niedrige Werte auf der Reha-Motivationsskala Skepsis für eine hohe Skepsis hinsichtlich der Besserung der Beschwerden stehen und niedrige Werte zu einer hohen Behandlungsmotivation beitragen (Nübling et al., 2005a). Im Interaktionsdiagramm (Abbildung 7) ist zu erkennen, dass Personen mit niedrigen Schmerzen im Durchschnitt eine höhere Skepsis gegenüber der Rehabilitationsbehandlung aufweisen als Personen mit höheren Schmerzen unabhängig von der Chronizität ihrer Erkrankung und dadurch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die Rehabilitation motiviert sind. Weiters haben akut Erkrankte im Durchschnitt eine skeptischere Haltung als chronisch Erkrankte. Bei höherer Schmerzbelastung und chronischer Erkrankung sind Personen weniger skeptisch, warum eine Rehabilitationsmaßnahme ansteht. Chronizität der Erkrankung und das Schmerzausmaß beeinflussen die Reha-Skepsis.

Der Einfluss soziodemografischer Variablen (Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand) ist nicht konsistent belegt (siehe Kapitel 4.8.8), Hinweise gibt es auf den Einfluss des Alters.

H₁₇ Je älter die Patienten/innen desto motivierter.

Die Analyse erfolgte anhand sechs linearer Regressionen mit der Berechnung der Einwirkung der soziodemografischen Variablen auf die Reha-Motivationsskalen.

Tabelle 18 *Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala seelisches Leiden*

<i>Skala</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Konstante	5.10	0.92		5.53	.00
Alter	-0.02	0.01	-0.14	-1.59	.11
Geschlecht	0.63	0.31	0.16	2.02	.05
Berufsausbildung	-0.07	0.15	-0.03	-0.44	.66
Erwerbstätigkeit	-0.87	0.37	-0.21	-2.35	.02

Geschlecht und Erwerbstätigkeit sind signifikante Prädiktoren für die Reha-Motivationsskala Seelisches Leiden ($R^2 = .04$). 4 % der Varianz von seelischem Leiden kann durch soziodemografische Variablen erklärt werden. Frauen weisen dabei eine höhere Reha-Motivation als Männer auf und Nicht-Erwerbstätige haben eine höhere Motivation als Erwerbstätige.

Tabelle 19 *Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala körperbedingte Einschränkungen*

<i>Skala</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	8.33	1.60		5.22	.00
Alter	0.03	0.02	0.12	1.31	.19
Geschlecht	0.44	.054	0.06	0.81	.42
Berufsausbildung	0.57	0.26	0.17	2.14	.03
Erwerbstätigkeit	-1.09	0.64	-0.15	-1.71	.09

Berufsausbildung ist ein signifikanter Prädiktor für körperbedingte Einschränkungen ($R^2 = .05$). Je höher die Ausbildung desto höher ist die Bereitschaft zur Rehabilitationsmotivation.

Im Folgenden wurde Krankheitsgewinn ($R^2 = .06$) als abhängige Variable in der Regressionsanalyse betrachtet.

Tabelle 20 *Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala Krankheitsgewinn*

<i>Skala</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	6.59	1.51		4.37	.00
Alter	0.06	0.02	0.30	3.38	.00
Geschlecht	-0.46	0.51	-0.07	-0.90	.37
Berufsausbildung	0.21	0.25	0.06	0.82	.41
Erwerbstätigkeit	0.33	0.60	0.05	0.54	.59

Alter ist ein signifikanter Prädiktor für die Bereitschaft zur Reha-Motivation. Je älter desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, motiviert für die Rehabilitationsbehandlung zu sein, dies bestätigt Hypothese 18.

Die Skala Informationsstand bezüglich der Reha-Maßnahmen ($R^2 = .03$) wurde im nächsten Schritt analysiert.

Tabelle 21 *Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala Informationsstand*

<i>Skala</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	9.11	1.28		7.10	.00
Alter	-0.02	0.02	-0.14	-1.51	.13
Geschlecht	-0.28	0.43	-0.05	-0.64	.52
Berufsausbildung	0.46	0.21	0.17	2.18	.03
Erwerbstätigkeit	-0.06	0.51	-0.01	-0.12	.91

Berufsausbildung ist ein signifikanter Prädiktor. Personen mit höherer Ausbildung haben eine höhere Motivationswahrscheinlichkeit.

Die Skalen Änderungsbereitschaft ($R^2 = -.01$) sowie Skepsis ($R^2 = .07$) ergaben keine signifikanten Prädiktoren.

10 DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung verfolgte das Ziel, den möglichen Einfluss von personenbezogenen Faktoren (Reha-Motivation, Erwartungen und Patienten/innenzufriedenheit) sowie von krankheitsbedingten Faktoren (subjektivem Schmerzempfinden, Chronizität) auf Compliance im Rehabilitationskontext zu untersuchen. Insbesondere wurde von den personenbezogenen Faktoren die Patienten/innenzufriedenheit und Reha-Motivation hinsichtlich ihrer Verbindung mit Compliance und als auch hinsichtlich einer möglichen Interaktion der beiden Komponenten analysiert. Des Weiteren wurde überprüft, ob krankheitsbezogene Faktoren (Schmerzausmaß und Chronizität) einen möglichen Erklärungsanteil an Patienten/innenzufriedenheit und Reha-Motivation haben. Die Ergebnisse der Untersuchung deckten sich nur zum Teil mit den bisherigen Ergebnissen aus der Literatur.

Entgegen der Erwartungen konnte hohe Reha-Motivationsbereitschaft nicht in Verbindung mit Compliance gebracht werden (Hypothese 1) (Nübling et al., 2006). Auch die Verbesserung der Krankheitssymptomatik im Sinne der Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung zeigte keinen Zusammenhang mit Compliance (Hypothese 2) (Tijou et al., 2010). Die Zufriedenheitsbeurteilung musste aus dem Modell genommen werden und lässt daher keine Aussage zu Hypothese 3 zu. Für die Krankheitsdauer konnte entgegen den Erwartungen, dass Compliance bei chronischen Erkrankungen niedriger und bei akuten Erkrankungen höher ist (Brandes & Mullan, 2014), kein Zusammenhang mit Compliance gefunden werden (Hypothese 5). Personen über 50 Jahre zeigten entgegen der Annahme keine höhere Compliancebereitschaft als jüngere Altersgruppen (Hypothese 4) (Crowley et al., 2015).

Wie erwartet konnte bestätigt werden, dass Personen, die eine höhere Reha-Motivation haben und der Rehabilitationsbehandlung offen, unvoreingenommen und positiv gegenüberstehen, also eine geringe Reha-Skepsis zeigen, eher zufrieden mit der Reha-Behandlung sind als jene, die skeptischer sind (Hypothese 7) (Gehrlach & Güntert, 2015).

Wie angenommen sagt das Schmerzausmaß die Therapiezufriedenheit voraus (Hypothese 10) (Hirsh et al., 2005). Geringe Schmerzen erhöhen die Wahrscheinlichkeit mit der Behandlung zufrieden zu sein, wohingegen höhere Schmerzen die Chance, mit der Therapie nicht zufrieden zu sein, zur Folge haben. Die Krankheitsdauer konnte nicht in Zusammenhang mit der Zufriedenheitsbeurteilung gebracht werden (Hypothese 9) (Richter et al., 2011). Die Anzahl der

erhaltenen Behandlungen zeigte entgegen der Annahmen keinen Einfluss auf die Patienten/innenzufriedenheit (Hypothese 11) (Renker et al, 2009). Ebenso zeigten sich entgegen der Annahme Alter und Bildungsstand nicht als Vorhersageindikatoren (Hypothese 12 und 13) (Hall & Dorman, 1990).

Es konnte wie angenommen kein signifikanter Unterschied im Complianceverhalten (Hypothese 6) und in der Zufriedenheitsbeurteilung (Hypothese 8) von orthopädischen, neurologischen, chirurgischen, internen, gynäkologischen und onkologischen Patienten/innen festgestellt werden (Sabaté, 2003).

Entgegen der Annahme zeigte sich, dass bei akuten Erkrankungen der Unterschied von Personen mit hohen und geringeren Schmerzen aufgrund von körperbedingten Einschränkungen als Motivationsfaktor zur Rehabilitation kleiner ist als jener bei chronisch Erkrankten. Für akut Erkrankte ist das Schmerzausmaß zur Reha-Motivierung in einem geringeren Ausmaß entscheidend als für chronisch Erkrankte (Hypothese 15). Personen mit chronischer Erkrankung und hohen Schmerzen weisen eine höhere Reha-Motivations-Wahrscheinlichkeit aufgrund von körperbedingten Einschränkungen auf (Hypothese 16) (Paech et al., 2012). Gleichzeitig bestätigt sich, dass sich chronisch Erkrankte mit gering empfundener Schmerzbelastung im Alltag weniger körperlich beeinträchtigt fühlen und dadurch eine niedrigere Motivationsbereitschaft aufweisen (Hypothese 14). Dies kann laut Radomski (2011) aufgrund einer Behandlungsmüdigkeit und mangelndem Vertrauen, dass eine neue Behandlungsmethode nun einen Unterschied machen würde, resultieren.

Es konnte gezeigt werden, dass Schmerzausmaß und Chronizität die Reha-Skepsis, eine Dimension der Reha-Motivation, beeinflussen. Personen mit niedrigen Schmerzen haben im Durchschnitt eine höhere Skepsis hinsichtlich der Besserung ihrer Beschwerden als Personen mit höheren Schmerzen, unabhängig von der Chronizität ihrer Erkrankung.

Weiters weisen akut Erkrankte im Durchschnitt eine skeptischere Haltung auf als chronisch Erkrankte. Bei höherer Schmerzbelastung und chronischer Erkrankung sind Personen weniger skeptisch, aus welchem Grund eine Rehabilitationsmaßnahme ansteht (Hypothese 16).

Von den soziodemografischen Variablen zeigt sich, wie angenommen, dass Alter als signifikanter Prädiktor für die Bereitschaft zur Reha-Motivation hervorgeht. Je älter desto

höher ist die Wahrscheinlichkeit, motiviert für die Rehabilitationsbehandlung aufgrund von sozialer Unterstützung und Krankheitsgewinn zu sein (Hypothese 17).

Abschließend zeigte sich hinsichtlich soziodemografischer Variablen und deren Zusammenhang mit Reha-Motivation in der vorliegenden Stichprobe, dass Frauen bei seelischem Leiden als Motivationskomponente eine höhere Bereitschaft zu Reha-Motivation als Männer und Nicht-Erwerbstätige eine höhere Motivationsbereitschaft als Erwerbstätige zeigen. Im Bereich der körperbedingten Einschränkung gilt, je höher die Ausbildung desto höher ist die Bereitschaft zur Rehabilitationsmotivation. Im Bereich des Informationsstandes zeigen Personen mit höherer Ausbildung eine höhere Motivationswahrscheinlichkeit.

Osterberg und Blaschke (2005) stellen fest, dass Ergebnisse in Untersuchungen zu Compliance stichprobenabhängig sind, was eine Erklärung für inkonsistente Resultate wie in der vorliegenden Analyse, aber auch in bestehenden anderen Studien sein könnte. Sabaté (2003) geht davon aus, dass es kein Muster von Patientencharakteristika gibt, die auf Adhärenz/Nichtadhärenz schließen lassen. Deck (2001) weist darauf hin, dass die rehabilitationsbezogenen Erwartungen einen geringen Beitrag an Compliance und Behandlungserfolg haben. Dies geht einher mit den Ergebnissen aus der Meta-Analyse von Brandes und Mullan (2014), welche zeigt, dass die Beziehungen zwischen verschiedenen aus dem CSM abgeleiteten mentalen Repräsentation und Compliance sehr schwach sind. Subjektive Krankheitsüberzeugungen sind kein stabiler Parameter, sondern ein Einstellungsparameter, der laufenden Veränderungen unterliegt (Bonsaksen et al., 2015).

Aufgrund der nicht signifikanten Determinanten von Compliance in der vorliegenden Studie kommt die Anwendung der gewählten theoretischen Modelle HBM und CSM zu kurz. Es wurde angenommen, dass Erfolgs- und Selbstwirksamkeitserwartungen zu Compliance führen und dies würde die Annahmen des HBM bestätigen. In vorangegangenen Untersuchungsergebnissen zeigt sich eine Parallele zwischen empfundener Kontrollierbarkeit der Erkrankung und Selbstwirksamkeitserwartungen (Griva, Myers & Newman, 2000).

Die Limitationen der vorliegenden Studie beziehen sich auf das komplexe Modell, Compliance vorherzusagen. Die Zufriedenheit musste aufgrund der hohen fehlenden Werte aus dem Modell genommen werden. Es kann daher keine Aussage zum Einfluss der Patienten/innenzufriedenheit auf Compliance getroffen werden. Die Rücklaufquote von

Fragebogen II, welcher die Patienten/innenzufriedenheit erfasst und am Ende der Therapie ausgehändigt wurde, reduzierte die anfängliche Stichprobe von 893 teilnehmenden Personen auf 241. Es zeigten sich ähnliche Rückläufe auch in anderen Studien zur Erhebung der Patienten/innenzufriedenheit (Zimmermann et al., 2013). Die Erhebung von Patienten/innenzufriedenheit zeigt deutliche Deckeneffekte in den vorliegenden Daten, dies ist ein übliches Erhebungsergebnis (Bleich, 2010), weshalb die Zufriedenheitswerte als dichotome Variable in der Berechnung berücksichtigt wurden. Es sind auch die Beweggründe des Ausfüllens eines Fragebogens zur Zufriedenheitsbewertung als wesentliche Einflusskomponente zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass zu Therapiebeginn eine gewisse Skepsis vorhanden ist, welche im Laufe der Therapie abnimmt. Wenn sich eine positive Überzeugung einstellt, dann wird der Fragebogen zur Zufriedenheit beantwortet. Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass ein Selektionsbias nicht zu umgehen ist.

Limitationen hinsichtlich der Erhebungsmethoden zeigt auch der PAREMO-20. Der Fragebogen ist geeignet, den motivationalen Status zu erheben, allerdings eignet er sich nicht zur Vorhersage des Reha-Erfolges oder Compliance (keine prädiktive Validität) (Wiedl, 2009). Wichtig zu erwähnen ist ebenfalls, dass die Erhebung von Compliance anhand der indirekten Methode des Einhaltens von Therapie- bzw. Klinikterminen als fraglicher Indikator zur Erfassung der Compliance zu betrachten ist. Es kann sein, dass ein/e Patient/in regelmäßig die Behandlungstermine wahrnimmt, dies bedeutet aber nicht automatisch, dass auch Bereitschaft zur Compliance im Sinne einer langfristigen Lebensstiländerung gegeben ist (Wiedl, 2009). Diese Art der Erfassung ist ein kritisch zu betrachtendes Ersatzkriterium, da von einem wiederholt schwachen Zusammenhang ($r = .12$) berichtet wird (Hasford, Behrend & Sangha, 1998).

Wenn auch keine Aussage zu Determinanten von Compliance durch die vorliegende Studie getroffen werden kann, konnten Rehabilitationsmotivation sowie Patienten/innenzufriedenheit davon abgegrenzt werden. Die Linearität des Zusammenhanges einer hohen Behandlungsmotivation, die zu einer hohen Therapiezufriedenheit führt und in Compliance endet, ist wie durch die vorliegende Untersuchung bestätigt nicht vorhanden. Der Einfluss des Schmerzausmaßes und Chronizität der Erkrankung auf Patienten/innenzufriedenheit und Reha-Motivation liefern wichtige Erkenntnisse für zukünftige Studien.

11 ABSTRACT

Die vorliegende Studie befasste sich mit der Analyse möglicher Einflussfaktoren auf Compliance, der Bereitschaft ärztlichem oder therapeutischem Rat zu folgen. Dabei wurden personenbezogene Faktoren (Reha-Motivation, Erwartungen und Patienten/innenzufriedenheit) sowie krankheitsbedingte Faktoren (Schmerzausmaß, Chronizität) im Rehabilitationskontext untersucht. Insbesondere wurde von den personenbezogenen Faktoren die Patienten/innenzufriedenheit und Reha-Motivation hinsichtlich ihrer Verbindung mit Compliance und hinsichtlich einer möglichen Interaktion der beiden Komponenten analysiert. Des Weiteren wurde überprüft, ob krankheitsbezogene Faktoren (Schmerzausmaß und Chronizität) einen möglichen Erklärungsanteil an Patienten/innenzufriedenheit und Reha-Motivation haben. Die Stichprobe setzte sich aus 241 Personen zusammen, welche sich zum Erhebungszeitpunkt aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung in einer physio- oder ergotherapeutischen Behandlung befanden.

Die Ergebnisse der Studie konnten durch logistische Regression Zusammenhänge von Reha-Motivation, Patienten/innenzufriedenheit sowie Erfolgs- bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen mit Compliance nicht bestätigen. Mittels logistischer Regression konnte bestätigt werden, dass Personen, die eine höhere Reha-Motivation haben und der Rehabilitationsbehandlung offen, unvoreingenommen und positiv gegenüberstehen, zufriedener mit der Reha-Behandlung sind als jene, die skeptisch sind. Geringe Schmerzen erhöhen die Wahrscheinlichkeit mit der Behandlung zufrieden zu sein, wohingegen höhere Schmerzen die Chance, mit der Therapie nicht zufrieden zu sein, zur Folge haben. Aus der zweifaktoriellen MANOVA geht hervor, dass für akut Erkrankte das Schmerzausmaß zur Reha-Motivierung in einem geringeren Ausmaß entscheidend ist als für chronisch Erkrankte. Personen mit chronischer Erkrankung und starken Schmerzen weisen eine höhere Reha-Motivationswahrscheinlichkeit aufgrund von körperbedingten Einschränkungen auf. Gleichzeitig bestätigt sich, dass sich chronisch Erkrankte mit gering empfundener Schmerzbelastung im Alltag körperlich weniger beeinträchtigt fühlen und dadurch eine niedrigere Motivationsbereitschaft aufweisen.

ABSTRACT

The present study addressed the analysis of possible factors influencing compliance, the willingness to follow medical or therapeutic advice. Person-related factors (motivation for rehabilitation, expectations and patient satisfaction) as well as disease-related factors (extent of pain, chronicity) were examined in the rehabilitation context. In particular, analysis focused on patient satisfaction and rehabilitation motivation paired with compliance and possible interaction of the two components. Furthermore, it was examined whether disease-related factors (level of pain and chronicity) have a possible explanatory part of patient satisfaction and rehabilitation motivation. The sample consisted of 241 persons who were undergoing physiotherapy or occupational therapy because of an acute or chronic illness.

The results of the study could not confirm correlations of rehabilitation motivation, patient satisfaction and self-efficacy expectations with compliance through logistic regression. Logistic regression has confirmed that people who are more motivated for rehabilitation and open to treatment are more satisfied with rehab than those who are skeptical. Low pain increases the likelihood of being satisfied with the treatment, while higher levels of pain increase the chance of not being satisfied with the therapy. The two-factorial MANOVA shows that the level of pain for rehab motivation is less decisive for people with acute illness than for chronically ill patients. People with chronic illness and severe pain have a higher rehab motivation due to body-related limitations. At the same time, it is confirmed that chronically ill patients with a low level of pain feel less physically limited in everyday life and thus have a lower motivation.

12 LITERATURVERZEICHNIS

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2015). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Hrsg.), *Predicting health behavior* (S. 30-69). New York: McGraw-Hill.
- Achtziger, A. & Gollwitzer, P.M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 309-334). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K. & Reno, R.R. (1994). Health Beliefs and Compliance With Mammography-Screening Recommendations in Asymptomatic Women. *Health Psychology*, 13(2), 122-129.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Hrsg.), *Action-control: From cognition to behavior* (S. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107-122.
- Altenhöner, T., Leppin, A., Grande, G. & Romppel, M. (2001). Die Bedeutung von Patienteneinstellungen für die Erreichung subjektiver Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis. DRV-Schriften Band 26* (S. 232-233). Frankfurt/Main: VDR.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A. & Amenta, P. (2015). Conceptualization of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135 (5), 243-250.
- Baumeister, H., Krämer, L. & Brockhaus, B. (2008). Grundlagen psychologischer Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 82, 254-264.
- Baumeister, H. (2009). Behandlungsmotivation. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 378-386). Göttingen: Hogrefe.
- Bealer, D., Smith, A., O'Sullivan, P., Hunter, M. & Straker, L. (2015). Back Pain Beliefs Are Related to the Impact of Low Back Pain in Baby Boomers in the Busselton Healthy Aging Study. *Physical Therapy*, 95(2), 180 – 189.
- Becker-Carus, C. & Wendt, M. (2017). Allgemeine Psychologie. Hamburg: Springer.

- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 409 – 419.
- Becker, M.H., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P., Drachman, R.H. & Taylor, D.W. (1982). Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum „Health Belief Model“. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Hrsg.) *Compliance Handbuch* (S. 94 – 132). München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Beckmann, J. & Heckhausen, H. (2010). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.) *Motivation und Handeln* (S. 105-136). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härtel, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung –Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53 (2), 83-93.
- Bengel, J. & Herwig, J. (2003). Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention* (S. 707-724) Göttingen: Hogrefe.
- Berking, M. & Rief, W. (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band 2: Therapieverfahren. Lesen, Hören, Lernen im Web*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology* (S. 137–173). Oxford: University Press.
- Bleich, C. (2010). Patientenzufriedenheit: Konzepte, Methoden und Problembereiche. In H.- W. Hoefert & M. Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 275 – 285). Göttingen: Hogrefe.
- Blum, K. (1998). Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen. Eine Ursachenanalyse. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6 (3), 259-274.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (2015). Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 20(7), 942-953.
- Brandes, K. & Mullan, B. (2014). Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis, *Health Psychology Review*, 8(2), 129-153.
- Braun, S. (2016). *Compliance – Einflussfaktoren und die Rolle von sozialer Unterstützung*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. München: Pearson-Studium-Psychologie

- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Brownlee, S. & Leventhal, E.A.(2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 433-447.
- Burkert, S. & Sniehotta, F. (2009). Selbstregulation des Gesundheitsverhaltens. In J. Bengel (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 98-105). Göttingen: Hogrefe.
- Cameron, L. D. & Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviours*. London: Routledge.
- Carlson, J. L. (1997). Evaluating patient motivation in physical disabilities practice settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 347 – 351.
- Carpenter, C. J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669.
- Chan, D.K., Lonsdale, C., Ho, P.Y., Yung, P.S., Chan, K.M. (2009).Patient Motivation and Adherence to Postsurgery Rehabilitation Exercise Recommendations: The Influence of Physiotherapists' Autonomy-Supportive Behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (12), 1977-1982.
- Conner, M. (2008). Initiation and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: An international review*. *Applied Psychology*, 57 (1), 42-50.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32),1-244.
- Crowley, M. J., Zullig, L. L., Shah, B. R., Shaw, R. J., Lindquist, J. H., Peterson, E. D. & Bosworth, H.B. (2015). Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of general internal medicine*, 30 (1), 83-90.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000) The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior, *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deck, R. (1999). *Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg*. Marburg: Verlag Hans Jacobs.
- Deck, R. (2001). Erwartungen und Motivationen bei Rehabilitationspatienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In *Beiträge der 20. Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (S. 90–117). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Deck, R. (2006). Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 15 (4),175 – 183.
- DiMatteo, M. R. (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209.

- DiMatteo, M.R., Haskard, K.B. & Williams, S.L. (2007). Health Beliefs, Disease Severity and Patient Adherence. *Medical Care*, 45 (6), 521-528.
- DiMatteo, M.R., Haskard-Zolnierrek, K.B. & Martin, L.R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6 (1), 74-91.
- Dlugosch, G. E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101 – 118). Stuttgart: Enke.
- Donadiki, E. M., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A. et al. (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public health*, 128(3), 268-273.
- Dohnke, B., Knäuper, B. & Müller-Fahrnow, W. (2002). „Sei realistisch!“: Realistische Ergebniserwartungen führen zu besseren mittelfristigen Rehabilitationsergebnissen. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe durch Rehabilitation. 4.-6. März 2002 in München. DRV-Schriften*, 33 (S. 288-290). Frankfurt/Main: VDR.
- Drieschner, K.H., Lammers, S. M. & van der Staak, C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Los Angeles, CA: Sage.
- Fittschen, B. (2002). Compliance. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 60-64). Göttingen: Hogrefe.
- Fleig, L., Lippke, S., Pomp, S. & Schwarzer, R. (2011). Exercise maintenance after rehabilitation: How experience can make a difference. *Psychology of Sports and Exercise*, 12(3), 293-299.
- Foster, N.E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. & Hay, E. (2008) Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136, 177-187.
- Francis, P., Agoritsas, T., Chopard, P. & Perneger, T. (2016). Does the patient's inherent rating tendency influence reported satisfaction scores and affect division ranking? *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 221–226.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41-68). Berlin: Springer.

- Gerlach, C. & Güntert, B. (2015). Erwartungen & Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Konstruktion und Anwendung einer erwartungsbasierten Erfahrungstypologie und deren Nutzung im Rahmen des Qualitäts- und Erwartungsmanagements. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109, 585—593.
- Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.
- Glattacker, M., Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2009). Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised. Psychometrische Evaluation an Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (4), 158 – 169.
- Glattacker, M., Heyduck, K. & Meffert, C. (2009). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. *Rehabilitation*, 48, 345- 353.
- Glattacker, M., Heyduck, K. & Meffert, C. (2012). Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information – Evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Education and Counseling*, 86 (3), 378-389.
- Griva, K., Myers, L. B. & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15 (6), 733-750.
- Hafen, K. (2002). *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation*. Dissertation, Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation (PAREMO). *Prävention und Rehabilitation*, 12(1), 1-10.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003) A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations, *Psychology & Health*, 18(2), 141-184.
- Hale, E.D., Treharn, G.J. & Kitas, G.D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, 46, 904–906.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30 (7), 811-818.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7, 107–116.
- Hasford, J., Behrend, C. & Sangha, O. (1998). Vergleichende Analyse und Bewertung von Methoden zur Erfassung der Compliance. In: F. Petermann (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement* (S. 21 – 44). Göttingen: Hogrefe.
- Haynes, R. B. (1982). Einleitung. In R.B. Haynes, D.W. Tayler & D.L. Sackett (Hrsg.), *Compliance Handbuch* (S. 11-18). München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.

- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. (2. Auflage) Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Heckhausen J. (2010). *Motivation und Handeln*. (4. Auflage) Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heidegger, T., Saal, D. & Nübling, M. (2006). Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(2), 331–346.
- Heuer, H.O. & Heuer, S. (1999). Methoden zur Bestimmung der Compliance. In H.O. Heuer, S. H. Heuer & K. Lennecke (Hrsg.), *Compliance in der Arzneitherapie. Von der Non-Compliance zu pharmazeutischer und medizinischer Kooperation* (S. 21-37). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heyduck, K., Meffert, C. & Glattacker, M. (2014) Illness and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Low Back Pain: Characteristics and Relation to Individual, Disease and Interaction Variable. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21, 267–281.
- Hill, S., Dziedzic, K., Thomas, E. Baker, S. R. & Croft, P. (2007). The illness perceptions associated with health and behavioural outcomes in people with musculoskeletal hand problems: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology (Oxford)*, 46, 944–951.
- Hirsh, A. T., Atchison, J. W., Berger, J.J., Waxenberg, L. B., Lafayette, L.A., Bulcourn, B.B. & Robinson, M.E. (2005). Patient Satisfaction With Treatment for Chronic Pain: Predictors and Relationship to Compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 21(4), 302-310.
- Hohmann, C. & Schwarzer, R. (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 61 - 67). Göttingen: Hogrefe.
- Huis in't Veld, R.M., Kosterink, S.M., Barbe, T., Lindegard, A., Marecek, T. & Vollenbroek-Hutten, M.M. (2010). Relation between patient satisfaction, compliance and the clinical benefit of a teletreatment application for chronic pain. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16 (6), 322-328.
- Huppmann, G. & Silbernagel, W. (1991). *Patienten führen, Compliance fördern. Ein Seminar zum Umgang mit Langzeit-Patienten am Beispiel der Hypertonie*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609-620.
- Kleinbeck, U. (2010). Handlungsziele. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 285-306). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N. (2013). *Einführung Gesundheitspsychologie*. München: E. Reinhardt.

- Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Töns, N., Hafen, K., Nübling, R. & Bengel, J. (2006). Entwicklung und Validierung des PAREMO-20. In: R. Nübling, F.A. Muthny & J. Bengel (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S.161-178). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kunze, U. & Kunze, M. (2007). *Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin*. Wien: Facultas.
- Künzel, R., & Wottawa, H. (1985). Hinreichend, notwendig oder korrelativ? Bedingungen für das Zustandekommen von Leidensdruck und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 6(3), 175-184.
- Lecher, S., Klapper, B. & Koch, U. (2002): Krankenhausbefragung zur aktuellen Praxis der Patientenbefragung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 7 (3), 4-8.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A., & Leventhal, E. A. (2010). Lay representations of illness and treatment: A framework for action. In A. Steptoe (Hrsg.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications* (S. 137–154). New York: Springer.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., Leventhal, E.A. & Cameron, L. (2012). Modeling Health and Illness Behaviour – The Approach of the Commonsense Model. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology* (S. 3-29). New York: Psychology Press.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau*, 58 (2), 103 – 117.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. (2002). The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke*, 33 (2), 444 – 448.
- Maderthaner, R. (2008). *Psychologie*. Wien: Facultas.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370 – 396.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994) *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Merten, T. (2018). *Krankheitsgewinn, primärer, sekundärer bzw. tertiärer*. Verfügbar unter: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/krankheitsgewinn-primaeerer-sekundaerer-bzw-tertiaerer-1/> [06.01.2018].
- Moss-Morris, R., Weinmann, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D.(2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Muthny, F.A., Fiedler, R., Richter, M., Schweidtmann, W. & Wiedebusch, S. (2006). Rebezogene Kognitionen („REHAKOG“): Vorsätze, Selbstwirksamkeitserwartungen und Befürchtungen. In R. Nübling, F. A. Muthny

- & J. Bengel (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 179-194). Bern: Huber.
- Mühlig, S., Petermann, F. & Bergmann, K.-C. (2001). Verbreitung der Non-Compliance bei Asthma-Patienten: aktueller Forschungsstand und methodologische Probleme. *Pneumologie*, 55, 163 – 176.
- Mühlig, S., Bergmann, K.-C., Twesten, O. & Petermann, F. (2001). Therapiemitarbeit bei ambulanten Asthmapatienten: Empirischer Vergleich der Compliance Raten bei unterschiedlicher Operationalisierung der Medikamenten-Compliance. *Pneumologie*, 55, 177 – 189.
- Nübling, R., Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Fuchs, S., Hafen, K., Töns, N. & Bengel, J. (2005a). Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20). Kurzmanual. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität & Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits-und Sozialwesen mbH.
- Nübling, R., Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Fuchs, S., Hafen, K., Töns, N. & Bengel, J. (2005b). Normierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. PAREMO. Abschlussbericht. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität & Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits-und Sozialwesen mbH.
- Nübling, R., Muthny, F.A. & Bengel, J. (2006). Die Bedeutung von Reha-Motivation und Behandlungserwartung für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. In: R. Nübling, F.A. Muthny & J. Bengel (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S.15-37). Bern: Verlag Hans Huber.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. Drugs don't work in patients who don't take them. *The New England Journal of Medicine*, 353 (5), 488-497.
- Paech, J., Lippke, S. & Ziegelmann, J.P. (2012). Körperliche Aktivität nach der Rehabilitationsbehandlung: Die subjektive Beeinträchtigung durch Schmerzen als Barriere oder Motivation. *Rehabilitation*, 51, 212-220.
- Petermann, F. (1997). Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. In F. Petermann (Hrsg.), *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*. (S. 27-56). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (1998). Einführung in die Themenbereiche. In F. Petermann (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement* (S. 9-17). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Mühlig S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In F. Petermann (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement* (S.73-102). Göttingen: Hogrefe.
- Peters, M., Lange, C. & Radebold, H. (2000). Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik - Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46(3), 259-272.

- Petrie, K. & Weinman, J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116.
- Petrie, K. & Weinman, J. (2006) Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6 (6), 536-539.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Quaschnig, K., Körner, M. & Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 91, 167–175.
- Radomski, M. V. (2011). More Than Good Intentions: Advancing Adherence to Therapy Recommendations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 471-477.
- Renker, E.K., Schlüter, J., Neubauer, E. & Schiltenswolf, M. (2009). Therapie bei Patienten mit Rückenschmerzen. Verordnungsverhalten – subjektive Zufriedenheit – Effekte. *Der Schmerz*, 23 (3), 284 – 291.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Rentsch, H.P. (2005). Grundlagen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In J. Tesak (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (S. 17-40). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Rheinberg, F. & Vollmeyer, R. (2012). *Motivation*. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Rheinberg, F. (2010). Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 365-385). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Richter, M., Schmid-Ott, G. & Muthny, F.A. (2011). Ziele, Zielerreichung und Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57, 91-99.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33 (3), 238-251.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

- Salewski, C. & Weber, H. (2009). Ziele. In J. Bengel (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 92-97). Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In: S. K. D. Sulz (Hrsg.) *Das Therapiebuch* (S. 35-52). München: CIP- Medien.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sirri, L., Fava, G. A. & Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82 (2), 74-81
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4): 319–328.
- Stangl, W. (2017). *Inhaltstheorie der Motivation*. Verfügbar unter: www.lexikon.stangl.eu/6279/inhaltstheorien-der-motivation/ [08.02.2017].
- Tesak, J. (2005). Vorwort des Herausgebers. In J. Tesak (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (S. 17-40). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- This, S., Lehmann, C., Kriz, D., Nübling, R. & Mehnert, A. (2008). Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20) – Testtheoretische Überprüfung und Validierung an einer Stichprobe von Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. *Rehabilitation*, 47, 308 – 318.
- Tijou, I., Yardley, L., Sedikides, C. & Bizo, L. (2010) Understanding adherence to physiotherapy: Findings from an experimental simulation and an observational clinical study. *Psychology & Health*, 25(2), 231-247.
- Uher, E.M. & Maderthaner, R. (2014). *Studienprotokoll. Patientenzufriedenheit, Rehabilitationsmotivation und Compliance (Adherence) im Bereich der MTD-Dienste*.
- Van der Wal, M.H.L., Jaarsma, T., Moser, D.K., Veegers, N.J.G.M., Van Gilst, W.H. & Van Veldhuisen, D.J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27, 434-440.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wainwright, S. P. & Gould, D. (1997). Non-adherence with medications in organ transplant patients: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 968–977.

- Wiedl, K. (2009). *Rehamotivation, psychisches Befinden und Lebensqualität bei Patienten in stationärer berufsdermatologischer Rehabilitation*, Dissertation, Universität Osnabrück.
- Wirtz, M., Löschmann, C., Nübling, R., Rundel, M. & Bengel, J. (2002). Psychische Beeinträchtigungen und Behandlungsmotivation als Erfolgsprognosefaktoren in der stationären Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe durch Rehabilitation. 4. Bis 6. März 2002 in München. DRV-Schriften, Band 33*. Frankfurt/Main: VDR.
- Webber, K.H., Tate, D.F., Ward, D. S. & Bowling, J.M. (2010). Motivation and its Relationship to Adherence to Self-Monitoring and Weight Loss in a 16-week Internet Behavioral Weight Loss Intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(3), 161-167.
- Weber, W. & Salewski, C. (2009). Erwartungen und Überzeugungen. In J. Bengel (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 74-79). Göttingen: Hogrefe.
- Weber-Falkensammer, H. & Vogel, H. (1997). Versorgungsstrukturelle Voraussetzungen der Rehabilitation. In F. Petermann (Hrsg.), *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin* (S. 27-56). Göttingen: Hogrefe.
- Young, G., Meterko, M., & Desai, K. (2000). Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical Care*, 38(3), 325-334.
- Zimmermann, L., Michaelis, M., Quaschnig, K., Müller, C. & Körner M. (2013). Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Rehabilitation*. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1357116>
- Zimmerman, R. S., & Vernberg, D. (1994). Models of preventative health behavior: Comparison, critique, and meta-analysis. *Advances in Medical Sociology*, 4, 45–67.
- Zoeckler, N., Kenn, K., Kuehl, K, Stenzel, N. & Rief, W. (2014). Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 76 (2), 146 – 151.

13 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Faktorenanalyse des PAREMO-20.....	48
Tabelle 2 Itemkennwerte des PAREMO-20.....	49
Tabelle 3 Itemkennwerte des FREM-17.....	50
Tabelle 4 Itemkennwerte des BRQ.....	51
Tabelle 5 Itemkennwerte des IPQ-R.....	51
Tabelle 6 Ergebnis der logistischen Regression, Block 1, soziodemografische Variablen...	57
Tabelle 7 Ergebnis der logistischen Regression, Block 2, personenbezogene Variablen.....	58
Tabelle 8 Ergebnis der logistischen Regression, Block 3, Art der Erkrankung.....	59
Tabelle 9 Ergebnis der logistischen Regression Reha-Motivation und Gesamtzufriedenheit.	60
Tabelle 10 Ergebnis der logistischen Regression Schmerz, Chronizität, Diagnosegruppen auf Gesamtzufriedenheit	61
Tabelle 11 Ergebnis der logistischen Regression Schmerz, Chronizität, Diagnosegruppen auf Therapiezufriedenheit	61
Tabelle 12 Ergebnis der Kreuztabelle, Gesamtzufriedenheit.....	62
Tabelle 13 Ergebnis der Kreuztabelle, Therapiezufriedenheit.....	62
Tabelle 14 Ergebnis Multivariate Varianzanalyse.....	64
Tabelle 15 Ergebnis des Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen.....	64
Tabelle 16 Ergebnis der univariaten Varianzanalyse der Reha- Motivationsskala körperbedingte Einschränkungen.....	65
Tabelle 17 Ergebnis der univariaten Varianzanalyse der Reha-Motivationsskala Skepsis...	66
Tabelle 18 Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala Seelisches Leiden.....	68
Tabelle 19 Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala körperbedingte Einschränkungen.....	68
Tabelle 20 Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala Krankheitsgewinn.....	69
Tabelle 21 Ergebnis der linearen Regression der soziodemografischen Variablen auf Reha-Motivationsskala Informationsstand.....	69

14 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Balkendiagramm der Erwerbstätigkeit.....	45
Abbildung 2 Balkendiagramm des subjektiven Schmerzempfindens.....	46
Abbildung 3 Balkendiagramm der Diagnosegruppen.....	46
Abbildung 4 Balkendiagramm Therapiezufriedenheit.....	53
Abbildung 5 Balkendiagramm Gesamtzufriedenheit.....	54
Abbildung 6 Interaktionsdiagramm für Reha-Motivationsskala körperbedingte Einschränkung.....	65
Abbildung 7 Interaktionsdiagramm der Reha-Motivationsskala Skepsis (nicht signifikant).. 	67

15 APPENDICES

Ausfüllhilfe.....	90
Patienteninformation und Einwilligungserklärung.....	91
Diagnoseliste.....	92
Fragebogen I.....	95
Fragebogen II.....	98

Wir bitten um Ihre Mithilfe!

Mistelbach, Jänner 2015

Ausfüllhilfe

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient!

Um Ihre Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot und den Abläufen im Landeskrlinikum Mistelbach-Gänserndorf zu evaluieren, bitten wir Sie, die 2 Fragebögen, die Sie erhalten werden, sorgfältig auszufüllen. Die ausgewerteten Ergebnisse dienen der Qualitätssicherung und unserer laufenden Verbesserung im therapeutischen Bereich, um die wir uns stets bemühen.

Wir ersuchen Sie, **2 Fragebögen** auszufüllen.

- Am ersten Therapietag den Patientenmotivationsfragebogen (Paremo-20), den Sie als erstes von Ihrer(m) TherapeutIn ausgeteilt bekommen. Geben sie ihn bitte in dem mitgegebenen Kuvert verschlossen noch am selben Tag, spätestens jedoch am nächsten Tag Ihrer(m) TherapeutIn.
- Zu Therapieende erhalten Sie einen weiteren Fragebogen („PatientInnenbefragung im therapeutischen Bereich“), in dem Sie die Therapie, die Sie erhalten haben, hinsichtlich des Therapieablaufes, Kommunikation und Organisation beurteilen. Auch diesen bitte wiederum ausgefüllt in dem beigelegten Kuvert, das Sie verschließen, ihrer(m) TherapeutIn zurückzugeben.

Diese Befragung erfolgt anonymisiert. D.h., die Fragebögen sind nummeriert und die Diagnose ist bekannt, jedoch werden keine Rückschlüsse auf Ihre Patientenstammdaten erfolgen können.

Station: Im stationären Bereich wird die(der) TherapeutIn den Fragebogen einsammeln und in die hierfür aufgestellte Sammelbox der Holding einwerfen. Sie können dies auch selbst tun. **Ambulanz:** Im ambulanten Bereich des Institutes für physikalische und rehabilitative Medizin ersuchen wir Sie, die verschlossenen Kuverts vorne bei der Leitstelle in die aufgestellte Sammelbox einzuwerfen.

Mit herzlichem Dank


Prim^a Dr. Eva Maria Uher
InstitutsleitungLandeskrlinikum Mistelbach-Gänserndorf
Liechtensteinstraße 67 • 2130 MistelbachTel.: +43 (0)2572 9004-0 • Fax: +43 (0) 2572 9004-5004 • office@mistelbach.lknoe.at • www.mistelbach.lknoe.at
DVR Nr.: 0428540 • UID Nr.: ATU 371 65 802

Patienteninformation und Einwilligungserklärung PatientInnenbefragungsuntersuchung im therapeutischen Bereich zur Rehabilitationsmotivation

Sehr geehrte Teilnehmerin, Sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein, an der PatientInnenbefragung im therapeutischen Bereich zur Rehabilitationsmotivation teilzunehmen. Ihre Teilnahme an der Fragebogenuntersuchung **erfolgt freiwillig**. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen, an dieser Fragebogenuntersuchung teilzunehmen. Die Ablehnung der Teilnahme hat keine nachteiligen Folgen für Ihre derzeitige medizinische Betreuung.

Diese PatientInnenbefragung zur Rehabilitationsmotivation hat zum Ziel, Ihre Gründe, Ziele und Erwartungen, die mit dieser Therapie verbunden sind, als wichtige Hinweise für die Planung und Durchführung künftiger Therapiemaßnahmen zu erfahren.

Daher bitten wir Sie, an der anonymisierten Befragung teilzunehmen. Ihre Therapie, die Sie zurzeit erhalten, wird unabhängig von Ihrer Entscheidung hinsichtlich der PatientInnenbefragung entsprechend durchgeführt.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur, wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und wenn Sie die Art und das Ziel der Befragung vollständig verstanden haben. Sie können sich jederzeit mit Fragen an das Team der Physikalischen Medizin (Physio-, Ergo-, Musiktherapie) wenden, sowie an den Facharzt für Physikalische Medizin.

Name der Kontaktpersonen

Prim^a Dr. Eva Maria Uher
Institutsleitung
02572/9004-21750

OA Dr. Mathias Wewalka
stellvertretende Institutsleitung
02572/9004-21751

Einwilligungserklärung:

Name der(s) Patientin(en) in Druckbuchstaben: _____

Geb.Datum: _____

Ich erkläre mich bereit, an der Fragebogenuntersuchung teilzunehmen.

Datum

Unterschrift

Diagnoseliste

Orthopädie/ Unfallchirurgie

Ellbogen Trauma (Olecranonfraktur, Luxation)	101
Frakturen OE/UE - konservativ	102
Frakturen OE/UE - Osteosynthese	103
Hand - ohne Trauma - konservativ (CTS, Rhizarthrose, Fingerpolyarthrose, Radiocarpalarthrose etc)	104
Hand - ohne Trauma - OP (CTS, Dupuytren)	105
Hand - Trauma konservativ	106
Hand - Trauma operativ	107
Hüft - OP Standard (HTEP, Hemi, DHS, GammaNagel, SH Verschraubung etc)	108
HWS, Nacken - unspezifisch	109
HWS - spezifisch (Prolaps)	110
LWS/BWS - unspezifisch	111
LWS spezifisch (Prolaps, Facetten)	112
Knie ASK mit Naht (VKB, Meniscus Refixation)	113
Knie ASK ohne Naht	114
Knie unspezifisch konservativ (Arthrose; Patellaspitzensyndrom; Meniscusschaden...)	115
Knie (TEP, Halbschlitten)	116
Schulter - Fraktur (subcapitale HFx, Clavikel, Scapula)	117
Schulter ASK - mit RM-Naht	118
Schulter ASK - ohne Naht	119
Schulter - konservativ (Arthrosen, Impingement, Calcarea, AC Gelenk etc)	120
Schulter TEP	121
Septische Revision großer Gelenke (Schulter, Knie, etc.)	122
Unfalltraumen leicht (Rippenfrakturen, Cont. Capitis, Cont. Coxae etc))	123
Wirbelkörperfrakturen inkl. Osteoporotische WKF	124
Fuß - konservativ	125
Fuß - operativ	126
Ansatzentzündungen (Epicondylitis, Achillodynie, Pes anserinus, Fersensporn, Plantar fasciitis etc)	127
	128

Code

Neurologie

Insult	201
Intercranielle/ cerebrale Blutung	202
sensomotorische Störung peripher (PNP, Motoneuronerkrankung, Guillain Barre)	203
sensomotorische Störung spezifisch zentral (M. Parkinson; MS)	204
Nervenläsionen (Radialis, Axillaris, Peroneus, Femoralis etc)	205
Vertigo	206
Cephalaea	207

Chirurgie

Amputationen jede Form (USCH, OSCH, Vorfuß)	301
Darmoperationen (Ileus, Hartmann, Hemikolektomie, Dünndarmresektion)	302
Gefäßoperationen Beine (z.B. Perkutane transluminale Angioplastie)	303
N. mammae (Operation, Chemotherapie)	304
PAVK - konservativ	305
St.p. Gastrointestinalblutung	306
Ulcera, Decubitus diverse	307
Analosphinkterschwäche	308

Interne

Herzinfarkt (STEMI, NSTEMI)	401
Herzinsuffizienz,CMP, kardiale Dekompensation	402
Niereninsuffizienz akut (ANV)	403
Niereninsuffizienz (terminal, chronisch)	404
COPD	405
Atemstörung sonstige (post Pneumonie, Pleuraerguss, Pulmonalembolie, sonstige Lungenerkrankung)	406
St.p. Sepsis	407
Alkoholabusus - Folgen (Cirr Hep; Pankreatitis; Aszite; Demenz)	408
Thrombosen (Mehretagen, TVBT)	409
Diabetes (inkl. Folgen)	410

Gynäkologie/Urologie

Gyn - OP Standard (HE vaginal-nicht onkologisch, lap., TVT, TLH,...)

Harnverhalten

Inkontinenz

Partus jede Form mit/ohne Dammriss I-IV inkl. Sectio

501
502
503
504

Onkologie

Leukämien (Chronisch Lymphatische Leukämie diverse Formen, Hodgkin, NHL)

Tumor (Raumforderung) craniell

Tumor Npl. Bronchii

Tumore (Npl.) im Bereich der HNO (z.B. Neck dissection, etc.)

Tumoreroperationen der Prostata (RPE, TURP) mit/ohne Lymphektomie

Tumoreroperationen diverse andere (z.B. Leber, Pankreas, Magen, Dickdarm, Dünndarm)

Tumoreroperationen Gyn (Adnexen, Uterus, Vagina, etc.)

Tumoreroperationen Niere, Blase

601
602
603
604
605
606
607
608

Sonstige (Diagnose leserlich auf FB1 schreiben)

sonstige Ortho/Unfall

sonstige Neuro

sonstige Chirurgie

sonstige Interne

sonstige Gyn/Uro

sonstige Onko

100
200
300
400
500
600

Markierung: ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder einen nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☒ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Vom Therapeuten auszufüllen:

Patienten-Code

Diagnose-Code

☐ akut

☐ chronisch

☐ stationär

☐ stationär und ambulant

☐ ambulant

PatientInnenbefragung im therapeutischen Bereich zur Rehabilitationsmotivation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stehen am Beginn einer Therapie, welche Sie dazu befähigen soll, die verschiedenen Anforderungen des Alltags besser zu bewältigen. Ihre Gründe, Ziele und Erwartungen, die mit dieser Therapie verbunden sind, sind wichtige Hinweise für die Planung und Durchführung künftiger Therapiemaßnahmen.

Daher bitten wir Sie den vorliegenden Fragebogen auszufüllen und anonym in einem verschlossenen Kuvert in eine der dafür vorgesehenen Boxen zu werfen. Ihre Therapien, die Sie zur Zeit erhalten, sind davon nicht betroffen.

1. Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

2. Geburtsjahr:

3. Berufsausbildung (höchster Abschluss)

- ☐ Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)
- ☐ Berufsbildende Schule
- ☐ Matura
- ☐ Hochschule/Fachhochschule
- ☐ keine Berufsausbildung

4. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

- ☐ ja, ganztags
- ☐ nein, Früh- oder Invalidenpension
- ☐ ja, mindestens halbtags
- ☐ ja, weniger als halbtags
- ☐ nein, Hausfrau/Hausmann
- ☐ nein, in Ausbildung
- ☐ nein, arbeitslos
- ☐ nein, Alters-/Witwenpension
- ☐ nein, anderes (z.B. Mutterschutz)

5. Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine Früh- oder Invalidenpension beantragt?

☐ ja

☐ nein

6. Schätzen Sie bitte auf der Skala ein, wie stark Ihre Schmerzen im Durchschnitt in der vergangenen Woche waren.

keine Schmerzen starke Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SAMPLE

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen mit Ihren Meinungen und Erfahrungen übereinstimmen.

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
7. Durch meine körperliche Beeinträchtigung bin ich weniger unternehmungslustig als vorher.	☐	☐	☐	☐
8. Wenn es mir schlecht geht, kümmert sich eher jemand um mich als sonst.	☐	☐	☐	☐
9. Ich möchte mein Leben von Grund auf ändern.	☐	☐	☐	☐
10. Ich weiß wenig über den Zweck von Rehabilitationsbehandlungen (Therapiemaßnahmen).	☐	☐	☐	☐
11. Ich leide stark unter körperlichen Beschwerden.	☐	☐	☐	☐
12. Ich werde meinen Lebensstil ändern müssen, um wieder gesund zu werden.	☐	☐	☐	☐
13. Wenn es mir schlecht geht, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	☐	☐	☐	☐
14. Ich bin fest entschlossen mich zu ändern.	☐	☐	☐	☐
15. Meine körperlichen Beschwerden behindern mich im Alltag.	☐	☐	☐	☐
16. Ich kann mir schwer vorstellen, dass sich meine Beschwerden bessern.	☐	☐	☐	☐
17. Ich habe seelische Probleme, mit denen ich alleine nicht fertig werde.	☐	☐	☐	☐
18. Ich bin mir unsicher, ob mir geholfen werden kann.	☐	☐	☐	☐
19. Ich weiß wenig darüber, wie eine Rehabilitationsbehandlung abläuft.	☐	☐	☐	☐
20. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Kollegen verständnisvoller als sonst.	☐	☐	☐	☐
21. Ich leide stark unter seelischen Beschwerden.	☐	☐	☐	☐
22. Ich muss bei alltäglichen Tätigkeiten auf meine körperliche Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen.	☐	☐	☐	☐
23. Ich fühle mich seelisch ausgeglichen.	☐	☐	☐	☐
24. Ich hatte keine Zeit, mich vorher über die Rehabilitationsbehandlung (Therapiemaßnahmen) zu informieren.	☐	☐	☐	☐
25. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Familie mehr Rücksicht auf mich als sonst.	☐	☐	☐	☐

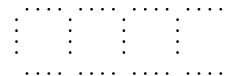
Als Ergebnis der Therapie erwarte ich, dass ...

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
26. ... man mir eine genaue Diagnose mitteilt.	☐	☐	☐	☐
27. ... ich meine Leistungsfähigkeit erhöhen kann.	☐	☐	☐	☐
28. ... ich bald wieder wie früher arbeiten kann.	☐	☐	☐	☐
29. ... ich lerne gesünder zu leben.	☐	☐	☐	☐
30. ... ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	☐	☐	☐	☐
31. ... mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	☐	☐	☐	☐
32. ... ich beruflichen Stress abbauen kann.	☐	☐	☐	☐
33. ... ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	☐	☐	☐	☐
34. ... ich nachher schmerzfrei sein werde.	☐	☐	☐	☐
35. ... eine Besserung meiner Schmerzen eintritt.	☐	☐	☐	☐
36. ... ich lerne, wie ich trotz Schmerzen im Alltag aktiv sein kann.	☐	☐	☐	☐
37. ... sich meine Beschwerden nicht verfestigen.	☐	☐	☐	☐
38. ... ich meine Medikamente reduzieren kann.	☐	☐	☐	☐
39. ... ich so lange wie möglich meine Selbstständigkeit bewahren kann.	☐	☐	☐	☐
40. Meine Krankheit ist therapeutisch ganz schwer zu beeinflussen.	☐	☐	☐	☐
41. Ich selbst habe die Macht, den Verlauf meiner Krankheit(en) zu beeinflussen.	☐	☐	☐	☐
42. Mein Krankheitsverlauf ist schicksalhaft.	☐	☐	☐	☐

43. Aufgrund welcher Erkrankung(en) wurden Ihnen die Therapien verordnet?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

SAMPLE



PatientInnenbefragung im therapeutischen Bereich

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Wir laden Sie ein an dieser anonymen Befragung teilzunehmen und uns mitzuteilen, wie zufrieden Sie mit den Leistungen im therapeutischen Bereich sind und wo wir uns Ihrer Ansicht nach noch verbessern können.

Wir ersuchen Sie höflichst den Fragebogen auszufüllen und diesen entweder im Landesklinikum abzugeben oder mit beiliegendem Rücksendekувert kostenlos an uns zu retournieren.

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt!

Wenn Sie Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Bereiches gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Robert Griessner
Medizinischer Geschäftsführer

Dipl. KH-BW Helmut Krenn
Kaufmännischer Geschäftsführer



Markierung: ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder einen nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☒ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Die Befragung erfolgt **anonym**! Bitte den Fragebogen erst kurz vor der Entlassung ausfüllen (nur 1 Kreuz pro Frage) und weder knicken noch falten!



= positive Antworten/ sehr gut



= negative Antworten/ sehr schlecht

ALLGEMEINE ANGABEN

1. Zugewiesen von (Station/Abteilung):

2. Geburtsjahr des Patienten:

3. Geschlecht:

- ☐ männlich
☐ weiblich

THERAPIEN

4. Wurden Sie ausschließlich während Ihres **stationären Aufenthaltes** behandelt **oder in Folge** ambulant weiterbehandelt?

- ☐ stationär ☐ ambulant ☐ tagesklinisch

Welche Therapien haben Sie erhalten und wie zufrieden waren Sie damit?

	Anzahl der Therapien:	
5. Diätologie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Elektrotherapie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7. Ergotherapie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. Logopädie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. Massage, Spezialmassage und Packungen	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. Musiktherapie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
11. Physiotherapie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. Psychologische Diagnostik, Beratung und Behandlung	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. Psychotherapie	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. andere Therapien	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. andere Therapien	☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ >10	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Waren Sie von **krankheitsbedingten Schmerzen** betroffen?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, ...


☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16a. ist während der Therapie auf Ihre Schmerzsituation eingegangen worden?

16b. konnte durch die Therapie Ihre Schmerzsituation positiv beeinflusst werden?



ABLÄUFE

17. Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthaltes vom **PatientInnentransportdienst** zu Therapien gebracht?

☐ ja ☐ nein

☐☐☐☐

17a. Wenn ja, wurden Sie **pünktlich zu den Therapien** gebracht und von diesen abgeholt?

18. Wie beurteilen Sie die Dauer der Wartezeit vor bzw. zwischen den Therapien?

☐☐☐☐☐

19. Wie beurteilen Sie die **Terminkoordination** der einzelnen Behandlungen?

☐☐☐☐☐

TEAM, INFORMATION UND KOMMUNIKATION

20. Wie beurteilen Sie die **Freundlichkeit** unseres therapeutischen Behandlungsteams?

☐☐☐☐☐

21. Nahm sich das therapeutische Behandlungsteam ausreichend **Zeit** für Sie?

☐☐☐☐☐

22. Wurden Sie vom therapeutischen Behandlungsteam über die **Therapieziele** aufgeklärt und wurden diese besprochen?

☐☐☐☐☐

23. Wurde Ihre **Intimsphäre** respektiert?

☐☐☐☐☐

24. Werden Sie nach Beendigung Ihrer Therapie in unserem Landeskrankenhaus noch **weitere therap. Behandlungen/Behandlungsmaßnahmen** benötigen?

☐ ja☐ nein☐☐☐☐☐

24a. Wenn ja, wurden Sie über die **weiteren Therapiemöglichkeiten** (weitere Therapien, Kur, Rehabilitation, Heimübungsprogramme, Hilfsmittelversorgung, ...) **informiert**?

GESAMTZUFRIEDENHEIT

25. Haben Sie das Gefühl, dass die **Therapieziele erreicht** wurden?

☐☐☐☐☐

26. Wie wichtig waren die Therapien für Ihren **Genesungsverlauf**?

☐☐☐☐☐

27. Wie zufrieden waren Sie **insgesamt** mit den **Therapien**?

☐☐☐☐☐

28. Würden Sie unsere Einrichtung **weiterempfehlen**?

☐☐☐☐☐

29. Platz für **persönliche Anmerkungen**:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

2014V4





F1002U11479P4PL1V1

