

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Raspe

**Erwartungen von Frauen und Männern
an die kardiologische Rehabilitation
nach einem koronaren Erstereignis**

Inauguraldissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
-Aus der Medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Barbara Horres-Sieben
aus Bardenberg

Lübeck 2004

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Heinrich Raspe

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ulrich Stierle

Tag der mündliche Prüfung: 13.04.2005

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 13.04.2005

gez. Prof. Dr. med. Peter Dominiak
-Dekan der Medizinischen Fakultät-

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
1.1 ERWARTUNGEN AN DIE KARDIOLOGISCHE REHABILITATION	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT	2
2 LITERATURÜBERBLICK	4
2.1 REHABILITATION	4
2.1.1 REHABILITATIONSMEDIZIN IN DEUTSCHLAND	4
2.1.1.1 Begriffsdefinition Rehabilitation	4
2.1.1.2 Entwicklung der Rehabilitationsmedizin in Deutschland	5
2.1.1.3 Abgrenzung von „Rehabilitation“ und „Kur“	7
2.1.2 REHABILITATION BEI KORONARER HERZKRANKHEIT	9
2.1.2.1 Entwicklungen in der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit	9
2.1.2.2 Konzepte zur kardiologischen Rehabilitation	10
2.1.2.3 Kardiologische Rehabilitation in Deutschland und international	13
2.1.2.4 Rehabilitationszugang und –teilnahme	15
2.2 ERWARTUNGEN	18
2.2.1 DEFINITIONEN	18
2.2.2 ERWARTUNGEN UND THERAPIEMOTIVATION	20
2.2.3 BEDEUTUNG DER MOTIVATION IN DER REHABILITATION	21
2.3 ERWARTUNGEN AN DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION	22
2.3.1 ERWARTUNGEN ALS GEGENSTAND DER REHABILITATIONSFORSCHUNG	22
2.3.1.1 Marketing- Aspekt	22
2.3.1.2 Exkurs: Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit	24
2.3.1.3 Qualitätssicherungsaspekt	24
2.3.1.4 Kostendämpfungsaspekt	26
2.3.1.5 Aspekt des Rehabilitationsansatzes	26
2.3.2 STUDIEN ZUR ERFASSUNG VON PATIENTENERWARTUNGEN IN DER REHABILITATION	28
2.3.2.1 Studien zur Erhebung von Rehabilitationserwartungen aus unterschiedlichen Indikationsbereichen	30
2.3.2.2 Studien zur Entwicklung von Messinstrumenten zur Erwartungs- und Motivationserfassung	33
2.3.3 INHALTLICHE ERGEBNISSE DER BISHERIGEN ERWARTUNGSSTUDIEN	36
2.3.3.1 Stärke der Erwartungsausprägung und Art der Erwartungen	36
2.3.3.2 Der Einfluss von soziodemographischen Merkmalen auf die Rehabilitationserwartungen	38
2.3.3.3 Zusammenhang von Krankheitsmerkmalen mit Rehabilitationserwartungen	39
2.3.3.4 Der Einfluss der Rehabilitationserwartungen auf das Outcome	39
2.4. ERWARTUNGEN AN DIE KARDIOLOGISCHE REHABILITATION	41
3 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	46
3.1 HERLEITUNG DES UNTERSUCHUNGSTHEMAS	46
3.2 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	48

4 METHODEN	50
<hr/>	
4.1 RAHMEN	50
4.2 ENTWICKLUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	50
4.2.1 AUSWAHL UND (WEITER-)ENTWICKLUNG DES ERWARTUNGSFRAGEBOGENS	51
4.2.2 DURCHFÜHRUNG DER VORUNTERSUCHUNGEN	52
4.2.3 ERGEBNISSE DER VORUNTERSUCHUNGEN	54
4.2.4 BEWERTUNGSFRAGEBOGEN: ERFÜLLUNG DER ERWARTUNGEN	56
4.2.5 INTERVIEW	57
4.2.6 FRAGEBOGEN ABLEHNUNGS- UND HINDERUNGSGRÜNDE	58
4.3 VERWENDETE INSTRUMENTE AUS DEM GESAMTPROJEKT	58
4.4 ZUSAMMENSTELLUNG DER INSTRUMENT UND VARIABLEN	59
4.5 STICHPROBE DER HAUPTUNTERSUCHUNG	61
4.6 VORGEHEN UND DURCHFÜHRUNG DER HAUPTUNTERSUCHUNG	61
4.7 DATENAUSWERTUNG	63
5. ERGEBNISSE DER HAUPTUNTERSUCHUNG	64
<hr/>	
5.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	64
5.1.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	64
5.1.1.1 Alter	64
5.1.1.2 Familienstand / Zusammenleben mit Partner	64
5.1.1.3 Ausbildung	64
5.1.1.4 Berufstätigkeit / Rente	65
5.1.1.5 Einkommen	65
5.1.2 MEDIZINISCHE DATEN	65
5.1.2.1 Eingangsdagnose	65
5.1.2.2 Eingangsetting	66
5.1.2.3 Schwere der KHK	66
5.1.2.4. Risikofaktoren	67
5.2 AUFKLÄRUNG UND VORINFORMATION (INTERVIEW)	69
5.2.1 ERSTGESPRÄCH ÜBER REHABILITATION	69
5.2.2 INFORMATION ÜBER REHA	70
5.2.3 REHABILITATIONSZIELE	72
5.2.4 ENTSCHEIDUNG ÜBER REHA-TEILNAHME	72
5.3 ERWARTUNGEN AN DIE REHABILITATION	74
5.3.1 ITEMANALYSE	74
5.3.1.1 Itemschwierigkeiten und Trennschärfen	74
5.3.1.2 Ausprägung der Erwartungen auf Itemebene	74
5.3.2 DIMENSIONEN	77
5.3.3. RELIABILITÄT UND STATISTISCHE KENNWERTE DER ERWARTUNGSSKALEN	78
5.3.4 ERWARTUNGSSKALEN UND BASISDATEN	80
5.3.4.1 Rehabilitationserwartungen und soziodemographische Basisdaten	80
5.3.4.2 Rehabilitationserwartungen und medizinische Daten	81
5.3.5 EINFLUSS VON VORERFAHRUNG UND VORINFORMATION AUF DIE ERWARTUNGEN	82
5.4 PERSONALE WIRKFAKTOREN	83
5.4.1 ABHÄNGIGKEIT DER ERWARTUNGEN UND IHRER ERFÜLLUNG VOM KRANKHEITSKONZEPT	83
5.4.2 DEPRESSIVITÄT	83
5.4.3 COPING-STIL	84
5.5 ABLEHNUNGSGRÜNDE BEI NICHT-TEILNAHME	85
5.6 ERFÜLLUNG DER REHABILITATIONSERWARTUNGEN	86
5.6.1 AUSPRÄGUNG DER BEWERTUNGEN AUF ITEMEBENE	86

5.6.2 STATISTISCHE KENNWERTE DER SKALEN DES BEWERTUNGSFRAGEBOGENS	87
5.6.3 ERFÜLLUNG DER ERWARTUNGEN UND SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	89
5.6.4. EINFLUSS VON VORERFAHRUNG UND VORINFORMATION	89
5.7 DISKREPANZ VON ERWARTUNG (T1) UND BEWERTUNG (T2)	90
5.7.1 BILDUNG EINES INDEX FÜR DIE DISKREPANZ VON ERWARTUNG UND BEWERTUNG	90
5.7.2 DISKREPANZ ZWISCHEN ERWARTUNGEN UND BEWERTUNGEN	90
5.8 REHABILITATIONSOUTCOME	91
5.8.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DER REHABILITATION (T 2)	91
5.8.2 KLINISCHE EREIGNISSE	91
5.8.3 LEBENSZUFRIEDENHEIT	91
5.8.4 WIEDERAUFNAHME VON BERUFSTÄTIGKEIT UND HAUSARBEIT	92
5.8.5 LEBENSSTILÄNDERUNG: NIKOTINKARENZ, ERNÄHRUNGSUMSTELLUNG	92
5.9 ERWARTUNGEN UND ERFÜLLUNGSDISKREPANZ ALS PRÄDIKTOREN DES REHABILITATIONSERGEBNISSES	93
5.9.1 EINFLUSS AUF DIE ZUFRIEDENHEIT MIT DER REHABILITATION	93
5.9.2 EINFLUSS AUF DAS AUFTRETEN KLINISCHER EREIGNISSE IM JAHRESVERLAUF	94
5.9.3 EINFLUSS AUF DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN	94
5.9.4 EINFLUSS AUF DAS GESUNDHEITSV ERHALTEN DER PATIENTEN	95
5.9.5 EINFLUSS AUF DIE WIEDERAUFNAHME DER ERWERBSTÄTIGKEIT BZW. HAUSARBEIT	95
6. DISKUSSION	97
<hr/>	
6.1 DISKUSSION ZU REHABILITATIONSZUGANG UND TEILNAHME- ENTSCHEIDUNG	97
6.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZU AUFKLÄRUNG UND INFORMATION	101
6.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DES ERWARTUNGSFRAGEBOGENS	103
6.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DES BEWERTUNGSFRAGEBOGENS	108
6.5 EINFLUSS DER ERWARTUNGEN AUF DAS REHABILITATIONSERGEBNIS	109
6.6 DISKUSSION ZU DEN ERMITTELTEN GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN UNTERSCHIEDEN	112
6.7 VERGLEICH MIT DEN ERGEBNISSEN ANDERER ERWARTUNGSSTUDIEN	115
6.8 FAZIT UND AUSBLICK	119
6.9 BEWERTUNG DER METHODIK	123
6.9.1 STICHPROBE	123
6.9.2 ERHEBUNGSVERFAHREN	124
6.9.2.1 Interview	124
6.9.2.2 Fragebogen	124
6.9.3 VERLAUF DER UNTERSUCHUNG	125
7 ZUSAMMENFASSUNG	126
<hr/>	
8 LITERATURVERZEICHNIS	129
<hr/>	
ANHANG	142

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

ABBILDUNG 1 Zentrale Aspekte der Patientenperspektive im Verlauf der medizinischen Rehabilitation	21
ABBILDUNG 2 Eingangsdiagnose nach Geschlecht	65
ABBILDUNG 3 Eingangssetting nach Geschlecht	66
ABBILDUNG 4 Frühere Kur-/Reha-Erfahrung der Akutpatienten	72
ABBILDUNG 5 Screeplot – Faktorenanalyse	77
ABBILDUNG 6 Ausprägungen der Rehabilitationserwartungen (Skalen)	79
ABBILDUNG 7: Rehabilitationserwartungen und ihre Erfüllung im Rahmen der Maßnahme	88

VERZEICHNIS DER VERWENDETEN FRAGEBÖGEN

Fragebogen Erwartungen Pretest I	142/143
Fragebogen Erwartungen Pretest II	144-146
Fragebogenteil Erwartungen an die Rehabilitation Hauptuntersuchung (T1)	147/148
Leitfaden Interview Hauptuntersuchung (T1)	149/150
Informationsschreiben für Patienten	151
Fragebogenteil Ablehnungs- und Hinderungsgründe Hauptuntersuchung (T2)	152
Fragebogenteil Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme Hauptuntersuchung (T2)	153/154

VERZEICHNIS DER TABELLEN

TABELLE 1	Dimensionen des Erwartungsfragebogens mit Beispielitems	52
TABELLE 2	Stichprobe Pretest I	54
TABELLE 3	Ergebnisse des Erwartungsfragebogens Pretest I	155
TABELLE 4	Stichprobe Pretest II	55
TABELLE 5A	Ergebnisse des Erwartungsfragebogens Pretest II	156
TABELLE 5B	Ergebnisse des Erwartungsfragebogens Pretest II (Skala Rehabilitationsziele)	157
TABELLE 6	Perspektiven des Erwartungs- bzw. Bewertungsfrage- bogens	57
TABELLE 7A	Eigene Erhebungsinstrumente	60
TABELLE 7B	Aus dem Gesamtprojekt verwendete Erhebungs- instrumente und Merkmale	60
TABELLE 8	Darstellung der soziodemographischen Daten	158
TABELLE 9	Darstellung der medizinischen Basismerkmale	159
TABELLE 10	Berechnungsschema für den Index „Schwere der KHK“	160
TABELLE 11	Rehabilitationsempfehlung bei Akutpatienten	160
TABELLE 12	Informationsquelle zur Rehabilitation	161
TABELLE 13	Wichtige Rehabilitationsziele	161
TABELLE 14	Einflussgrößen bei der Entscheidung zur Rehabilitation	161
TABELLE 15	Schwierigkeiten und Trennschärfen der Erwartungsitems	162/163
TABELLE 16	Rangreihe der Erwartungen an die Rehabilitations- maßnahme bzw. -ziele	164/165
TABELLE 17	Einzelenerwartungen für den Bereich Beruf / Rente: Mittelwertunterschiede Berufstätige - Rentner	165
TABELLE 18	Geschlechtsspezifische Einzelenerwartungen; Mittelwertunterschiede auf Itemebene	75
TABELLE 19	Behandlungserwartungen und Geschlecht	166/167
TABELLE 20	Faktorenanalyse der Erwartungsitems	168

TABELLE 21	Statistische Kennwerte der Originalskalen des Erwartungsfragebogens	79
TABELLE 22A	Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter – Signifikanzen	80
TABELLE 22B	Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter – Mittelwerte und Standardabweichungen	169/170
TABELLE 23	Korrelation der Erwartungsskalen mit dem Einkommen der Patienten	170
TABELLE 24	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach „Schulbildung“	171
TABELLE 25	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Erwerbsstatus vor dem koronaren Erstereignis	171
TABELLE 26	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Zusammenleben mit Partner	172
TABELLE 27	Abhängigkeit der Erwartungsskalen von der Eingangsdiagnose	172
TABELLE 28	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Eingangssetting zu T1	173
TABELLE 29	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Schwere der Koronaren Herzerkrankung	173
TABELLE 30	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Vorerfahrung aus früheren Kur- bzw. Reha-Aufenthalten	174
TABELLE 31	Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Vorinformation (Akutpatienten)	174
TABELLE 32	Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen	175
TABELLE 33	Psychischer Status der Patienten zu T1 anhand der Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90-R	175
TABELLE 34	Korrelation der Erwartungsskalen mit den Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90-R	175
TABELLE 35	Strategien der Patienten zur Krankheitsbewältigung. Ergebnisse des FKV zum Zeitpunkt T2	176
TABELLE 36	Korrelation der Erwartungsskalen mit den Coping-Skalen des FKV	176
TABELLE 37A	Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme: Rangreihe der Erfüllung von Rehabilitationserwartungen	177
TABELLE 37B	Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme: Rangreihe der Erfüllung von Rehabilitationszielen	178

TABELLE 38 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme auf Itemebene	86
TABELLE 39 Erfüllung der Rehabilitationserwartungen und Geschlecht	179/180
TABELLE 40 Statistische Kennwerte der Originalskalen des Bewertungsfragebogens	87
TABELLE 41 Varianzanalyse der Erfüllungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter	181/182
TABELLE 42 Kombinationen von Rehabilitationserwartungen und ihrer Erfüllung bei korrespondierenden Items des Erwartungs- und Bewertungsfragebogens	183/184
TABELLE 43 Mittelwertunterschiede für die Diskrepanz zwischen Erwartungs- und Erfüllungsskalen nach „Geschlecht“	185
TABELLE 44 Rehabilitationsoutcome zu T3: Klinische Ereignisse im Jahresverlauf	185
TABELLE 45 Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression auf Zufriedenheit mit der Rehabilitation	186
TABELLE 46 Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression auf Klinische Ereignisse im Jahresverlauf	186
TABELLE 47 Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression auf Lebenszufriedenheit zu T3	187
TABELLE 48 Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression auf Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu T3	187

1 Einleitung

1.1 Erwartungen an die kardiologische Rehabilitation

Der positive Einfluss von kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen auf die Prognose und psychosoziale Situation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung ist unbestritten (Dusseldorp et al., 1999; Jolliffe et al., 2003). Zur Durchführung dieser Maßnahmen besteht in Deutschland ein (im internationalen Vergleich) besonders gut strukturiertes Rehabilitationssystem (Petermann und Koch, 1998), das in mancher Hinsicht Vorreiterfunktion für Rehabilitationsmaßnahmen anderer Indikationsgebiete hat (vgl. Franz, 1996). Wird auch der Nutzen der kardiologischen Rehabilitation nicht generell angezweifelt, so ist sie dennoch ebenso wie die gesamte medizinische Rehabilitation in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Knappheit öffentlicher Finanzen immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik. Neben politischen Interventionen zur Kostendämpfung wurden durch die Rentenversicherungsträger Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen, die auch neue Erfordernisse wie die Analyse von Rehabilitationsbedarf und –zugang einschließen. Zugleich wird als wesentliches Kriterium für die Prozess- und Ergebnisqualität zunehmend die Perspektive des Patienten herangezogen. In diesem Kontext werden gerade in der kardiologischen Rehabilitation geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme und im Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne einer Unterversorgung von Frauen thematisiert (VDR, 1992).

Aus der Verknüpfung dieser beiden Aspekte entstand die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Mit der Erfassung der Rehabilitationserwartungen von Frauen und Männern soll zum einen die Patientenperspektive beleuchtet und zum anderen ihr möglicher Einfluss auf Rehabilitationszugang und –erfolg geprüft werden.

Für andere Rehabilitationsindikationen, vor allem im orthopädischen, onkologischen und psychosomatischen Bereich, wurden bereits in verschiedenen Studien Behandlungserwartungen von Patienten untersucht und für die Erfassung geeignete Messinstrumente erprobt (z. B. Nübling, 1992; Peters & Löwenberg, 1993; Kruschke et al. 1996 a/b; Deck et al. 1998b). Hierbei wurde in einigen Untersuchungen eine Kluft zwischen den Behandlungserwartungen der Patienten einerseits und den Zielen und Konzepten der Kostenträger bzw. Rehabilitationskliniken andererseits deutlich. Da die Erwartungshaltung der Patienten jedoch Einfluss auf ihre Mitarbeit, ihre Zufriedenheit und damit auf den Therapieerfolg hat, stellen zum Rehabilitationskonzept inkongruente Behandlungserwartungen den Rehabilitationserfolg erheblich in Frage (vgl. Wirth, 1995).

Wegen der Relevanz der Patientenperspektive für das Erreichen der Rehabilitationsziele scheint es auch für die kardiologische Rehabilitation erforderlich, sich mit der Motivation und den Erwartungen der Patienten auseinander zu setzen. Dies gilt in besonderem Maße für die Rehabilitation der koronaren Herzerkrankung, die im Rahmen der Sekundärprävention eine dauerhafte Lebensstiländerung und „adherence“ im Sinne einer langfristigen Umsetzung der Therapie durch die Patienten erfordert.

Mit der vorliegenden Arbeit soll ein weiterer Schritt in diese Richtung getan werden.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt im Literaturüberblick (Kapitel 2) mit einer kurzen Darstellung der kardiologischen Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede und Besonderheiten. Zum Verständnis der gegenwärtigen Situation ist dafür zunächst eine kurze Beschreibung der geschichtlichen Entwicklung notwendig. Nachfolgend wird auf neuere Konzepte und Therapieansätze in der kardiologischen Rehabilitation eingegangen. Dieser Teil der Literaturübersicht spiegelt den Stand der Veröffentlichungen und die Situation medizinischer Rehabilitation vor Beginn der Untersuchung im Jahr 1998 wider und wurde bis zur Fertigstellung der Arbeit nicht mehr in allen Teilen aktualisiert.

Anschließend werden die bisher aus unterschiedlichen Indikationsgebieten vorliegenden Studien, die sich mit Erwartungen von Patienten an die Rehabilitation oder mit der Entwicklung hierzu geeigneter Messinstrumente beschäftigen, beschrieben.

Im empirischen Teil werden dann die Ziele und Fragestellungen (Kapitel 3) der Arbeit vorgestellt. Hierbei interessiert, welche Erwartungen Akutpatienten an die kardiologische Rehabilitation haben, ob hinsichtlich dieser Erwartungen geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen und ob ein Einfluss auf Rehabilitationsteilnahme und Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme vorliegt.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des vom NVRF geförderten Forschungsprojektes „Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern“ (Förderer: BMBF; Förderkennzeichen 01GD9809 / Projektleiter: Dr. Oskar Mittag) erstellt. Hierbei wurden 310 Patienten (104 Frauen und 206 Männer) nach einem koronaren Erstereignis (Myokardinfarkt, PTCA oder ACVB-Op) nach ihren Erwartungen an eine kardiologische Rehabilitationsmaßnahme befragt. In Kapitel 4 werden die Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung von Patientenerwartungen und die Durchführung der Datenerhebung beschrieben sowie die weiteren für die vorliegende Arbeit relevanten Instrumente vorgestellt.

Im nachfolgenden Ergebnisteil (Kapitel 5) werden zunächst die Patientenangaben zu Teilnahmeentscheidung und Vorinformation statistisch untersucht. Es folgt die Überprüfung der Erwartungsausprägungen auf Itemebene sowie die Bildung von Erwartungsskalen mittels Faktorenanalyse. Für die neu gebildeten Skalen werden die statistischen Kennwerte ermittelt und Zusammenhänge mit (soziodemographischen und krankheitsbezogenen) Basisdaten, Interviewdaten und personalen Wirkfaktoren untersucht. Anschließend werden die Daten des Bewertungsfragebogens über die Erfüllung der Rehabilitationserwartungen in gleicher Weise analysiert und auf mögliche Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten, Vorerfahrung und Vorinformation der Patienten hin überprüft. Das Ausmaß der Diskrepanz zwischen den Erwartungen vor der Rehabilitation und ihrer Erfüllung während der Reha-Maßnahme wird ermittelt und abschließend der Einfluss der Erwartungen und ihrer Erfüllung auf verschiedene Outcome-Variablen geprüft. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt dabei jeweils sowohl für die Gesamtgruppe als auch getrennt für Frauen und Männer.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden anschließend in der Diskussion (Kapitel 6) vor dem Hintergrund der bisher vorliegenden Literatur erörtert. Neben der Gesamtbewertung der Ergebnisse wird dabei auf die praktische Bedeutung für die kardiologische Rehabilitation sowie eventuelle Umsetzungsmöglichkeiten eingegangen.

Da im hier verwendeten Erwartungsfragebogen die Skalen *Wohlbefinden / Erholung*, *Krankheitsbewältigung* und *Rente / Beruf* des von Deck et al. (1998b) entwickelten Instrumentes übernommen wurden, soll ein weiterer Schwerpunkt auf dem Vergleich der korrespondierenden Ergebnisse und auf der Interpretation möglicher Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen liegen.

Die Diskussion schließt mit einer kritischen Bewertung der verwendeten Methoden und geht auf die aufgetretenen methodischen und inhaltlichen Einschränkungen ein.

Beendet wird die Arbeit mit einem zusammenfassenden Überblick (Kapitel 7) über die berichteten Ergebnisse und ihre Bewertung in der Diskussion.

Vorbemerkung:

Auch wenn ein Schwerpunkt der Arbeit auf der Untersuchung von geschlechtsspezifischen Unterschieden liegt, wird aus Gründen der Vereinfachung im allgemeinen die maskuline Form verwendet und auf getrennte männliche bzw. weibliche Endungen verzichtet. Wenn also im Folgenden von dem oder den „Patienten“ die Rede ist, sind damit sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint. In der Regel wird dort, wo geschlechtsspezifische Unterschiede herausgearbeitet werden sollen, die deutliche Unterscheidung durch die Begriffe „Frauen“ und „Männer“ vorgezogen.

2 Literaturüberblick und aktueller Stand der Forschung

2.1 Rehabilitation

2.1.1 Rehabilitationsmedizin in Deutschland

2.1.1.1 Begriffsdefinition Rehabilitation

Nähert man sich der Definition des Begriffes „Rehabilitation“ mit einer Übersetzung aus dem Lateinischen, so bedeutet das Substantiv „habilitas“ soviel wie „*geschickte Anlage*“, das lateinische Verb „habilitare“ würde man mit „*geeignet, fähig machen*“ übersetzen. Nach Jochheim (1996) wurde der Begriff erstmals 1439 im Generalkapitel des Zisterzienserordens erwähnt und beschrieb die „*Wiedereinsetzung in volle Rechtsstellung innerhalb der Gemeinschaft*“. Laut Duden (Duden, 2001a) handelt es sich bei dem Wort „rehabilitieren“ etymologisch um eine Neubildung aus dem 16. Jahrhundert. Das Verb wurde unter dem Einfluss des französischen Wortes „rehabilit  r“ aus dem Wort „rehabilitare“ als „*in den früheren Stand einsetzen*“ abgeleitet. Obwohl die Tradition von rehabilitativen Maßnahmen bis in die Antike zurück reicht, erlangt der Begriff „Rehabilitation“ als medizinischer Terminus erst eine Bedeutung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (vgl. v. Engelhardt, 1990). Für den heutigen Sprachgebrauch definiert der Duden (2001b) Rehabilitation als „*(Wieder-)Eingliederung eines Kranken, körperlich oder geistig Behinderten in das berufliche und gesellschaftliche Leben*“.

Eine einheitliches Verständnis des Begriffes Rehabilitation liegt jedoch auch bis heute nicht vor. Budde sah 1984 den Hauptgrund für die Vielzahl der unterschiedlichen Begriffsbestimmungen in der raschen Entwicklung und Ausweitung des Rehabilitationsansatzes. Zudem wird die Definition des Rehabilitationsbegriffes jeweils geprägt von den unterschiedlichen Zielsetzungen und Gewichtungen der definierenden Institutionen.

Während der Gesetzgeber bzw. die Rentenversicherungen die „*Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben*“ (VDR, 1992) als wesentlichen Aspekt der Rehabilitation hervorheben, legte die WHO bereits 1980 eine umfassendere Definition vor:

„Rehabilitation umfaßt alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluß von Bedingungen die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten oder benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte oder benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern.“ (nach Haupt & Delbrück, 1996)

Diese Definition nimmt Bezug auf das Krankheitsfolgenkonzept der WHO, in dem zwischen der gesundheitlichen Schädigung (*Impairments*), den damit verbundenen Funktionseinschränkungen (*Disabilities*) und der sich daraus ergebenden Benachteiligung im alltäglichen Leben (*Handicaps*) unterschieden wird (vgl. VDR, 1992; Schliehe & Müller, 1996). Die Vorgaben zu den Begriffen „Rehabilitation“ und „Behinderung“ wurden 1997 in der ICDH-2 von der WHO neu formuliert. In dieser Klassifikation wurde der Schwerpunkt nun auf die Aspekte „körperliche Integrität“ (*functioning*), „Leistungsbild“ (*activity*) und auf die Möglichkeit der „Teilhabe und Eingliederung“ (*participation*) gelegt und versucht, alle diskriminierenden oder stigmatisierenden Begriffe zu vermeiden (Seidel, 1999).

Die Weiterentwicklung der ICDH-2 wurde unter dem Titel International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) im Mai 2001 von der WHO verabschiedet. Sie soll länder- und fachübergreifend zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung und der relevanten Umgebungsfaktoren dienen (DÄB, 2004).

In Deutschland hatte dieses neue Verständnis von Rehabilitation auch Einfluss auf die sozialpolitische Gesetzgebung der letzten Jahre. Im Sozialgesetzbuch IX (Lachwitz et al., 2001) wird durch eine neue Definition von Behinderung das vormals rein medizinische Modell durch ein bio-psycho-soziales Modell ersetzt. Als Ziele von Rehabilitation werden hiermit die gleichberechtigte Teilhabe am Leben und die Selbstbestimmung des Patienten gesetzlich verankert. Entgegen früheren Vorstellungen wird nun Rehabilitation auch vom Gesetzgeber nicht mehr als abgeschlossener Sektor des Gesundheitswesens oder als Phase des Behandlungsprozesses aufgefasst, sondern als Form der Zielbestimmung. Insofern ist medizinische Rehabilitation nun nicht mehr nur reine Nachsorge, sondern gleichermaßen Prävention und Akutversorgung (vgl. Welti, 2003; Welti & Raspe, 2004).

Die Bedeutung des Begriffes „Rehabilitation“ hat sich also über die Jahre hinweg erheblich gewandelt, weitgehende Einigkeit besteht bei den unterschiedlichen Definitionsansätzen jedoch im interdisziplinären Charakter und der *„Notwendigkeit, Rehabilitation als komplexen, flexiblen, kontinuierlichen und umfassenden Prozeß zu verstehen“* (Budde, 1984).

2.1.1.2 Entwicklung der Rehabilitationsmedizin in Deutschland

Die medizinische Rehabilitation stellt in Deutschland neben der ambulanten Krankenversorgung und der stationären Akutbehandlung im Krankenhaus einen dritten eigenständigen Bereich des medizinischen Versorgungssystems dar (vgl. Schliehe & Müller, 1996; Kolenda, 1997).

Erste Ursprünge der Rehabilitationsmedizin liegen in der Entwicklung der Sozialversicherungen im Rahmen der Sozialgesetzgebung des Deutschen Reiches. Hierzu gehörten die Gründung der Krankenversicherung (1883), der Unfallversicherung (1884) sowie der Invaliditäts- und Altersversicherung (1889). Damals wurde der neu gegründeten Rentenversicherung die Aufgabe der Rehabilitation der Erwerbstätigen übertragen. Sie sollte die medizinischen Leistungen zur Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit erbringen und übernahm damit einen Teil der gesundheitspolitischen Verantwortung (vgl. Schwager, 1996).

Die Durchführung dieser Maßnahmen erfolgte stationär in meist rentenversicherungseigenen Kliniken, die oft an Orten mit „klassischer Kurtradition“ des Heil- und Bäderwesens vergangener Jahrhunderte entstanden. Seit Beginn dieser Entwicklung hat sich das Krankheitsspektrum erheblich gewandelt. Während früher Akut- und vor allem Infektionskrankheiten, wie z. B. die Tuberkulose vorherrschten, bestimmen heute chronische Erkrankungen das Wesen der Rehabilitationsmedizin (vgl. Bodenbender, 1996; Kolenda, 1997).

Ein neuer Schwerpunkt entstand 1957 durch das Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetz, das nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ die Durchführung von Maßnahmen bereits bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit regelte (vgl. Schwager, 1996).

Mit der Verabschiedung des *„Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“* (Reha-Angleichungsgesetz, 1974) wurde sowohl formal als

auch inhaltlich ein Wandel vollzogen. Durch die Einbeziehung auch nicht rentenversicherter Personen diente Rehabilitation seit diesem Zeitpunkt nicht mehr nur allein der Vermeidung von Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, sondern wurde in der neuen Konzeptualisierung als Wiedereingliederung chronisch Kranker in das gesellschaftliche Leben verstanden. In dem Gesetz wurde die Trägerschaft für die medizinische Rehabilitation auf weitere Leistungsträger ausgedehnt, so dass seither z. B. auch Hausfrauen und Rentner Zugang zur medizinischen Rehabilitation haben. Als verantwortliche Sozialleistungsträger kommen hierfür neben der Rentenversicherung nun auch Kranken- und Unfallversicherungen, Kriegsopferversorgung sowie die Bundesanstalt für Arbeit und die Sozialhilfe in unterschiedlicher Gewichtung in Frage (vgl. Seidel, 1999). Dieser Wandel führte zu einem erheblichen Anstieg von Rehabilitationsleistungen.

Die geschichtliche Entwicklung bedingte eine zergliedertes und daher oft unübersichtliches Rehabilitationssystem von Trägern und Zuständigkeiten; Regelungen zur Rehabilitation finden sich in unterschiedlichen Gesetzestexten, seit 1974 z. B. in verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuches, dem Bundessozialhilfegesetz, dem Arbeitsförderungsgesetz, dem Bundesverordnungsrecht und der Reichsversicherungsordnung. Trotz der anerkannten Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland wurde in der Öffentlichkeit in den letzten Jahrzehnten zunehmend Kritik am System der medizinischen Rehabilitation in Deutschland laut. Beanstandet wurden dabei zum Beispiel

- die mangelnde Abstimmung zwischen Bedarf an bzw. Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen,
 - die Zergliederung des Rehabilitationssystems in verschiedene Zuständigkeiten und die dadurch bedingte mangelnde Kooperation zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern,
 - die oft ungenügende Kontinuität der medizinischen Versorgung durch Schnittstellenprobleme zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin einerseits und medizinischer und beruflicher Rehabilitation andererseits,
 - die fehlenden Erfolgsnachweise für verschiedene Rehabilitationsarten.
- (vgl. Deck, 1999a).

Daher wurde vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eine „Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (1989-1992) eingesetzt, um eine kritische Bestandsaufnahme durchzuführen, strukturelle Defizite zu analysieren und Empfehlungen und Leitlinien für die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland zu erarbeiten. Zudem sollte ein Beitrag für Richtungsentscheidungen zur Reform des Rehabilitationsrechts im neuen SGB IX geleistet werden (vgl. VDR, 1992). Als Ergebnis der Kommissionsarbeit wurde ein umfangreicher Katalog vorgelegt, der neben Rahmenkonzepten für die rehabilitative Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder auch Vorschläge für die Minderung von Zugangshemmnissen sowie die Optimierung und Flexibilisierung des Rehabilitationsverfahrens beinhaltete (VDR, 1992; Deck, 1999a). Für besondere Personengruppen wurden dabei spezielle Aufgabenstellungen beschrieben. Hier wurde von der Kommission explizit die Gruppe der Frauen genannt, für die sie in einigen Indikationsbereichen, z. B. der Anschlussheilbehandlung nach Herzinfarkt, eine „deutliche Unterinanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber Männern festgestellt“ hatte. Die Reha-Kommission empfahl daher eine genauere Untersuchung möglicher

Zugangsbarrieren und die Entwicklung bedürfnisgerechter Konzepte für Frauen (VDR, 1992).

Zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Kommissionsempfehlungen wurde 1994 von den Rentenversicherungsträgern ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm beschlossen, in dem Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als verschiedene Qualitätsebenen berücksichtigt werden. Als wesentlicher Punkt der Ergebnisqualität wird dabei nun auch die Sicht der Patienten hinzugezogen. Damit rückt auch die Erfassung der Erwartungen von Patienten und ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitation ins Blickfeld (Schliehe & Müller, 1996).

Die so von den Rentenversicherungen eingeleitete umfassende konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems spiegelt sich auch in den sozialpolitischen Entwicklungen der letzten Jahre wider. Im neuen Sozialgesetzbuch IX wird Rehabilitation, wie bereits beschrieben, im wesentlichen über ihre Ziele gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung definiert.

Mittlerweile existieren in Deutschland ca. 1.400 Rehabilitationskliniken, sowohl in öffentlicher als auch in privater Trägerschaft. Im Jahr 2001 wurden in diesen Kliniken Maßnahmen für knapp unter 2,1 Millionen Menschen durchgeführt (gbe, 2004). Das Indikationsspektrum umfasst dabei vor allem chronische Erkrankungen, wie Skelett- und Muskelerkrankungen (41,4%), besonders degenerativ-rheumatischer Art. Zahlenmäßig bedeutsam sind weiterhin Rehabilitationsmaßnahmen wegen Herz-Kreislaufkrankungen (15,3%), psychiatrischen Erkrankungen (10,5%) und onkologischen Indikationen (7,6%) (Statistisches Bundesamt, 1998).

Allerdings unterlag die Zahl der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren erheblichen Schwankungen. Während zwischen 1980 und 1992 der Anteil der Ausgaben für die Rehabilitation bezogen auf die gesamten Gesundheitsausgaben nur gering anstieg (von 3,6% auf 3,7%) wuchs er in den nachfolgenden zwei Jahren von 1992 bis 1994 um fast 4% . Diese Steigerungsraten wurden vor allem mit dem kontinuierlichen Aufbau einer den westdeutschen Ländern vergleichbaren rehabilitativen Versorgung in Ostdeutschland sowie mit dem zunehmenden Anteil älterer Versicherter erklärt. Vor dem Hintergrund dieser Ausgabensteigerung wurden von den Renten- und Krankenversicherungen Maßnahmen wie die Budgetierung der Rehabilitationsausgaben, die Verkürzung der Rehabilitationsdauer von vier auf drei Wochen, die Verlängerung des Wiederholungsintervalls und eine Erhöhung der Zuzahlung ergriffen (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 9/96, Beitragsentlastungsgesetz 11/96), die Anfang 1997 in Kraft traten. Diese finanziellen Einschnitte führten zu einem erheblichen Rückgang von Rehabilitationsanträgen um bis zu 40%. Inwieweit dies jedoch durch eine veränderte Inanspruchnahme seitens der Versicherten zu erklären ist, bleibt offen (vgl. Statistisches Bundesamt, 1998).

2.1.1.3 Abgrenzung von „Rehabilitation“ und „Kur“

Das Fehlen einer einheitlichen Definition des Begriffes „Rehabilitation“ führt dazu, dass im allgemeinen Sprachgebrauch und in der öffentlichen Diskussion „Rehabilitation“ und „Kur“ nicht ausreichend differenziert werden. Kurmaßnahmen existieren schon in Jahrhunderte alter Tradition. Sie sollen nach Haupt und Delbrück (1996) eine Förderung der Gesundheit durch

ortsgebundene Heilmittel erreichen, sind also im wesentlichen präventiv ausgerichtet. Mit der modernen Rehabilitationsmedizin haben sie deshalb nur geringe Berührungspunkte. Im Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung wurde 1992 von der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger folgender Abgrenzungsversuch unternommen:

„Bei Kuren steht die Anwendung von ortsgebundenen Heilmitteln wie Quellen, Salinen, Höhen- oder Meeresanlagen, Sonneneinstrahlung und guter Luft im Vordergrund. Vom Ziel her betrachtet steht bei Kuren die Stärkung der Gesundheit durch unspezifische Reize im Mittelpunkt. Bei der medizinischen Rehabilitation finden zwar auch ortsgebundene Heilmittel Anwendung. Im Zentrum steht aber die gezielte diagnostische und therapeutische Arbeit an den Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag sowie die Motivation zur aktiven Krankheitsbewältigung und der Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewußtseins.“ (nach Buschmann-Steinhage, 1996)

Die hier definierten klaren inhaltlichen und konzeptuellen Unterschiede zwischen Kur- und Rehabilitationsmedizin konnten sich jedoch bisher im Verständnis der Öffentlichkeit nicht ausreichend durchsetzen. Die Ursache hierfür sieht Wirth (1990) darin, dass sich die Rehabilitationskliniken aufgrund einer entsprechenden Infrastruktur in ehemaligen Kursanatorien bzw. an Kurstandorten entwickelten. Er vermutet, dass auch von Seiten der Rehabilitationsanbieter einer solchen Verwechslung, z. B. durch das Prospektmaterial oder das hotelähnliche Ambiente einiger Rehabilitationskliniken, eher Vorschub geleistet wird (Wirth, 1995). Kommen die Patienten jedoch mit einer Erwartungshaltung an Erholung und passiv ausgerichtete Kurmaßnahmen in die Rehabilitation, die den Patienten als aktiven Partner fordert, scheint ein Misserfolg vorprogrammiert. Wirth (1995) fordert daher neben vermehrter öffentlicher Aufklärung eine eindeutigere Trennung zwischen Kur- und Rehabilitationsmedizin.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die medizinische Rehabilitation in Deutschland seit den fünfziger Jahren zu einer wichtigen Stütze des Gesundheitssystems entwickelt hat, deren Schwerpunkt in der Behandlung von chronisch Kranken und ihrer Befähigung zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung liegt. Trotz der öffentlichen Kritik kann die medizinische Rehabilitation in Deutschland im internationalen Vergleich als quantitativ und qualitativ hochwertiges Versorgungssystem betrachtet werden (Petermann & Koch, 1998). Die Analyse von Defiziten des Rehabilitationssystems hat in den letzten Jahren zur Einleitung struktureller, organisatorischer und konzeptioneller Veränderungen geführt. Hierbei wird ein neuer Schwerpunkt auf die Sichtweise des Patienten und seine Erwartungen und Erfahrungen mit Rehabilitation gesetzt. Unter anderem sollen dabei auch die Bedürfnisse einzelner Personengruppen (z. B. der Frauen) vermehrt Berücksichtigung finden. Diesen beiden Aspekten soll in der vorliegenden Arbeit durch die vergleichende Analyse der Erwartungen von Frauen und Männern an die kardiologische Rehabilitation Rechnung getragen werden.

2.1.2 Rehabilitation bei Koronarer Herzkrankheit

Auch auf die kardiologische Rehabilitation in Deutschland hatten die medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre erheblichen Einfluss.

Franz (1996) schreibt ihr durch die Entwicklung von Modellen und Qualitätsstandards sogar eine Vorreiterstellung für die gesamte medizinische Rehabilitation zu. Daher soll im Folgenden kurz auf die Entwicklung und die Konzepte der kardiologischen Rehabilitation eingegangen werden.

2.1.2.1 Entwicklungen in der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit

Die Entwicklung der kardiologischen Rehabilitation ist eng mit dem Fortschritt in der medizinischen Behandlung der Koronaren Herzkrankheit verknüpft.

Dies soll im Folgenden am Beispiel der „Frühmobilisation“ nach Myokardinfarkt verdeutlicht werden.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde zur „Heilung“ des geschädigten Myokards ein Zeitraum von mehr als sechs Wochen als notwendig erachtet.

Damals sah die Behandlung der Patienten nach Herzinfarkt die Vermeidung jeglicher körperlicher Anstrengung und eine strikte Bettruhe über sechs bis acht Wochen vor. Erst 1952 propagierten Lown und Levine das sogenannte „armchair treatment“. Nach diesem Konzept durfte der Patient ca. eine Woche nach dem Infarktgeschehen ein bis zwei Stunden täglich im Sessel sitzen, um der zunehmenden Inaktivierung des Kreislaufes, dem vermehrten Muskelabbau und einem erhöhten Thromboserisiko bei der bis dahin vorherrschenden Therapie entgegenzuwirken. Zudem wurde durch die zügigere Mobilisation der Patienten auch deren psychische Traumatisierung vermindert. Da man schnell erkannte, dass bei dieser Vorgehensweise weniger Komplikationen auftraten und die neue Behandlungsmethode einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nach Herzinfarkt hatte, wurde die Frühmobilisation der Patienten ab den 60er Jahren zunehmend akzeptiert und schon bald zum anerkannten Standard (vgl. Denolin, 1986; Grande et al., 1998). Seither wurde in zahlreichen Studien untersucht, ab welchem Zeitpunkt Frühmobilisation günstig erscheint und inwiefern sich körperliches Training positiv auf Myokardfunktion, körperliche Kondition und Lebensqualität auswirkt.

Seit Beginn dieser Entwicklung wurde die Immobilisationsphase der Patienten stetig verkürzt, so dass heute bereits am 2. bis 3. Tag nach dem Akutereignis Sitzen und leichte Bewegung im Zimmer erlaubt sind. In Deutschland wird z. Zt. die Entlassung des Patienten aus dem Akutkrankenhaus beim Fehlen von Kontraindikationen nach sieben bis zehn Tagen angestrebt. Die Dauer der Akutversorgung zeigt jedoch im internationalen Vergleich eine erhebliche Spannweite. Während die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer nach einem Herzinfarkt in Deutschland 14 Tage beträgt, werden Patienten nach Myokardinfarkt in den USA bereits nach 2-5 Tagen (mittlere Aufenthaltsdauer 4,3 Tage) aus der Klinik entlassen. Diese Unterschiede in der Akutversorgung haben direkte Auswirkungen auf Dauer, Durchführung sowie Ziele und Inhalte der Rehabilitationsmaßnahmen in den verschiedenen Ländern (Grande & Badura, 2001).

2.1.2.2 Konzepte zur kardiologischen Rehabilitation

Bereits 1969 formulierte die WHO ein sehr umfassendes Verständnis von kardiologischer Rehabilitation: *„Cardiac rehabilitation is the sum of activities required to ensure patients best possible physical, mental and social conditions so that they may, by their efforts, resume as normal a place as possible in the life of the community.“* (nach WHO, 1993).

Dennoch lag der Schwerpunkt der Rehabilitation nach Myokardinfarkt noch lange Zeit vorwiegend auf der Bewegungstherapie und dem körperlichen Training.

Erst seit den 80er Jahren wurde in der Praxis zunehmend eine ganzheitliche Ausrichtung der Rehabilitationsprogramme favorisiert. Unter dem Begriff „comprehensive cardiac rehabilitation“ wird nun allgemein ein Konzept verfolgt, das neben reiner Bewegungstherapie auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Sozialberatung, Gesundheitsbildung und Diätetik beinhaltet (Halhuber, 1992; WHO, 1993).

Eine 1993 von der WHO vorgeschlagene Definition folgt schließlich auch einem bio-psycho-sozialen Modell, das zudem die Sekundärprävention als wesentlichen Bestandteil in die kardiologische Rehabilitation integriert:

„The rehabilitation of the cardiac patient is the sum of activities required to influence favourably the underlying cause of the disease, as well as to ensure the patients the best possible physical, mental and social conditions so that they may, by their own efforts, preserve, or resume when lost, as normal a place as possible in the life of the community. Rehabilitation cannot be regarded as an isolated form of therapy, but must be integrated with the whole treatment, of which it forms only one facet.“ (WHO, 1993).

Auch für die kardiologische Rehabilitation in Deutschland wurden von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) zunächst nur Standards für den Bereich der medizinischen Funktionsdiagnostik herausgegeben, während Komponenten wie Gesundheitsbildung und psychosoziale Maßnahmen nur als allgemein empfehlenswert betrachtet wurden (Weidemann et al., 1991). Erst in den letzten Jahren wurden in Deutschland Behandlungsstandards erarbeitet, die soziale, psychologische und gesundheitsbildende Maßnahmen ebenfalls einbeziehen (vgl. Karoff, 1999; DGPR, 2000a-c; DGPR, 2002).

Grande et al. (1998) kritisieren, dass die derzeitige Ausrichtung der kardiologischen Rehabilitation (in Deutschland) immer noch zu „medizinlastig“ sei und damit nicht den Vorgaben der WHO entspricht. Zudem werden die Vorgaben der deutschen Sozialgesetzgebung nicht erfüllt, nach denen z. B. Gesundheitsbildung absolut gleichrangig neben anderen Maßnahmen stehen soll. Auf die überwiegend medizinische Ausrichtung der Konzepte wird auch von Schott (1996) hingewiesen. Für ihn belegt die Tatsache, dass kardiologische Rehabilitationskliniken in Deutschland überwiegend apparativ wie Akutkliniken ausgestattet bzw. an Akutbereiche angegliedert sind, die Vorrangstellung medizinischer Maßnahmen. Er erklärt dies durch die geschichtliche Entwicklung von Rehabilitationskliniken auf dem Boden von Lungensanatorien in Deutschland.

Grande et al. (1998) bieten für die Dominanz des „biomedizinischen Modells“ zusätzlich folgenden Erklärungsansatz: Vor allem Akutkardiologie und Kardiochirurgie waren in ihrer Entwicklung während des letzten Jahrhunderts

von der zunehmenden Übernahme „mechanistisch-naturwissenschaftlicher“ Modelle in die Klinische Medizin betroffen und orientierten ihre Behandlung überwiegend an somatischen Aspekten. Dies hatte zwangsläufig Auswirkungen auf die kardiologische Rehabilitation. Die Entwicklung mechanischer Therapieansätze wie der Ballondilatation oder Bypass-Chirurgie ist zwar besonders wertvoll, um akut bedrohliche Situationen zu entschärfen, die der Krankheit Arteriosklerose zu Grunde liegenden Ursachen können so jedoch nicht bekämpft werden (vgl. Benesch, 1996).

Der Kritik an einer zu einseitig medizinisch ausgerichteten Rehabilitation setzen andere Autoren die Notwendigkeit eines ausgedehnten diagnostischen Instrumentariums in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik entgegen. Franz (1996) weist darauf hin, dass es gerade Aufgabe der Rehabilitation sei, in der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung, die Ergebnisse der verschiedenen diagnostischen Maßnahmen zusammenzuführen. Ein bestimmter apparativer Standard und eine klinikähnliche Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtungen scheint daher notwendig, zumal Herzerkrankte in bestimmten Situationen potentiell lebensgefährdet sind. Als weiteres Argument führt Franz (1996) an, dass Ausmaß und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen im Vorfeld der Rehabilitation oftmals nicht ausreichend abgeklärt wurden. So war z. B. im Rahmen einer von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Prävention und Rehabilitation (jetzt: DGPR) durchgeführten Umfrage in mehr als einem Viertel der Fälle kein Belastungs-EKG oder Echokardiogramm vor Verlegung in die Rehabilitationsklinik durchgeführt worden (Weidemann, 1990). Ähnliche Zahlen sind, besonders in Anbetracht der immer kürzeren Verweilzeiten der Patienten in den Akutkliniken, auch sicher heute noch zu finden.

Andererseits sehen einige Autoren (vgl. Benesch, 1996; Grande et al., 1998) ebenfalls Risiken in der überwiegend medizinischen Ausrichtung der Rehabilitation. Sie schreiben ihr einen ungünstigen Einfluss auf die Sichtweise der Patienten und auf ihre Motivation zu Sekundärprävention und Lebensstiländerung zu. Als Beispiel hierfür zitiert Grande (1998) die Ergebnisse einer 1998 von Jordan durchgeführten Untersuchung, bei der Patienten nach einer PTCA von großer „Technikgläubigkeit“ geprägt waren und keinen Anlass zu eigenen Aktivitäten sahen.

Der Schwerpunkt der Rehabilitation bei chronisch Kranken, und vor allem bei Patienten mit KHK, liegt jedoch in langfristigen Veränderungen. Gefordert ist dabei die Eigeninitiative der Patienten und ihre Bereitschaft, sich aktiv während und nach der Rehabilitationsmaßnahme mit ihrem Gesundheitsverhalten auseinander zu setzen. An diesem Punkt gilt es, die konzeptuelle Ausrichtung der kardiologischen Rehabilitation und die Sichtweise und Motivation der Patienten aufeinander abzustimmen.

Darüber hinaus gibt es ausreichende Belege dafür, dass Maßnahmen zur Sekundärprävention und eine Änderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils die Prognose der KHK verbessern. Bereits 1988 kommen Oldridge et al. nach einer Metaanalyse von 10 Interventionsstudien zu dem Schluss, dass dauerhafte Bewegungstherapie die Überlebenschancen von jungen, männlichen Infarktpatienten steigert, vor allem dann, wenn die Dauer des Trainings mehr als 52 Wochen umfasste. 1992 analysierten Ornish et al. (1992) den Einfluss einer weitreichenden Lebensstiländerung auf die Progredienz der Koronarsklerose. Hierbei ermittelte er nach Durchführung eines

Interventionsprogramms mit vegetarischer Ernährung, Entspannungsübungen, Bewegungstherapie, Nikotinkarenz und Gruppengesprächstherapie sogar einen signifikanten Rückgang vorher dokumentierter Koronarstenosen. Diese Ergebnisse sind mit denen von Schuler et al. (1992) vergleichbar, die in ihrer Heidelberger Studie eine geringere Progredienz der Arteriosklerose bei der Interventionsgruppe als bei der Kontrollgruppe nachweisen konnten. Auch neuere Meta-Analysen bzw. umfassende Reviews (Dusseldorp et al., 1999; Jolliffe et al., 2003) zeigen signifikante Effekte der Rehabilitationsprogramme auf eine Reduktion der Mortalität und die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Es existieren ebenfalls einige Studien, die die Effektivität von strukturierten Rehabilitationsmaßnahmen für beide Geschlechter vergleichend untersucht haben. So konnten z. B. Cannistra et al. (1992) nachweisen, dass Frauen im Verlauf des Rehabilitationsprogramms den gleichen Grad an Verbesserung wie Männer erzielten und auch hinsichtlich der Compliance keine Unterschiede bestanden. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Ades et al. (1992) überein, die zeigen, dass Frauen zwar zu Beginn der Rehabilitation über eine geringere funktionelle Kapazität verfügten, jedoch in Relation zu den Ausgangswerten gleich gute Trainingseffekte wie die Männer erzielten. Im Rahmen der Lebensstiländerung waren ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede zu verzeichnen. Conn et al. (1991) berichten zum Beispiel, dass von älteren Männern seltener Nikotinkarenz erreicht werden konnte als von Frauen. Aufgrund der multifaktoriell angelegten Rehabilitationsprogramme sehen Grande et al. (1998) allerdings große Schwierigkeiten bei der Bewertung des Outcome, da der Einfluss einzelner Faktoren nicht differenzierbar ist. Außerdem ist eine nachhaltige Beeinflussung der Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit wohl nur über Jahre zu erreichen. Eine Rehabilitationsmaßnahme kann somit lediglich als Einstieg in eine effektive Sekundärprävention betrachtet werden. Aus diesem Grund fordern viele Autoren den Ausbau bzw. die Entwicklung von Langzeitprogrammen auf ambulanter Basis (vgl. Benesch, 1996; Schuler & Hambrecht, 1998).

Aufgrund der rasanten medizinischen Entwicklung in der Akut-Kardiologie und Kardiochirurgie hat sich das Patientenspektrum in der kardiologischen Rehabilitation in den letzten zwanzig Jahren erheblich gewandelt. Zunächst war die stationäre kardiologische Rehabilitation nur für Patienten nach unkompliziertem Myokardinfarkt vorgesehen. Heute kommen auch „high risk“-Patienten, Patienten nach Interventionen und ältere Patienten zur Rehabilitation in die Klinik, die früher abgelehnt worden wären. Auch die sozialen Kontextbedingungen haben sich im Laufe der letzten drei Jahrzehnte geändert. Ursprünglich wurden, gemäß dem vom SGB definierten Ziel der beruflichen Wiedereingliederung, in den 60 / 70 er Jahren die Therapiekonzepte in der kardiologischen Rehabilitation auf jüngere, berufstätige Männer ausgerichtet, da Frauen im Erwerbsleben zu dieser Zeit keine oder nur eine geringe Rolle spielten. Angesichts dieser veränderten Anforderungen und der sicher noch nicht abgeschlossenen Entwicklung, fordert Halhuber (1992), die bisher definierten Konzepte und Rehabilitationsprogramme dem neuen Bedarf anzupassen (vgl. Franz, 1996). Dies beinhaltet ihrer Ansicht nach auch die Notwendigkeit, die ursprünglich an den Bedürfnissen von jungen Männern orientierte Bewegungstherapie im Hinblick auf immer ältere Patienten und Frauen umzugestalten.

2.1.2.3 Kardiologische Rehabilitation in Deutschland und international
 Bereits 1969 gab die WHO international gültige Empfehlungen für die Rehabilitation der Koronaren Herzerkrankung heraus. Hierbei wurden drei wesentliche Phasen des Rehabilitationsverlaufes definiert (Franz, 1996):

- *Phase 1* Akutbehandlung im Krankenhaus mit Frühmobilisation (I)
- *Phase 2* Rehabilitationsmaßnahme (II)
- *Phase 3* Langzeitrehabilitation (III)

Zur Umsetzung dieses Konzeptes in (West-)Deutschland wurde 1976, zunächst durch die Rentenversicherungen, das Verfahren der Anschlussheilbehandlung (AHB) eingeführt, das im wesentlichen der heutigen Anschlussrehabilitation (AR) entsprach. Da der positive Effekt frühzeitig einsetzender Rehabilitationsmaßnahmen deutlich geworden war, sollte hiermit ein möglichst nahtloser Übergang zwischen Akutklinik (Phase I) und Rehabilitationsmaßnahme (Phase II) erreicht werden.

Dieses zunächst nur für Herzinfarktpatienten entwickelte Modell wurde aufgrund seiner Praktikabilität und Effizienz schließlich auch auf andere Indikationsgruppen übertragen. (Vogel et al., 1997). Mit der Einführung des AHB-Verfahrens kam es zu einem beträchtlichen Anstieg von Rehabilitationsleistungen nach Herzinfarkt. Obwohl die Budgetierung der Rehabilitationsleistungen seit 1997 auch in der kardiologischen Rehabilitation zu einem erheblichen Rückgang von Rehabilitationsmaßnahmen führte, werden in Deutschland aufgrund dieser Verfahrensweise immer noch weitaus mehr Patienten direkt in eine Rehabilitationsmaßnahme überwiesen als im internationalen Vergleich (Grande & Badura, 2001).

Für die Realisation der Phase III (Langzeitrehabilitation) nach Entlassung der Patienten aus der Rehabilitationsklinik steht ein Netzwerk aus ambulanten Herzgruppen zur Verfügung. In mehr als 5.300 Gruppen wurden 1999 über 110.000 Patienten wohnortnah weiter betreut (DGPR, 2003). Franz (1996) weist jedoch darauf hin, dass diese Gruppen den Bedarf nur deshalb decken können, weil ein Großteil der Patienten die Angebote der Phase III nicht wahrnimmt. Zudem liegt der Schwerpunkt der ambulanten Herzgruppen überwiegend auf sportlicher Betätigung und körperlichem Training; psychosoziale Betreuung und weiterführende Gesundheitsberatung findet in Phase III in Deutschland nur sehr eingeschränkt statt (vgl. Benesch, 1996)

Während ambulante Betreuung in Westdeutschland früher ausschließlich im Rahmen der Phase III in den ambulanten Herzgruppen erfolgte, wird in letzter Zeit zunehmend versucht, ambulante Rehabilitationsformen auch in der Phase II der kardiologischen Rehabilitation zu etablieren. Im Zuge der Sparmaßnahmen der Bundesregierung wurde der Vorrang der stationären Rehabilitationsformen 1996 formal aus dem Gesetz gestrichen. Das neue Verfahren der „Anschlussrehabilitation“ sollte zum einen die frühere „Anschlussheilbehandlung“ ersetzen, schließt aber andererseits auch ausdrücklich ambulante Rehabilitationsformen mit ein.

In mehreren deutschen Großstädten wurden in den 90er Jahren Modellprojekte zur ambulanten Rehabilitation nach Herzinfarkt durchgeführt. Hier sind neben dem Kölner Modell (Bjarnason-Wehrens & Rost, 1999), das Frankfurter Modell (Wendt et al., 1999) sowie das Modell von Tegtbur et al. (1999) aus Hannover zu nennen. Bjarnason-Wehrens und Rost (1999) ermittelten im Rahmen des Kölner Projektes eine hohe Wiedereingliederungsquote der

Patienten und einen günstigen Einfluss auf die Lebensstiländerung. Eine Gewichtsreduktion und die Senkung der Cholesterin-Werte konnte in vergleichbarem Maße erreicht werden wie bei stationären Rehabilitationsformen. Die Untersucher weisen darauf hin, dass bei der Raucherentwöhnung zwar geringere Erfolge als in der stationären Rehabilitation erzielt wurden, die erreichten Erfolge dafür aber länger beibehalten wurden. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei den anderen Modellprojekten. Da außerdem keine nennenswerten Zwischenfälle im Rahmen der Maßnahmen auftraten, ziehen die Autoren den Schluss, dass kardiologische Rehabilitation in Deutschland ohne Qualitätsverlust auch ambulant möglich und vor allem ebenso effektiv wie stationäre Rehabilitation ist. Bei einem Vergleich von stationärer und ambulanter kardiologischer Rehabilitation im Hinblick auf ihre Behandlungsergebnisse und Kosten-Wirksamkeits-Relationen stellten auch vom Orde et al. (2002) fest, dass beide Rehabilitationsformen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Folgekosten durchaus als gleichwertig betrachtet werden können. Über lange Zeit musste sich die ambulante Rehabilitation an den bereits etablierten Standards und Erfolgen der stationären kardiologischen Rehabilitation messen lassen. Erst vor einigen Jahren wurden mit den „Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation“ von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2000) einheitliche Standards und Zuweisungskriterien auch für den ambulanten Bereich erarbeitet.

Obwohl den kardiologischen Rehabilitationsprogrammen in verschiedenen Ländern in der Regel das gleiche, von der WHO favorisierte, Basiskonzept zugrunde liegt und ein weitgehender Konsens im Hinblick auf die Versorgungsziele und die Phasen des Rehabilitationsprozesses besteht, existieren im internationalen Vergleich große Unterschiede in der praktischen Umsetzung. Neben Ländern mit rein individueller Rehabilitation wird in vielen Ländern die kardiologische Rehabilitation institutionalisiert in speziellen Zentren durchgeführt.

Wie bereits beschrieben, wurde in Deutschland neben der inhaltlichen Schwerpunktsetzung auch ein Sonderweg hinsichtlich der Organisation kardiologischer Rehabilitation beschritten. Zum einen besteht durch die gesetzliche Verankerung ein rechtlicher Anspruch auf die Durchführung von Rehabilitationsleistungen, darüber hinaus ist auch die Finanzierung durch die Sozialversicherungsträger gesetzlich geregelt. Mit dem Verfahren der Anschlussrehabilitation als „Brückenfunktion zwischen Phase I und Phase II“ wurde ein sehr standardisiertes und daher umfassendes Überweisungsverfahren entwickelt. Eine weitere Besonderheit liegt in der z. Zt. noch fast ausschließlich durchgeführten stationären Form der Rehabilitation in dafür speziell ausgerichteten Kliniken. In Ländern mit nationalen Gesundheitssystemen (z. B. Großbritannien, Schweden, Finnland u. a.) wird aufgrund einer anderen geschichtlichen Entwicklung ambulanten Rehabilitationsformen der Vorzug gegeben. In den USA hat sich hingegen ein dritter Weg etabliert. Hier findet kardiologische Rehabilitation zwar überwiegend ambulant, jedoch in enger Anbindung an kardiologische Akutkliniken statt. Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsformen und Strukturen sind Ergebnisse von Studien aus anderen Ländern daher nur eingeschränkt auf das deutsche Rehabilitationssystem übertragbar (vgl. Grande et al., 1998; Grande & Badura, 2001).

2.1.2.4 Rehabilitationszugang und –teilnahme

Die Indikation zur Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation nach Myokardinfarkt und Bypass-Operation wird in Deutschland in der Regel von den behandelnden Klinikärzten gestellt, die auch das Antragsverfahren einleiten. Insofern stellt die „Anschlussrehabilitation“ eine Sonderform des Rehabilitationszugangs dar, da hierbei die Akutkliniken und nicht Hausarzt, Rentenversicherungsträger oder die Patienten den Rehabilitationszugang über Anträge steuern. (vgl. Vogel et al., 1997).

Die VDR-Statistik für das Jahr 2003 weist z. B. die Durchführung von 35 564 stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ischämischer Herzkrankheiten aus. Dabei wurden nur ca. 15% der Maßnahmen für Frauen durchgeführt (VDR, 2004).

Der Anteil an Frauen, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, liegt somit scheinbar deutlich niedriger als der Anteil der Männer. Ob sich aus den Daten zur „relativ“ geringeren Teilnahme von Frauen gegenüber Männern jedoch auf eine Benachteiligung von Frauen beim Zugang zu kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland schließen lässt, bleibt fraglich. Aufgrund der Zuständigkeit verschiedener Sozialversicherungsträger (GKV, GRV) liegen zur Zeit keine übergreifenden Statistiken für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen vor, so dass ein direkter Vergleich der Teilnahmequoten von Frauen und Männern nicht möglich ist (vgl. Grande et al., 2002a; Mittag, 2003)

Grande et al. (2002a) vermuten, dass die aus den Daten der Rentenversicherungsträger hervorgehende scheinbare Benachteiligung von Frauen vor allem durch die mangelnde Repräsentativität der VDR-Daten für die Gesamtpopulation der Rehabilitanden erklärbar ist. Für die meist älteren und seltener erwerbstätigen Frauen liegt die Zuständigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen, so dass diese in den Statistiken der Rentenversicherer nicht berücksichtigt werden. Die vorliegenden Daten zur kardiologischen Rehabilitation sollten also unter diesem Aspekt besonders kritisch bewertet werden (vgl. Grande et al., 2002a; Mittag, 2003).

Zumindest im Rahmen des der Arbeit zugrunde liegenden Gesamtprojektes (Mittag, 2002) und einer von Grande et al. (2002b) zeitgleich durchgeführten Studie bestanden keine Unterschiede beim Zugang zur Rehabilitation zwischen Frauen und Männern.

In anderen europäischen Ländern mit überwiegend ambulanten Rehabilitationssettings und in den USA weisen die vorliegenden Daten jedoch auch auf eine wesentlich geringere Teilnahme von Frauen im Vergleich zu Männern hin. (Thomas et al., 1996; Carhart & Ades 1998; Halm et al., 1999). Ebenso zeigten die Reviews von Brezinka & Kittel (1995) und Ginzler (1996) dass Frauen eine Rehabilitationsmaßnahme häufiger abbrechen als Männer. Untersuchungen zu ambulanten Rehabilitationsformen in Deutschland ergaben ebenfalls, dass die Zahl der teilnehmenden Männer wesentlich höher, z. T. mehr als doppelt so hoch liegt, wie die der teilnehmenden Frauen (vgl. Bjarnason-Wehrens & Rost, 1999). Dies wird auch für die Phase III der Rehabilitation von Keck und Budde (1997) bestätigt. Sie konnten nachweisen, dass auch nach Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in Phase II signifikant weniger Frauen als Männer für die Phase III Kontakt zu einer ambulanten Herzgruppe am Heimatort aufnehmen. Gleichzeitig weisen die

Untersucher jedoch darauf hin, dass die Kontaktaufnahme auch abhängig von der Art der Manifestation bzw. Intervention und von der Berufsperspektive ist.

Über die Gründe einer geringeren Inanspruchnahme und vermehrter Abbrüche von Rehabilitationsmaßnahmen durch Frauen in der Phase II wird in der vorliegenden Literatur kontrovers diskutiert.

Als mögliche Gründe für die höhere Abbrecherquote ermittelten Cannistra et al. (1992) bei Frauen medizinische Gründe, während bei Männern eher finanzielle Erwägungen eine Rolle spielten. Vergleichbare Ergebnisse berichtet Wenger (1994), die als Ursache für den schlechteren Gesundheitszustand der Frauen die höhere Komorbiditätsrate angibt. Auch das höhere Alter spielte ebenso wie soziale Faktoren (z.B. Versorgung von Angehörigen) für das vorzeitige Ende der Maßnahme eine Rolle.

Als ein wesentliches Zugangshemmnis für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme wird von einigen Autoren (vgl. Ades et al., 1992; Carhart & Ades, 1998; Evenson et al., 1998) eine geringere Zuweisung von Frauen durch die vorbehandelnden Ärzte genannt. So stellten Thomas et al. (1996) für den US-amerikanischen Bereich fest, dass Frauen nach Myokardinfarkt und ACVB-Operation seltener als Männer zu Rehabilitationsprogrammen überwiesen wurden. Allerdings war für die Zuweisung auch die Manifestationsform der KHK von Bedeutung, da für Frauen nach PTCA und Angina pectoris- Beschwerden sogar häufiger als für Männer eine Rehabilitationsmaßnahme vorgesehen wurde. Auch Ades und Mitarbeiter (1992) ermittelten, dass trotz ähnlicher klinischer Profile, älteren Frauen über 62 Jahren die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme seltener empfohlen wurde als älteren Männern. Auf die Bedeutung des Alters für die Rehabilitationszuweisung durch Krankenhausärzte in Deutschland weisen auch Vogel et al. (1997) hin. Bei einer Befragung von 29 Ärzten aus Akutkrankenhäusern, erachteten diese tendenziell eher die jüngeren Patienten für rehabilitationsfähig.

Für die kardiologische Rehabilitation in Deutschland nimmt nach Härtel (2000) darüber hinaus auch der Faktor „Erwerbstätigkeit“ eine Schlüsselstellung bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen ein. Sie erklärt die geringere Inanspruchnahme der Rehabilitation durch Frauen dadurch, dass Frauen vor ihrer Koronarerkrankung häufiger als Männer nicht erwerbstätig sind. Die Tatsache, dass die „berufliche Wiedereingliederung“ definiertes Ziel der Sozialversicherungsträger ist, könnte sowohl die Zuweisung durch die Ärzte als auch die Inanspruchnahme durch die Patienten selbst beeinflussen.

Dass die Rolle der Ärzte und ihr Einfluss auf die Reha-Teilnahme der Patienten nicht unterschätzt werden sollte, folgerten Liebermann et al. (1998) aus den Ergebnissen ihrer kanadischen Studie an 190 Patienten nach Herzinfarkt bzw. Bypassoperation. Sie stellten fest, dass bei Frauen und Männern der wichtigste Faktor für eine Teilnahmeentscheidung der Rat der behandelnden Ärzte war. Bei Frauen war zudem der Rat der Familie und insbesondere der erwachsenen Kinder signifikant wichtiger als bei Männern. Allerdings ist zu bedenken, dass die Frauen hier, wahrscheinlich aufgrund des höheren Alters, häufiger alleinstehend waren als die Männer.

Bei ambulanten Rehabilitationssettings werden als Gründe für die Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Literatur zusätzlich vor allem logistische

Probleme angeführt. So geben mehrere Autoren Transportprobleme, ungünstige Termingestaltung und andere Verpflichtungen als wesentliche Hinderungsgründe an (Brezinka & Kittel, 1995; Limacher, 1998; Carhart & Ades, 1998; Liebermann, 1998). Liebermann et al. (1998) berichten zudem, dass das Vorliegen von Begleiterkrankungen von Frauen als größere Barriere eingeschätzt wird als von Männern und dementsprechend häufiger zur Ablehnung einer Reha-Maßnahme führt.

Als weitere Zugangshemmnisse werden familiäre Verpflichtungen und die mangelnde Unterstützung durch den Partner genannt (Arnstein et al., 1996). Einige Autoren gehen davon aus, dass sich Frauen häufig aus Pflichtgefühl der Familie gegenüber und daraus resultierenden Schuldgefühlen einer Reha-Maßnahme entziehen. (vgl. Boogard, 1984; Wille, 1992). Dies entspricht auch den Ergebnissen von Keck und Budde (1997) für die Teilnahme an ambulanten Herzgruppen in Phase III. Frauen berichteten hier häufiger als Männer, dass Haushaltspflichten bzw. die Betreuung von Familienangehörigen einer Teilnahme entgegen stehen. Im Gegensatz zu diesen Untersuchungen wurden bei Liebermann (1998) von den Frauen keine Schuldgefühle als Hinderungsgrund für die Reha-Teilnahme berichtet. Allerdings sind in den entsprechenden Untersuchungen Stichprobeneffekte je nach Anteil der allein lebenden bzw. verwitweten oder mit Partner lebenden Frauen nicht auszuschließen.

Da die Rehabilitationsteilnahme auch von persönlichen Einschätzungen zur Belastbarkeit und dem Selbstvertrauen abhängt, könnten die bei Frauen häufiger vorliegende Depressivität, die Ängstlichkeit sowie die Furcht vor körperlicher Überforderung und Schmerzen weitere Hinderungsgründe sein (vgl. McHugh Schuster & Waldron, 1991; Ades et al., 1992; Arnstein et al., 1996; Moore & Kramer, 1996; Fleury & Cameron-Go, 1997). Diese Befürchtungen, die als negative Erwartungen aufzufassen sind, spielen für die Teilnahmeentscheidung möglicherweise eine ebenso wichtige Rolle wie die positiven Erwartungen der Patienten.

In der Literatur existieren bisher nur sehr wenige Studien, die sich explizit mit den Erwartungen der Patienten an die kardiologische Rehabilitation beschäftigen. Aus den hier beschriebenen Forschungsergebnissen zu Ablehnungsgründen für eine Rehabilitationsteilnahme werden in einigen Studien jedoch mögliche Erwartungen bzw. Präferenzen von Frauen und Männern abgeleitet. Hierauf soll in Abschnitt 2.4 näher eingegangen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in der Literatur eine Vielzahl von Gründen für die Inanspruchnahme bzw. Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen diskutiert wird. Als ein wesentlicher Faktor wird dabei der Rat des behandelnden Arztes betrachtet. Daneben scheint die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ähnlich wie andere medizinische Maßnahmen jedoch auch von einer großen Zahl anderer nicht-medizinischer Faktoren, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, beeinflusst zu werden.

2.2 Erwartungen

2.2.1 Definitionen

Bevor ein Überblick über die für das Thema „Rehabilitationserwartungen“ relevante Literatur folgt, sollen zunächst einige theoretische Ansätze und Konzepte zur Erklärung der Begriffe „Erwartung“, „Einstellung“ und „Motivation“ vorgestellt werden.

Erwartung

Bei Häcker und Stapf (1998) wird Erwartung als *„die Vorwegnahme und zugleich Vergegenwärtigung eines kommenden Ereignisses“* definiert. *„Erwartung basiert stets auf vorausgegangenen Erfahrungen, besitzt aber dennoch eine gewisse zweifelnde Spannung“*. Bei den vorausgegangenen Erfahrungen kann es sich dabei sowohl um eigene als auch um fremde Erfahrungen handeln.

Zimbardo und Gerrig (1999) machen darauf aufmerksam, dass Erwartungen dann den stärksten Einfluss ausüben, wenn vor Abgabe des Urteils für die Person keine Gelegenheit bestand, sich ein realistisches Bild zu machen. Diesem Aspekt soll im Verlauf der Arbeit durch die Berücksichtigung der *„Vorerfahrung“* der Patienten mit Rehabilitationsmaßnahmen Rechnung getragen werden.

Petry (1993) fasst in seinem Literaturüberblick zusammen, dass Erwartungen *„im Sinne der kognitiven Psychologie als verhaltenssteuernde Antizipationen“* definiert und als *„motivationale Determinanten des Behandlungsprozesses“* aufgefasst werden.

Einstellung

Der Begriff der Einstellung scheint ein in der Psychologie nicht eindeutig verwendeter Begriff zu sein.

Häcker und Stapf (1998) beschreiben Einstellung zum einen als *„Art der Gerichtetheit, der Ausrichtung und des selektiven Vorgehens“*. Zum anderen verstehen sie unter Einstellung eine *„Haltung gegenüber einer Person oder Sache, verbunden mit einer Wertung oder Erwartung“*.

Die beiden Autoren machen darüber hinaus auf die unterschiedlichen Schulen in der psychologischen Einstellungsforschung aufmerksam. Auf der einen Seite stehen von den „Erwartungs-mal-Wert-Theorien“ abgeleitete Konzepte, in denen Einstellungen eindimensional als Bewertungen sozialer Sachverhalte definiert sind. Auf der anderen Seite existieren Konzepte, bei denen mehrere Komponenten zur Bildung von Einstellungen herangezogen werden, wie z. B. beim Drei-Komponenten-Ansatz von Zanna und Rempel (nach Häcker & Stapf, 1998): *„Eine Einstellung beinhaltet die Kategorisierung eines Stimulus-Objekts entlang einer evaluativen Dimension, die auf drei Informationsklassen basiert oder durch sie generiert wird: (a) kognitive Informationen, (b) affektive / emotionale Informationen, (c) Informationen über vergangenes Verhalten oder Verhaltensintentionen.“*

Zur Erklärung des Begriffes „Einstellung“ führen Arnold, Eysenck und Meili (1980) an:

„Einstellung wird normalerweise als eine Wahrnehmungsorientierung und Reaktionsbereitschaft in Beziehung zu einem besonderen Objekt oder einer Klasse von Objekten bezeichnet. ... Einstellungen sind relativ dauerhafte Handlungstendenzen. Sie unterscheiden sich dadurch von `Sets` und `Erwartungen`, die sich normalerweise mehr auf vorübergehende Reaktionsbereitschaften beziehen. Das bedeutet nicht, daß sich Einstellungen nicht ändern können, sondern nur, daß sie äußerst widerstandsfähig gegenüber Veränderungen sind. ...“

Sowohl „Erwartungen“ als auch „Einstellungen“ haben also Einfluss auf das Verhalten, sie lassen sich jedoch insofern voneinander abgrenzen, als dass Einstellungen generalisierter und umfassender angelegt sind als Erwartungen. Erwartungen hingegen beziehen sich meist konkret antizipierend auf ein bestimmtes Ereignis oder Ziel.

In der vorliegenden Arbeit soll der Begriff der Rehabilitations-Erwartung im Vordergrund stehen, da die Patienten zu einem „kommenden Ereignis“, in diesem Fall der Rehabilitationsmaßnahme befragt werden.

Motivation

Im Zusammenhang mit dem Thema „Erwartungen“ wird in der Literatur auch häufig der Begriff der „Motivation“ verwendet. Im folgenden Abschnitt soll nur kurz auf einige Konzepte der Motivationspsychologie eingegangen werden, die für die vorliegende Arbeit relevant sind.

Im Duden (2001b) wird „Motivation“ als *„Summe der Beweggründe, die jemandes Entscheidung und Handlung beeinflussen“* beschrieben. Häcker und Stapf (1998) definieren sie als *„Annahme über aktivierende und richtungsgebende Vorgänge, die für die Auswahl und Stärke der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind“*.

In der Psychologie wurden eine Reihe von unterschiedlichen motivationstheoretischen Konzepten ausgehend von den verschiedenen Motivationsbegriffen der einzelnen psychologischen Schulen entwickelt. Im wesentlichen können dabei zwei entgegengesetzte Pole der konzeptionellen Ausrichtung unterschieden werden (vgl. Weiner, 1992; Deck et al., 1998a). Auf der einen Seite wird Motivation als komplexer intrapsychischer Mechanismus konzipiert, der einer empirischen Untersuchung kaum zugänglich ist (psychodynamisch, tiefenpsychologisch ausgerichtete Ansätze); in den kognitiv, verhaltenstheoretischen Ansätzen auf der anderen Seite werden Motive als handlungsleitende, interpersonell nachvollziehbare und damit messbare Strategien verstanden.

Schneider und Schmalt (2000) weisen darauf hin, dass Verhalten allgemein durch zwei Variablen modellierbar ist, zum einen durch bewertete Ziele und zum anderen durch Erwartungen. Bei der Erklärung von Motivationsprozessen hat man versucht, diesen Zusammenhang in „Erwartung-mal-Wert-Modellen“ abzubilden. Diese erklärt Bohner (2002) folgendermaßen: *„Diese Modelle nehmen an, dass Entscheidungen zwischen verschiedenen Handlungsalternativen auf zwei Arten von Kognitionen basieren: 1. auf subjektiven Wahrscheinlichkeiten dafür, dass eine bestimmte Handlung zu bestimmten, erwarteten Ergebnissen führt und 2. auf der Valenz dieser*

Handlungsergebnisse. Nach diesem Ansatz wählen Individuen unter verschiedenen Handlungsalternativen diejenige aus, die die Wahrscheinlichkeit positiver Konsequenzen maximiert und / oder die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen minimiert“.

Das als Ausgangsmodell für den hier entwickelten Fragebogen verwendete Instrument von Deck und Mitarbeitern wurde in Anlehnung an ein solches Erwartungs-mal-Wert-Modell entwickelt. Deck et al. (1998b) haben die Entwicklung des Fragebogens an anderer Stelle ausführlich beschrieben.

2.2.2 Erwartungen und Therapiemotivation

Die Erwartungen von Patienten an medizinische Behandlungen werden oft mit dem Begriff der Therapiemotivation in Verbindung gebracht. Während die Therapiemotivation in der akutmedizinischen Versorgung und Forschung nur eine geringe Rolle spielt, wird ihre Relevanz im Rahmen der Psychotherapie und Suchtbehandlung seit vielen Jahren erforscht (vgl. Kühn et al., 2001). Hierbei werden die Bedingungen, aus denen heraus Therapiemotivation entsteht ebenso thematisiert wie ihr Einfluss auf den Therapieerfolg. Als wesentliche Determinanten der Therapiemotivation beschreiben Schneider et al. (1990) die bisher gemachten Erfahrungen und das vorherrschende Krankheitskonzept. Die Erwartungen des Patienten an eine anstehende Behandlung resultieren hieraus.

Hafen et al. (2000) weisen darauf hin, dass der Begriff der „Therapiemotivation“ noch zusätzlich vom Begriff der „Compliance“ abgegrenzt werden muss. Hierbei impliziert „Motivation“ das Engagement und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten, dem dabei eine aktive Rolle zugeschrieben wird, während „Compliance“ als das Befolgen der Anweisungen des Arztes verstanden wird und den Patienten eher in einer passiven Rolle sieht. Die Bedeutung von Behandlungserwartungen für die Compliance des Patienten ist ebenfalls in zahlreichen Studien untersucht worden (vgl. Petry, 1993).

In den letzten Jahren wird im Zusammenhang mit der Behandlungsmotivation der Patienten auch zunehmend der Begriff „adherence“ verwendet, mit dem die eigenverantwortliche, dauerhafte und oft lebenslange Umsetzung der Therapieempfehlungen durch den Patienten beschrieben werden soll. Der Begriff „adherence“ scheint also für die bei der KHK-Behandlung oft notwendige dauerhafte Änderung des Lebensstils, die im Rahmen der Sekundärprävention eine entscheidende Rolle spielt, eher zutreffend.

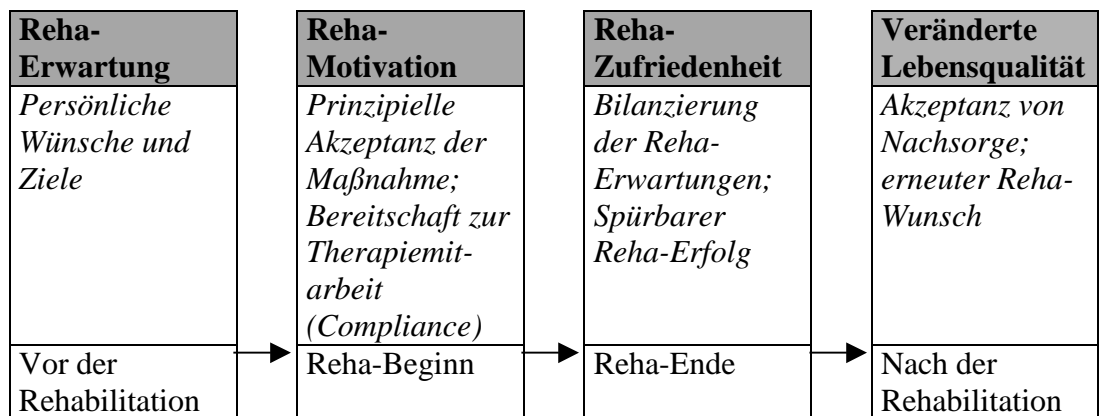
Aus den Erwartungen des Patienten an die Rehabilitationsmaßnahme kann also allenfalls indirekt auf seine Therapiemotivation geschlossen werden. Auch wenn ein wesentliches Ziel rehabilitationswissenschaftlicher Forschung der letzten Jahre die Analyse von Behandlungserwartungen zur Messung der patientenseitigen Motivation ist, ist eine umfassende Untersuchung der verschiedenen Aspekte von Therapiemotivation im Rahmen dieser Arbeit weder möglich noch beabsichtigt.

2.2.3 Bedeutung der Motivation in der Rehabilitation

Während der Rehabilitation soll der Patient gesundheitsförderliches Verhalten aufbauen, das er nach Abschluss der Maßnahme in Eigenverantwortung aufrecht erhalten muss. Petermann und Koch (1998) unterstreichen daher die Bedeutung des Themenfeldes „Mitarbeit und Motivation“ für Rehabilitation und Gesundheitspsychologie. Die Gesundheitspsychologie als Teildisziplin der Psychologie befasst sich im wesentlichen mit dem Einfluss psychologischer Faktoren auf das Gesundheitsverhalten, auf die Prävention von Krankheit, die Krankheitsbewältigung und die Überwindung chronischer Erkrankungen (Schwarzer, 1992). Die oben beschriebenen Verhaltens- und Motivationsmodelle lassen sich somit auch auf die Gesundheitspsychologie übertragen. Petermann und Koch (1998) weisen darauf hin, dass viele gesundheitspsychologischer Konzepte, z. B. subjektive Krankheitskonzepte, Probleme bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen, Therapiemotivation, Lebensqualität u. v. m. weitgehende Überschneidungen mit den definierten Zielen der Rehabilitation aufweisen und als Grundlage für Maßnahmen wie Gesundheitsbildung und Patientenschulung im Rahmen der Rehabilitation dienen können. Hierfür ist jedoch eine stärkere Orientierung der Rehabilitation an den Bedürfnissen der Patienten notwendig.

Zentrale Aspekte der Patientenperspektive von der ersten Konfrontation mit einer möglichen Rehabilitationsmaßnahme bis zu ihrem Abschluss haben Petermann und Koch (1998) in folgendem Modell dargestellt:

Abb. 1 Zentrale Aspekte der Patientenperspektive im zeitlichen Verlauf einer medizinischen Rehabilitation (nach Petermann und Koch, 1998)



Für die Autoren dient die Reha-Motivation als Indikator für die prinzipielle Akzeptanz der Reha-Maßnahme und die Bereitschaft des Patienten zur Compliance. Hafen et al. (2000) definieren den Begriff „Reha-Motivation“ als „Bereitschaft eines Patienten, an der Rehabilitation aktiv teilzunehmen, unabhängig davon, welche Art von Behandlung für diesen Patienten indiziert ist“.

Der Motivation des Patienten wird bereits seit Bestehen der medizinischen Rehabilitation ein hoher Stellenwert zugeschrieben. So wurde die Mitwirkungspflicht der Versicherten gesetzlich verankert und für den Fall mangelnder Mitwirkung des Patienten wurden im SGB entsprechende Konsequenzen festgelegt (Tiedt, 1996).

Obwohl der Motivation also seit längerem sowohl vom Gesetzgeber als auch von praktischen Rehabilitationsmedizinern eine große Bedeutung beigemessen wird, war das Interesse in der Rehabilitationsforschung außer im Bereich der Psychosomatik bis vor wenigen Jahren eher gering (Deck et al., 1998a). Petermann und Koch (1998) fordern, der Compliance-Fragestellung in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung einen viel größeren Raum als bisher zu geben, da sich die Motivations-Problematik gerade im Bereich der Rehabilitation als sehr komplex darstellt. Dies gilt in besonderem Maße für die Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit, bei der im Rahmen der Sekundärprävention eine grundlegende Lebensstiländerung von zentraler Bedeutung ist, bei der also vom Patienten über bloße „compliance“ hinaus eher „adherence“ als dauerhafte Umsetzung der Therapie gefordert ist.

2.3 Erwartungen von Patienten an die medizinische Rehabilitation

2.3.1 Erwartungen als Gegenstand der Rehabilitationsforschung

In der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung der letzten Jahre wird die Patientenperspektive aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu einer Vielzahl von Themenschwerpunkten untersucht.

Bei Durchsicht der Literatur fällt auf, dass eine Vielfalt von Studien zur Untersuchung von Patientenerwartungen vorliegt, die zueinander nur wenig Bezug haben. So existieren eine Reihe von unterschiedlichen, theoretischen Konstrukten zur Erklärung von Patientenerwartung und –motivation, ferner finden sich Studien zur Erhebung von Patientenerwartungen in unterschiedlichen Indikationsbereichen und zur Entwicklung von hierzu geeigneten Messinstrumenten.

Zudem wird bei der Betrachtung der bisherigen Untersuchungen offenkundig, dass auch die Gründe für eine Auseinandersetzung mit der Patientenperspektive erheblich differieren. Im wesentlichen kristallisieren sich dabei die folgenden Intentionen heraus, die zur Untersuchung von Patientenerwartungen führen können:

1. Marketing -Aspekt: Verknüpfung von Patientenerwartungen mit Patientenzufriedenheit
2. Qualitätssicherungs-Aspekt
3. Kostendämpfungs-Aspekt: Einschnitte bzw. Änderungen bei der Zuweisungspraxis
4. Aspekt des Rehabilitationsansatzes

Auch wenn vor allem die ersten drei Aspekte eng zusammenhängen, soll auf sie im Folgenden getrennt eingegangen werden.

2.3.1.1 Marketing- Aspekt

Seit einigen Jahren halten im Gesundheitswesen und damit auch im Rehabilitationsbereich vermehrt marktwirtschaftliche Strukturen Einzug. Die Rolle des Patienten ändert sich dahingehend, dass er nicht länger als „unmündiger, passiver“ Empfänger von Leistungen, sondern zunehmend als aktiver Kunde und Verbraucher betrachtet wird. (vgl. Baberg et al., 2001) In der Marketingperspektive spielen die Erwartungen der Kunden vor allem in Modellen zur Kundenzufriedenheit eine große Rolle. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Kunden die erworbenen Produkte oder Leistungen mit ihren vorherigen Erwartungen hierzu vergleichen. Die Übereinstimmung bzw. die Diskrepanz beider Variablen bestimmt den Grad der Kundenzufriedenheit.

Olandt und Krentz (1998) beschreiben in ähnlicher Weise Zufriedenheit als ein Konstrukt zur wahrgenommenen Dienstleistungsqualität, wobei die Qualität als positiv zu bewerten ist, wenn das erwartete Dienstleistungsniveau erreicht wird.

Analog zu diesem Modell definieren Jacob et al. (2001) die Patientenzufriedenheit als ein an die Kundenzufriedenheit angelehntes Konstrukt bei dem die a priori bestehenden Erwartungen des Patienten durch die medizinische Versorgung erfüllt werden. Nach Petermann und Koch (1998) resultiert die Zufriedenheit mit der Rehabilitation ebenfalls aus Bilanzierung von Erwartungen versus Erfolg am Ende einer Maßnahme.

Ob diese Modelle jedoch überhaupt auf das Gesundheitssystem übertragbar sind, wird angezweifelt. Raspe und Mitarbeiter (1996) stellen diesbezüglich die Frage, inwieweit kranke Patienten als „souveräne Kunden“ angesehen werden können und machen auf Einschränkungen durch knappe Budgets im Gesundheitswesen, gesetzlich geregelte Voraussetzungen zur Gewährung von Leistungen vor allem im Bereich der Rehabilitation und fehlende Markttransparenz aufmerksam.

In den letzten Jahren ist die Erfassung von Patientenzufriedenheit und die Entwicklung hierzu geeigneter Messinstrumente im Rahmen der Qualitätssicherung zunehmend Gegenstand der Forschung. Neben der Diskussion darum, ob Patientenzufriedenheit als Teil der Ergebnisqualität zu betrachten oder als eigenständiges Behandlungsergebnis zu werten ist, wird in der Literatur auch der Zusammenhang von Zufriedenheit mit einer Vielzahl von Faktoren, z. B. soziodemographischen Variablen, Gesamtbefindlichkeit, Behandlungsergebnis usw. untersucht (vgl. Raspe et al., 1996; Bührlen-Armstrong et al., 1998; Olandt & Krentz, 1998).

In der vorliegenden Arbeit soll jedoch nur der Zusammenhang mit den Patientenerwartungen näher beleuchtet werden.

Auf der einen Seite werden Erwartungen als mögliche Determinanten von Zufriedenheit angesehen (Linder-Pelz, 1982a), andererseits wird vor allem im Rahmen der Qualitätssicherung angenommen, dass Zufriedenheit die Compliance fördert und zu einer besseren Motivation des Patienten beiträgt (Raspe et al., 1996; Bührlen-Armstrong et al., 1998). Hier werden also Zufriedenheit und Erwartung auf der gleichen Ebene als Determinanten von Motivation angesehen.

Gerade für den Bereich der Rehabilitation muss dabei bedacht werden, dass die Patienten bei der Beurteilung der Zufriedenheit rehabilitationsrelevante Ziele und Methoden kennen müssen. In diesem Zusammenhang sehen Raspe et al. (1996) eine wichtige Aufgabe für die Zukunft darin, die Erwartungen der Patienten in diese Richtung auszudifferenzieren.

Über den Zusammenhang zwischen Rehabilitationserwartungen und -zufriedenheit liegen allerdings nur wenige Untersuchungen vor. Ältere Studien über einen Zusammenhang zwischen allgemeinen Erwartungen von Patienten und Patientenzufriedenheit wurden von Linder-Pelz bereits 1982 (a,b) im Hinblick auf ihre Methodik kritisch beurteilt, da in vielen Arbeiten die Erwartungen der Patienten erst retrospektiv zusammen mit deren Zufriedenheit erhoben wurden. Zudem wurde Zufriedenheit in diesen Studien aus Mangel an theoretischen Konstrukten bzw. einer Definition von Patientenzufriedenheit meist indirekt gemessen.

2.3.1.2 Exkurs: Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit

Die Wünsche und Erwartungen der Patienten vor und ihre anschließende Zufriedenheit mit einer Behandlung scheinen also eng miteinander verknüpft. Aus Sicht der Leistungsanbieter sollte daher neben der Erfassung von Patientenzufriedenheit auch die Erfassung von Patientenerwartungen als wichtiger Aspekt berücksichtigt werden.

So führten Dierks et al. (1995a,b) für den allgemeinmedizinischen ambulanten Bereich eine Pilotstudie durch, in der in sogenannten Fokusgruppen im Rahmen von Gruppendiskussionen ein spezifischer Anforderungskatalog an Hausärzte entwickelt wurde. Bei dieser qualitativ angelegten Studie wurden korrespondierende Patientenwünsche zu Erwartungskategorien zusammengefasst. Zu den wichtigsten Erwartungen der Patienten gehörten dabei, dass die Ärzte genügend Zeit haben, zuhören können, ausreichende Informationen geben, fachlich kompetent erscheinen und dem Patienten Autonomie gewähren.

Deck et al. (2000) weisen in ihrer Analyse der Daten von 307 Patienten mit Rückenschmerzen einen engen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Patienten und den rehabilitationsbezogenen Erwartungen nach.

In einer Studie an 90 Rehabilitationspatienten konnten Jacob et al. (2001) als stärksten Prädiktor für die Zufriedenheit mit der Rehabilitation das Ausmaß der Erwartungserfüllung ausmachen. Für die Zufriedenheit mit den Bereichen „Ärzte“ und „Pfleger“ erwiesen sich besonders die Erwartungserfüllungen in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Diagnose / Therapie als prädiktiv. Neben Depressivität und Lebenszufriedenheit konnte die Erwartungserfüllung auch immerhin 20-30% der Varianz von Patientenzufriedenheit aufklären. Nach einer Studie von Linder-Pelz (1982b) hingegen, ist ein erheblicher Einfluss der Erwartungserfüllung auf die Patientenzufriedenheit eher anzuzweifeln. Sie befragten in einer prospektiven Studie 125 Patienten bei einem ersten Klinikbesuch zu ihren Erwartungen vor bzw. zu ihrer Zufriedenheit nach der Behandlung. Hierbei konnten weniger als 10% der Varianz der Patientenzufriedenheit durch die Erfüllung der Erwartungen erklärt werden.

Zusammenfassend scheinen die meisten Studien einen Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und –zufriedenheit analog zu den marktwirtschaftlichen Modelle zu bestätigen. Dies ist sicherlich ein Grund für das zunehmende Interesse der Leistungsanbieter an der Erfassung von Patientenerwartungen. Das Ausmaß dieses Zusammenhangs bleibt jedoch offen.

2.3.1.3 Qualitätssicherungsaspekt

Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen und der zunehmenden Kosten-Nutzen-Orientierung im Gesundheitswesen wurden auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation Qualitätssicherungsprogramme konzipiert, die zur konsequenten Dokumentation und Überprüfung des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen dienen sollten (vgl. Abschnitt 2.1.1.2). Darüber hinaus wurden methodische Ansätze für Patientenbefragungen erarbeitet, die erstmals Aufschluss über das Antragsverhalten der Versicherten und ihre Sichtweise der Rehabilitationsmaßnahme geben sollten (Beckmann, 1994; Hoffmann-

Markwald & Koch, 1994).

Bei der Diskussion um eine Verbesserung des Rehabilitationserfolges wird vor allem die Therapiemotivation als wichtige Einflussgröße betrachtet. So vertritt Badura (1996) bei der Beschreibung seiner „Koproduktionshypothese“ die Ansicht, dass die Mitarbeit des Patienten den entscheidenden Faktor für den Gesundheitsgewinn neben der Arbeitsleistung der in der Rehabilitation Beschäftigten und der medizinisch-technischen Behandlung darstellt. Zur Mitarbeit motivierte Patienten profitieren stärker von einer Rehabilitationsmaßnahme als gering motivierte Patienten. Die Motivation des Patienten wird demnach als Prädiktor für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme verstanden. Für die Qualitätssicherung sind solche Erfolgsprädiktoren von großer Bedeutung, da sie dem Ziel dienen, einzelne Maßnahmen zu bewerten und in der begrenzten Zeit der Rehabilitation so zu bündeln, dass sie für den Patienten den größtmöglichen Nutzen bringen (Krischke et al., 1996a).

Hafen et al. (2000) beklagen jedoch, dass in der bisherigen Rehabilitationspraxis überwiegend die Beurteilung des Therapeuten als Maß für die Patientenmotivation herangezogen wurde und dass zudem die Konsequenzen für den Verlauf der Behandlung außer im Bereich der Psychotherapie äußerst gering waren. Dabei wurde Therapiemotivation meist unter dem Aspekt des „Motivationsmangels“ thematisiert und der fehlende Therapieerfolg oft einseitig der mangelnden Motivation des Patienten angelastet (vgl. hierzu Deck, 1999a ; Hafen et al., 2000; Kühn et al., 2001).

Mit einer Messung von Rehabilitationsmotivation ergeben sich jedoch für beide Seiten im Rehabilitationsprozess im Rahmen der Qualitätssicherung Verbesserungsmöglichkeiten:

- Auf der Seite des Patienten bietet eine Messung der Motivation die Möglichkeit zu einem gezielten Motivationsaufbau vor oder auch während der Maßnahme. Dass dies möglich ist, zeigt eine Studie von Polewka et al. (1995), in der es gelang, bei Patienten mit geringer Eingangsmotivation die Motivation im Verlaufe der Therapie zu verbessern. Allerdings fordern mehrere Autoren (vgl. Kühn et al., 2001) Motivationsdiagnostik und –interventionen schon möglichst früh im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen. Mit der Motivationsmessung würde außerdem auf der Patientenebene die Voraussetzung für eine individuelle Planung der Behandlung und der Therapieziele geschaffen (vgl. Härter & König, 1995), wie sie schon seit längerem in der psychosomatischen Rehabilitation besteht, aber auch für die Rehabilitation somatischer Erkrankungen sinnvoll und machbar erscheint (Gülich, 1996).
- Für die Seite der Rehabilitationsanbieter (Leistungsträger und Kliniken) ergeben sich durch die Messung von Patientenmotivation und –erwartung ebenfalls neue Möglichkeiten. So könnte geklärt werden, ob das konkrete Angebot einer Klinik den Bedürfnissen und Erwartungen des Patienten entspricht, was zu strukturellen Änderungen des Versorgungsangebotes der einzelnen Kliniken aber auch des Rehabilitationsangebotes insgesamt führen könnte.
So betonen Deck et al.(1998a) schließlich auch, dass sich durch die Analyse der Patientenmotivation sowohl Ziele für den Einzelfall als auch versorgungspolitische Ziele aufstellen lassen.

Zusammenfassend spielen für den Bereich der Qualitätssicherung folgende Ziele bei der Messung von Patientenerwartung und –motivation eine Rolle:

1. Erfolgsbewertung des Programms
2. Zuweisung zu Motivationsaufbauprogrammen bei Motivationsdefiziten
3. Differentielle Zuweisung zu einzelnen Programmelementen

Der Aufstellung dieser Ziele liegt die oben beschriebene Hypothese zugrunde, dass das Ausmaß des Rehabilitationserfolges von den vorherigen Erwartungen abhängt. Dieser Zusammenhang bedarf jedoch noch weiterer Klärung, da nur in wenigen Studien eine Validierung der Erwartungen an Ergebnismerkmalen erfolgte (vgl. Faller et al., 2000). Mehrere Autoren kritisieren den Mangel an empirischer Forschung über die Zusammenhänge zwischen Erwartungen und Ergebniskriterien (Deck et al., 1998a; Hafen et al., 2001; Kühn et al., 2001). Faller und Vogel (2001) fordern deshalb, die Patientenerwartungen nicht kritiklos als Indikations- und Evaluationskriterien heranzuziehen, ihre Berücksichtigung soll jedoch zu mehr Transparenz im Rehabilitationsprozess führen.

2.3.1.4 Kostendämpfungsaspekt

Die Notwendigkeit zur Kosteneinsparung aufgrund zunehmender Finanzknappheit im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren zu erheblichen Einschnitten im rehabilitativen Versorgungsangebot geführt und hängt natürlich eng mit den oben beschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zusammen.

Krischke et al. (1996a) fordern in diesem Rahmen eine konsequente Anwendung der Vorgaben zur Qualitätssicherung auch auf den Reha-Zugang sowie vermehrte Forschungsaktivitäten zu diesem Thema.

Auch Hafen et al. (2000) und Deck (1999a) vertreten die Ansicht, dass durch die Messung der Patientenmotivation geklärt werden kann, ob eine Rehabilitationsmaßnahme für den Patienten überhaupt sinnvoll erscheint oder ob seinen Bedürfnissen nicht anderweitig vielleicht besser entsprochen werden könnte.

Von der Steuerung der Zuweisung zu Rehabilitationsmaßnahmen anhand empirisch nachgewiesener Erwartungs- und Motivationskriterien erhofft man sich demnach Beiträge zur Steigerung der Erfolgsaussichten und zur Kosteneinsparung. Möglicherweise könnte man so den Bedürfnissen der Patienten eher gerecht werden als mit undifferenzierten und pauschalen Sparmaßnahmen wie der Begrenzung der Rehabilitationsdauer oder der Budgetierung der Rehabilitationsausgaben.

2.3.1.5 Aspekt des Rehabilitationsansatzes

Die bisher beschriebenen Beweggründe zur Beschäftigung mit Patientenerwartungen resultieren im wesentlichen aus der Notwendigkeit einer vermehrten Kosten-Nutzen-Orientierung im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus gibt es jedoch noch einen weiteren Aspekt, der nach Ansicht von Faller und Vogel (1997) unmittelbar im bio-psycho-sozialen Modell der Rehabilitation verankert ist und eigentlich Maxime in der Medizin überhaupt sein sollte:

Bei der Behandlung muss der Patient, nicht die Erkrankung in den Mittelpunkt

gerückt sein (vgl. Engelhardt, 1987) - Rehabilitation muss vom Patienten aus gedacht werden.

Medizinische Rehabilitation zielt auf die Bewältigung chronischer Erkrankungen. Neben der rein medizinischen Behandlung und psychosozialen Betreuung liegt der Schwerpunkt häufig, und dies gilt in besonderem Maße für die Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit, auf der Sekundärprävention der Erkrankung und damit auf einer Änderung des Lebensstils. Dies erfordert zwangsläufig Eigeninitiative und Mitarbeit des Patienten (Lehr et al., 1996), das medizinische Fachpersonal soll dabei Hilfestellung leisten.

Die Bedeutung einer solchen auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Rehabilitation ist darüber hinaus vor einigen Jahren im SGB IX gesetzlich verankert worden. Neben der Gleichstellung der Behinderten und dem Schutz vor Diskriminierung werden hier als wesentliche Ziele die gleichberechtigte Teilhabe und die Befähigung und Aktivierung des Patienten zu Eigeninitiative und Selbstbestimmung genannt. Das SGB IX bietet damit nun das Fundament für ein „Empowerment“ der Patienten (vgl. Welti, 2003).

Die Kenntnis der Patientenerwartungen wird so unabdingbare Voraussetzung für das Erreichen des Rehabilitationsziels.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Erfassung der Patientenperspektive und damit auch der Patientenerwartungen erst in den letzten zehn Jahren zum Gegenstand rehabilitationsmedizinischer Forschung geworden ist. Diese Entwicklung verläuft parallel zur Etablierung marktwirtschaftlicher Strukturen im Gesundheitswesen.

Die Erhebung von Patientenerwartungen soll dabei folgenden Zielen dienen:

1. Entwicklung von Prognosekriterien (Prädiktoren) für den Rehabilitationserfolg
2. Entwicklung von Screening-Verfahren zur individuellen Therapieziel- und Behandlungsplanung
3. Entwicklung von Screening-Verfahren zur Steuerung des Rehabilitationszuganges und zum gezielten Motivationsaufbau

2.3.2 Studien zur Erfassung von Patientenerwartungen in der Rehabilitation

Betrachtet man die bisher vorliegenden Studien zu Rehabilitationserwartungen, wird eine Verlagerung des Schwerpunktes im Forschungsinteresse deutlich.

Zunächst dienten die aus unterschiedlichen Indikationsgebieten heraus durchgeführten Studien lediglich der Erfassung von Patientenerwartungen für den entsprechenden Anwendungsbereich – die hierbei verwendeten Instrumente wurden sozusagen ad hoc, also eigens für die Beantwortung der indikations- und studienspezifischen Fragestellung entwickelt. Die verschiedenen Instrumente wiesen daher z. T. erhebliche Unterschiede, vor allem wegen der therapiebezogenen Schwerpunkte, auf. Trotzdem ergaben sich durchaus inhaltliche Überschneidungen in einzelnen Dimensionen. So enthielten fast alle Erhebungsinstrumente Fragen zu den Bereichen „*Krankheitsbewältigung*“ und „*Erwartungen an die Behandlung*“. In fast allen Fragebögen wurde außerdem der Aspekt von „*Ruhe und Erholung*“ thematisiert. Diese Studien werden in Abschnitt 2.3.2.1 vorgestellt.

In der Literatur folgt dann eine Phase der Kritik an den bis dahin vorhandenen Arbeiten und eine Neuorientierung mit der Aufstellung von Forderungen für neue Messinstrumente, die zum Erreichen der im vorigen Abschnitt beschriebenen Ziele dienen sollten.

Am häufigsten wird dabei der Mangel an einer standardisierten, systematischen Messung von Rehabilitationserwartungen beanstandet (vgl. Deck et al., 1998a; Faller et al., 2000; Hafen et al., 2000).

Deck et al. (1998b) vermissten darüber hinaus eine Festlegung der Perspektive, aus der heraus die Motivation des Patienten definiert wird. Dabei unterscheiden sie zwischen „äußerer Motivation“, die die Patienten aus Sicht der Ärzte haben sollten und „innerer Motivation“, die der Patient aufgrund seiner gesamten Lebensstrategien mitbringt.

Auch Brühl und Mitarbeiter (1995) wiesen auf erhebliche Defizite bei der Erwartungserhebung hin. Sie kritisierten, dass die vornehmlich aufgrund von kognitiven Theorien entwickelten Erwartungskonstrukte im empirischen Einsatz scheitern. Deck (2002) betont daher die Wichtigkeit von geeigneten Operationalisierungen des Konstruktes Motivation.

Aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen von Dimensionen in den einzelnen Fragebögen schlagen einige Autoren die Entwicklung eines indikationsübergreifenden Instrumentes vor (vgl. Deck et al., 1998a; Faller et al., 2000). Einen Anforderungskatalog für ein solches Erhebungsinstrument haben Hafen et al. (2000) mit folgenden Punkten zusammengestellt:

Das Instrument sollte... :

1. indikationsübergreifend angelegt sein.
2. evtl. als zweiten Baustein indikationsspezifische Erweiterungen zulassen.
3. den Vergleich zwischen den Indikationsbereichen ermöglichen.
4. von Umfang und Form her in der Routinediagnostik einsetzbar sein.
5. in Ergänzung zum Therapeutenurteil die Basis für die Indikationsentscheidung verbreitern.
6. bei der Entwicklung und inhaltlichen Gestaltung von Motivationsaufbauprogrammen helfen.
7. eine hohe Akzeptanz bei Therapeuten erreichen und zur Sensibilisierung für motivationale Aspekte führen.

Mehrere Studien hatten die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Rehabilitationserwartungen zum Thema. Diese werden in Abschnitt 2.3.2.2 näher beschrieben. Die Zuordnung der einzelnen Studien zu den jeweiligen Abschnitten (2.3.2.1 oder 2.3.2.2) erfolgte aufgrund der in den Publikationen deutlich werdenden Schwerpunktsetzung und war nicht immer eindeutig zu treffen. Die wesentlichen inhaltlichen Ergebnisse aller Studien sollen daher übergreifend in Abschnitt 2.3.3 dargestellt werden.

Da die Erwartungen von Patienten an eine kardiologische Rehabilitation im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen, werden die zu diesem Indikationsbereich vorliegenden Arbeiten gesondert in Abschnitt 2.4 vorgestellt.

2.3.2.1 Studien zur Erhebung von Rehabilitationserwartungen aus unterschiedlichen Indikationsbereichen

Vor allem im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation und Psychotherapie ist die Erfassung von Patientenerwartungen seit längerem etabliert.

Schneider et al. (1990) erforschten an 865 Patienten aus verschiedenen Krankheitsgruppen die Relevanz des Beschwerdemusters für die Psychotherapiemotivation. Der von ihnen verwendete Fragebogen enthielt 47 Items zu den Bereichen Krankheitserfahrung, allgemeine Einstellungen und Erwartungen zur Behandlung, Krankheitstheorie und frühere Psychotherapieerfahrung. Hierbei zeigte sich, dass Patienten mit einem typisch „somatischen“ Beschwerdemuster geringere Erwartungen an eine psychotherapeutische Behandlung haben und hierzu weniger motiviert sind als Patienten mit „psychischen“ oder typisch „psychosomatischen“ Beschwerden.

Auch Nübling fand heraus, dass die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen mit hierzu korrespondierenden Patientenerwartungen zusammenhing. Er differenzierte in seiner 1992 vorgestellten Studie zwischen „medizinisch-somatischer“ und „psychotherapeutischer“ Behandlungserwartung der Patienten. Patienten mit psychotherapeutischen Behandlungserwartungen nahmen psychotherapeutische Maßnahmen häufiger in Anspruch als Patienten, die zunächst mit der Erwartung an eine medizinisch-somatische Therapie in die Behandlung kamen. Gleichzeitig zeigte sich, dass sich die Erwartungen im Verlaufe der Behandlung dahingehend änderten, dass die organmedizinisch geprägten Erwartungen abnahmen und die psychotherapeutischen Erwartungen zunahmen.

Peters und Löwenberg (1993) gingen der Frage nach, ob die Erwartungen der Patienten einer gewissen Struktur folgen und ob es Untergruppen von Patienten mit verschiedenen Erwartungsmustern gibt. Das von ihnen auf der Grundlage eines 1981 von Fersching erstellten Fragebogens weiterentwickelte Instrument enthielt Items zu den Dimensionen „Beschwerdeorientierte Behandlung“, „Problemorientierte Behandlung“, „Ruhe und Erholung“ und „Sozialkontakte“. Die Analyse der Daten von 142 Patienten einer psychosomatischen Klinik ergab gleich hohe Ausprägungen der Erwartung an problemorientierte und symptomorientierte Behandlung. Hierbei kristallisierten sich nach dem Erwartungsmuster im wesentlichen vier verschiedene Patientengruppen heraus, die die Autoren mit den Begriffen (1) „Psychotherapiepatienten“, (2) „unersättliche Patienten“, (3) „Kurpatienten“ und (4) „unmotivierte Patienten“ charakterisierten. Ein weiteres Ziel dieser Studie war der Vergleich mit den Erwartungen der Klinikmitarbeiter. Da hier eine deutliche Diskrepanz in den Bereichen „Erholung“ und „Sozialkontakte“ erkennbar wurde, fordern Peters und Löwenberg (1993), Rehabilitationserwartungen möglichst vorweg zu erfassen, um sie bei Diskrepanzen frühzeitig bearbeiten zu können.

Eine Studie zu den Rehabilitationserwartungen von Patienten mit Rückenschmerzen führten Härter und König 1993 durch. Hierbei wurden mit einem eigens entwickelten Fragebogen, der die Bereiche „Vorerfahrungen und Erwartungen“, „Gesundheit und Beschwerden“, „Funktionseinschränkungen“ und „Einstellung zur Gesundheit“ umfasste, 168 Patienten aus drei Rehabilitationskliniken befragt. Härter und König (1995) fanden dabei heraus, dass die Patienten aktive Therapieangebote, wie z. B. Krankengymnastik oder

Rückenschule für wichtiger hielten als passive Therapieangebote (z. B. Massagen). Handlungsbedarf sehen die Autoren vor allem in der Tatsache, dass das Bedürfnis der Patienten nach psychologischen Therapieangeboten nur sehr gering war, obwohl die Patienten in dieser Hinsicht (Depressivität, psychosomatische Beschwerden) deutlich belastet waren.

Lehr et al. (1996) versuchten ebenfalls Patientengruppen anhand von charakteristischen Erwartungsmustern zu identifizieren. Hierbei wurde ein Fragebogen aus 35 Items zur Befragung von 150 Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen vierzehn Tage vor ihrer Aufnahme zur stationären Rehabilitation eingesetzt. Die Items, die eine Unterscheidung zwischen adäquaten und inadäquaten Rehabilitationserwartungen ermöglichen sollten, lieferten im wesentlichen fünf Einstellungsfacetten: (1) Passive Verwöhn-/Belohnungserwartung, (1) Ablehnende Haltung gegenüber Gesundheitsförderung, (3) Erwartung von Lebensstiländerung, (4) Konzeptkongruente Reha-Einstellungen und (5) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Ein hoher Anteil der untersuchten Patienten hatte hohe Verwöhnerwartungen, andererseits lehnte aber auch nur ein geringer Anteil der Patienten Maßnahmen z. B. zur Gesundheitsförderung explizit ab. Von den hier untersuchten Patienten wurden Lebensstiländerung und Transfer in den Alltag allgemein als Ziele anerkannt.

Aus diesen Ergebnissen folgerten die Autoren, dass sich im wesentlichen drei Patientengruppen anhand der Rehabilitationserwartungen differenzieren lassen:

1. wohlwollende Kurlauber, die hohe Erwartung an Erholung und Verwöhnerwartungen haben, Maßnahmen jedoch nicht grundsätzlich ablehnen
2. Ablehner, die durchgehend inadäquate Reha-Erwartungen mitbringen
3. Adäquat Vorbereitete, die nur geringe Verwöhnerwartungen mitbringen und offen für alle angebotenen Maßnahmen sind.

Ziel einer Untersuchung von Krischke und Mitarbeitern (1996a) war es, den Einfluss von Prädiktoren auf den Rehabilitationserfolg zu untersuchen. Als Prädiktoren wurden dabei die Erwartungen der Patienten an psychologische Interventionen betrachtet. Der hierzu entwickelte Fragebogen enthielt 60 Items, mit denen Maßnahmen und Angebote der einzelnen Abteilungen einerseits und spezifische Therapieziele andererseits erfasst werden sollten. Die Ergebnisse für 242 Patienten einer onkologischen Rehabilitationsklinik zeigten, dass Teilnehmer mit einer positiven Einstellung zu psychologischen Interventionen deutlich stärker von der stationären Rehabilitation profitieren und einen länger anhaltenden Erfolg erzielen konnten als Patienten mit einer eher ablehnenden Haltung. Die Ergebnisse von Krischke et al. (1996a) leisteten damit einen wichtigen Beitrag zu der bis dahin noch nicht empirisch untersuchten Fragestellung, inwieweit die Rehabilitationserwartungen überhaupt Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben.

In einer Studie von Petermann, Niebank und Bergmann (1996) wurden die Erwartungen von Patienten mit Atemwegserkrankungen an eine Flexibilisierung von Rehabilitationsmaßnahmen untersucht. Die 311 teilnehmenden Patienten äußerten dabei sehr dezidierte Erwartungen, wie eingehende medizinische Abklärung, Linderung der Beschwerden und genaue Aufklärung. Die Erwartungen an Erholung und Entspannung waren dagegen geringer. Nur 6,7% der Patienten hatten keine besonderen Erwartungen. Bei

der Bewertung der Maßnahmen wurde der medizinischen Behandlung und Information deutlich der Vorzug gegenüber Sport und psychologischer Hilfe gegeben.

Krischke, Niebrügge und Petermann (1996b) untersuchten 359 Patienten aus der onkologischen Rehabilitation bezüglich ihrer Programmerwartung und –beurteilung. Hierzu wurde ein Fragebogen konzipiert, in dem die Patienten einschätzen sollten, wie wichtig ihnen die in der Klinik zur Verfügung stehenden Programmelemente erschienen. 52 Programmvorschlage wurden zu 6 inhaltlichen Gruppen zusammengefasst. Analog zur Eingangsbefragung erfolgte nach der Rehabilitation die Bewertung, wie hilfreich die einzelnen Angebote waren. Die dabei eruierten Patientenerwartungen deckten sich im wesentlichen mit dem Therapieangebot in der Klinik. Die Patienten hatten dabei eher hohe Erwartungen an allgemeine, nicht für die Onkologie spezifische Maßnahmen, z. B. an die Atmosphäre in der Klinik und physikalisch-balneologische Therapieangebote. Letztere wurden auch am Ende der Maßnahme als besonders hilfreich bewertet. Medizinische Maßnahmen und psychologische Angebote wurden dagegen weniger erwartet und auch am Ende der Maßnahme als weniger hilfreich bewertet. In diesen Ergebnissen zeigte sich, dass die Patienten eher hohe Erwartungen an unspezifische, auch in anderen Indikationsbereichen einsetzbare Therapiebausteine, haben.

Die Rehabilitationserwartungen von Patienten mit onkologischen Erkrankungen wurden auch von Bergelt, Welk und Koch (2000) im Rahmen einer Studie zur Erfassung von Therapiezielen untersucht. Hierzu entwickelten sie auf der Basis früherer Studien ein Instrument, das in der Kategorie *„Hoffnungen für die Rehabilitation“* die Skalen *„zur Ruhe kommen“*, *„Medizinisches Angebot“*, *„Klärung rechtlicher und beruflicher Fragen“* und *„psychische Entlastung“* beinhaltete. Zur Kategorie *„bedeutsame Faktoren für die Rehabilitation“* zählten die Skalen *„Massagen, Bäder, Sport“*, *„kreatives Angebot“* und *„Freizeit“*. Die 407 befragten Patienten zeigten die höchsten Erwartungen in der Skala *„zur Ruhe kommen“*. Bei den Erwartungen an das Angebot standen dabei die physikalischen Maßnahmen im Vordergrund. Als Rehabilitationsziele gaben die Patienten an erster Stelle eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit gefolgt von einer Umstellung der Ernährung an. Ähnlich wie in der Studie von Peters und Löwenberg (1993) an psychosomatischen Patienten zeigten sich zwischen den Erwartungen von Patienten und Ärzten größere Diskrepanzen, hier vor allem hinsichtlich der Rehabilitationsziele.

Außerdem ist auch die zeitlich einige Jahre früher angesiedelte Studie von Liebeck (1984) zu erwähnen, die sowohl von den Studienteilnehmern (Kurklinik !), als auch vom Alter (1984 !) und von der Durchführung der Fragebogenentwicklung nicht ganz in das Bild der bisher beschriebenen Arbeiten passt. Ausgangspunkt für die Fragebogenentwicklung war ein Anforderungskatalog, der in Gesprächsrunden mit Patienten entstand. Befragt wurden hiermit 309 Patienten einer Kurklinik neben ihren soziodemographischen Daten zu ihrem bisherigen Gesundheitsverhalten und ihrer Kurbedurftigkeit. Anschließend sollten die Patienten sieben Punkte aus den Bereichen *„Freizeit und Kommunikation“*, *„medizinische Versorgung“* und *„Informationen zu gesundheitsforderndem Verhalten“* in eine Rangreihe nach ihrer subjektiven Bedeutsamkeit bringen. Hierbei zeigte sich, dass die

untersuchten Kurpatienten eine überwiegend hohe Kurmotivation mitbrachten. Am wichtigsten war ihnen eine Verbesserung ihrer Gesundheit sowie eine intensive Gesundheitsberatung – Erwartungen an Freizeit und Kommunikation, die oft als „typische Kurerwartungen“ kritisiert werden, standen eher im Hintergrund.

Den hier vorgestellten Studien ist gemeinsam, dass die verwendeten Erhebungsinstrumente (aus Mangel an vorhandenen) eigens für die Untersuchungen entwickelt wurden. Hierbei standen die zu untersuchenden Erwartungen und nicht das Erhebungsinstrument selbst im Mittelpunkt des Interesses. Trotz inhaltlicher Überschneidungen in einzelnen Dimensionen sind die Erhebungsinstrumente speziell für die Anwendung in dem jeweiligen Indikationsgebiet entwickelt worden.

Ein indikationsübergreifender Ansatz wird zwar von vielen Autoren gefordert (vgl. Deck, 1998a; Faller et al., 2000), es werden aber ebenfalls weitere Versuche unternommen, die indikationsspezifische Erfassung von Erwartungen und Therapiezielen voranzutreiben. So war es z. B. erklärtes Ziel der Untersuchung von Bergelt, Weis und Koch (2000), ein onkologiespezifisches Instrument zur Erfassung von Therapiezielen zu entwickeln, um die Wirksamkeit onkologischer Rehabilitation zu bestätigen. Diese wird wegen des vermeintlichen Fehlens von klinisch-relevanten Ergebnissen im Sinne des Rehabilitationsgedankens (wie Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität u.a.) kritisch diskutiert.

2.3.2.2 Studien zur Entwicklung von Messinstrumenten zur Erwartungs- und Motivationserfassung

Im Folgenden sollen einige Arbeiten beschrieben werden, deren Ziel die Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung von Rehabilitationserwartungen war.

Im Auftrag der LVA Hannover entwickelten Brühl et al. (1995) ein Instrument zur Identifikation von Behandlungserwartungen. Theoretische Grundlage hierfür war dabei die Vorstellung, dass die Erwartungen des Patienten durch die 4 Hauptfacetten „Vorstellung“, „Nutzen“, „Zumutbarkeit“ und „Einstellung zur Eigeninitiative“ bestimmt werden. Ein auf der Basis dieser Facettentheorie konzipierter Fragebogen wurde an 132 Patienten getestet. Die Auswertung ergab, dass die Erwartung der Patienten zu 85% durch diese vier Facetten determiniert wird, die in der Faktorenanalyse auf einem Faktor laden und summativ die Erwartungsstärke wiedergeben.

Für die Autoren ermöglicht die Facettentheorie damit eine erheblich reliablere Messung von Patientenerwartungen als die bloße Frage nach dem erwarteten Angebot der Klinik.

Ein wesentlicher Schritt zur Entwicklung eines indikationsübergreifenden, standardisierten Instrumentes für die Erfassung von Erwartungen und Motivationen bei Rehabilitationspatienten wurde 1998 (b) von Deck und Mitarbeitern gemacht. Ziel ihrer Arbeit war die Entwicklung eines Fragebogens zum Einsatz bei Rehabilitationspatienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen. Da dieser Fragebogen die Grundlage für das in der vorliegenden Arbeit verwendete Instrument bildet, wird seine Entwicklung im Weiteren ausführlicher dargestellt:

Zur Operationalisierung des Konstruktes „Motivation“ wurden die Erwartungen des Patienten als Indikator im Sinne des bereits beschriebenen „Erwartungs-mal-Wert-Modells“ herangezogen. Im Vergleich zu anderen motivationstheoretischen Konzepten ist Motivation hierbei einer direkten Messung durch Patientenaussagen zugänglich. Durch die Erfassung der Wertkomponente werden zusätzlich auch innere Beweggründe des Patienten berücksichtigt.

Grundlage für die Konstruktion des Messinstrumentes war die Festlegung einiger Kriterien zu Beginn:

Der Fragebogen sollte

- mit gestuften Antwortvorgaben zum Selbstauffüllen für die Patienten entwickelt werden,
- eine Itemzahl von 25 nicht überschreiten,
- indikationsübergreifend angelegt werden.

Der erste Schritt der Itemgenerierung erfolgte zunächst in qualitativer Methodik in sogenannten „Fokusgruppen“. Hierbei wurden die Erwartungen von Rehabilitationspatienten unterschiedlicher Erkrankungen in leitfadengestützten Gruppendiskussionen identifiziert. Bei der anschließenden Itemformulierung erfolgte eine Reduktion der Erwartungen nach inhaltlichen Gesichtspunkten in vier Themenbereiche. Es wurde eine 4-stufige Antwortskalierung von „stimmt genau (3)“ bis „stimmt überhaupt nicht (0)“ vorgegeben. Gemäß dem Erwartungs-mal-Wert-Modell wurde zunächst ein zweiteiliger Fragebogen jeweils für die Erwartungs- und die Wertkomponente entworfen. Auf die gesonderte Abfrage der Wertkomponente verzichteten Deck et al. (1998b) jedoch im Weiteren, da sie sich als wenig praktikabel erwies und in der Antwortskalierung für die Erwartungskomponente bereits eine Wertung der Patienten enthalten war.

In zwei Testphasen wurden zunächst Fragebögen mit 28 bzw. 32 Items geprüft, in der Hauptstudie konnte schließlich die Endversion des Fragebogens mit 17 Items an 422 Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen getestet werden.

In der Faktorenanalyse kristallisierten sich vier Komponenten mit einer Varianzaufklärung von knapp 60% heraus. Diese entsprachen im wesentlichen den inhaltlichen Dimensionen:

1. *Wohlbefinden / Erholung*
2. *Gesundheit*
3. *Krankheitsbewältigung*
4. *Rente / Beruf*

Bei Prüfung der Reliabilität ermittelten Deck et al. (1998b) in der Dimension Gesundheit kritische Werte, die Reliabilität der übrigen Dimensionen war zufriedenstellend.

Die Untersuchung zeigte, dass die Patienten generell hohe Erwartungsausprägungen aufweisen, wobei Frauen signifikant höhere Erwartungen an die Bereiche Krankheitsbewältigung und Erholung stellten als Männer. Diese hatten hingegen höhere berufsbezogenen Erwartungen. Auch Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen und Krankheitsmerkmalen wurden festgestellt. So hatten ältere Patienten höhere Erwartungen an eine Berentung als jüngere Patienten. Während symptomnahe Krankheitsmerkmale eher mit Erwartungen an Erholung verbunden waren, zeigten sich bei affektiven Krankheitsmerkmalen höhere Erwartungen an eine bessere Krankheitsbewältigung oder Berentung.

Nach Ansicht der Untersucher ist der so konzipierte Fragebogen geeignet zur

Erfassung von Rehabilitationserwartungen, wobei einzelne Items und vor allem die Dimension „Gesundheit“ noch kritisch bewertet werden müssen.

Faller et al. (2000) unternahmen ebenfalls den Versuch ein indikationsübergreifendes Instrument zur Identifikation von Rehabilitationserwartungen zu entwickeln. Die Itemformulierung erfolgte hierbei anhand vorhandener Itemlisten und in Expertenratings. Ein besonderer Schwerpunkt bei dieser Untersuchung liegt in der Differenzierung von Prozess- und Ergebniserwartungen. Der so entwickelte Fragebogen enthielt 56 Items zu Erwartungen an den Rehabilitationsprozess und 45 Items zu den Erwartungen an das Rehabilitationsergebnis. Die Überprüfung des Instrumentes erfolgte an 248 Patienten, die mit der Diagnose „chronische Rückenschmerzen“ oder aus onkologischer Indikation in die Rehabilitation kamen. Die Autoren heben vor allem die differenziertere dimensionale Struktur hervor, die durch den breit angelegten Itempool angestrebt wurde. In der Faktorenanalyse konnten sie neun Dimensionen der Prozessenerwartungen und zehn Dimensionen der Ergebniserwartung unterscheiden.

Die orthopädischen Patienten dieser Untersuchung äußerten bei den Prozessenerwartungen höhere Wünsche an Berufsberatung und physikalische Maßnahmen, sowie bei den Ergebniserwartungen höhere Erwartungen an die berufliche Leistungsfähigkeit und Beschwerdereduktion als onkologische Patienten. Diese Erwartungen werden insgesamt auch von Männern häufiger geäußert als von Frauen. Bei Frauen hingegen stand die Entlastung vom Alltag im Vordergrund.

Im selben Jahr legten auch Hafen et al. (2000) erste Ergebnisse zur Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO) vor. Das Konzept für die Operationalisierung motivationaler Faktoren erfolgte hierbei anhand einer Literaturanalyse (Hafen et al., 1999). In Anlehnung an Petry (1993) wurden drei Gruppen mit insgesamt 14 teils aus der Literatur entlehnten, teils neuformulierten Dimensionen gebildet:

1. Behandlungsdisposition (Behandlungserwartung, Erfolgserwartung, Wissen, Eigenverantwortung, Kompetenzerwartung)
2. Behandlungsbereitschaft (Leidensdruck, Krankheitsgewinn, Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit, Änderungswille, Opferbereitschaft)
3. Behandlungsaktivität (Initiative, realistische Ziele, aktives Engagement, Gesundheitsförderung)

Diese Dimensionen waren die Basis zur Formulierung von 150 Items für die erste Fragebogenversion, die im Test verwertbare Daten von 256 Patienten aus der orthopädischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitation erbrachte. In der Faktorenanalyse ließen sich sechs Faktoren mit einer Varianzaufklärung von ca. 50% nachweisen.

Auch dieses Erhebungsinstrument hat eine indikationsübergreifenden Anspruch, da es an Patienten aus drei verschiedenen Krankheitsgruppen getestet wurde und weist nach Angaben der Autoren in ersten statistischen Prüfungen zufriedenstellende Kennwerte auf.

Kühn et al. (2001) führten eine Studie durch, um den vermuteten Zusammenhang zwischen Motivation und Mitarbeit bzw. Reha-Erfolg wissenschaftlich zu untersuchen. Ihr Untersuchungskonzept basiert in

theoretischen und methodischen Vorstellungen auf dem Modell des sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (1992). Der Fragebogen beinhaltete 154 Items, die sich auf die Variablen der motivationalen Phase nach dem Modell von Schwarzer beziehen. Zum ersten von fünf geplanten Messzeitpunkten lagen dabei Daten von 508 LVA-Versicherten sechs Wochen vor Antritt der stationären Rehabilitation vor. Erste Ergebnisse zur Skalenentwicklung wiesen auf einen Zusammenhang zwischen Kompetenzerwartungen und Therapiemitarbeit hin.

Die hier vorgestellten Studien zur Entwicklung von Messinstrumenten für die Erfassung von Reha-Motivation unterscheiden sich im wesentlichen durch ihre unterschiedlichen konzeptuellen Grundlagen. Auch die Art der Itemgenerierung differiert zwischen der Entwicklung von Anforderungskatalogen durch Fokusgruppen und der Übernahme von Items aus der Literatur. Darüber hinaus wird von den Autoren auch die unterschiedliche Breite der „dimensionalen Struktur“ thematisiert. Während auf der einen Seite der Versuch unternommen wird, möglichst kurze Fragebögen zu entwerfen, um der Funktion als Screening-Instrument Rechnung zu tragen (vgl. Deck et al., 1998b), versuchen andere Autoren durch einen breit angelegten Itempool, eine sehr differenzierte dimensionale Struktur zu erreichen (vgl. Faller et al., 2000).

2.3.3 Inhaltliche Ergebnisse der bisherigen Erwartungsstudien

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die unterschiedlichen Gründe für die Analyse von Rehabilitationserwartungen dargestellt sowie die Untersuchungen beschrieben, mit denen man sich in den letzten Jahren der Erwartungsstruktur von Rehabilitationsspatienten genähert hat. Der folgende Abschnitt soll nun einen Überblick über die zum Teil unterschiedlichen, zum Teil aber auch ähnlichen inhaltlichen Ergebnisse der Erwartungsstudien geben.

2.3.3.1 Stärke der Erwartungsausprägung und Art der Erwartungen

Bereits Liebeck stellte 1984 fest, dass die Patienten (hier Kurpatienten!) generell eine recht hohe Motivation aufweisen und die Zahl der „Kurlauber“ eher gering ist. Auf die hohe Ausprägung von Erwartungen weisen Deck et al. (1998b) ebenfalls hin. In diesen Kontext passt auch ein Ergebnis der Untersuchung von Lehr et al. (1996), bei der nur ein sehr geringer Anteil der Patienten Maßnahmen explizit ablehnte.

Auf die Abhängigkeit der Erwartungsausprägung von den einzelnen Therapiebausteinen machen Kruschke et al. (1996b) aufmerksam. Bei den von ihnen untersuchten onkologischen Patienten bestanden vor allem hohe Erwartungen an allgemeine, nicht krankheitsspezifische Therapiebausteine wie Klinikatmosphäre, balneologisch-physikalische Maßnahmen etc.. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Faller und Mitarbeitern (2000) und Bergelt et al. (2000) überein, bei deren Untersuchungen auch eher unspezifische Erwartungen an angenehme Umgebung und physikalische Maßnahmen im Vordergrund standen. Psychotherapeutische Maßnahmen hingegen waren für die onkologischen Patienten in der Studie von Kruschke et al. (1996b) nachrangig. Ähnliches galt auch für die von Liebeck (1984) untersuchten Kurpatienten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rehabilitationspatienten unterschiedlicher Indikationsbereiche in den meisten Studien recht hoch ausgeprägte Erwartungen und zwar an eher unspezifische Therapieangebote aufweisen. Liebeck weist jedoch auf den Einfluss sozialer Erwünschtheit bei Art und Ausmaß der Erwartungen hin.

Andererseits haben Petermann et al. (1996) festgestellt, dass die Patienten mit Atemwegserkrankungen ihrer Studie sehr dezidierte Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme äußerten.

Den Erholungserwartungen der Patienten widmen die Studien besondere Aufmerksamkeit. Faller et al. (2000) beschreiben ein großes Ausmaß an passiven Erwartungen wie Ruhe und Erholung bei den Rehabilitationspatienten. Auch in der Studie von Lehr et al. (1996) findet sich ein hoher Anteil von Patienten mit Verwöhnerwartungen, für den Ruhe maßgeblich zum Therapieerfolg beiträgt. Ähnliches berichten auch Bergelt et al. (2000) aus ihrer Studie, in der die onkologischen Patienten als wichtigste Hoffnung für die Rehabilitation das „zur Ruhe kommen“ angeben.

Im Gegensatz hierzu stellte Liebeck (1984) fest, dass die Erwartungen an Freizeit und Erholung bei den von ihm untersuchten Kurpatienten eher im Hintergrund standen. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Petermann et al. (1996) überein. Die hier untersuchten Patienten mit Atemwegserkrankungen erwarteten nur in geringem Maße Erholung und Entspannung, sondern vielmehr eingehende medizinische Abklärung und Linderung der Beschwerden.

Peters und Löwenberg (1993) geben jedoch zu Bedenken, dass Erholungswunsch und Ruhe-Erwartung differenzierter betrachtet werden müssen, da sie vor allem von Berufstätigen angegeben werden.

Die Erwartungen der Patienten an Ruhe, Erholung und Entspannung werden auch in der allgemeinen rehabilitationsmedizinischen Literatur besonders thematisiert. Dabei wird eine hohe „Erholungserwartung“ der Patienten häufig als „inadäquate“ Rehabilitationshaltung angesehen. Wirth (1995) kritisiert, dass aufgrund der Vermischung von Rehabilitations- und Kurbegriff viele Patienten mit „Kurerwartungen“ von Ruhe, Erholung und Passivität in eine Rehabilitation kommen (vgl. Abschnitt 2.1.1.3). Diese stehen jedoch dem eigentlichen Rehabilitationsauftrag entgegen, wodurch Enttäuschungen auf beiden Seiten vorprogrammiert sind. In seiner Untersuchung kamen weniger als 10% der Patienten mit einer realistischen, spezifischen Reha-Einstellung (, die neben der Erwartung einer körperlicher Bewegungstherapie z. B. auch die Erwartung an Kurse zur Stressbewältigung oder Raucherentwöhnung, psychologische Beratung und die Vermittlung an eine Gruppe zur langfristigen Rehabilitation zu Hause beinhaltete,) in ein Heilverfahren (Wirth, 1995). Die Tatsache, dass die Rehabilitationserwartungen der Patienten häufig vom „Kurbegriff“ geprägt sind, also auf einem Missverständnis beruhen, darf jedoch nicht nur den Patienten angelastet werden. Wirth (1995) macht hierfür neben der undifferenzierten öffentlichen Diskussion auch das hotelähnliche Ambiente einiger Kliniken verantwortlich. Aufgrund dieser Diskrepanzen wird eine gezielte Aufklärung der Patienten über Aufgaben und Wirkungen der Rehabilitation durch die Versicherungsträger gefordert, um die Erwartungen stärker mit der Realität zu verbinden (vgl. Krischke et al., 1996a).

In diesem Zusammenhang verwundert die von Liebeck (1984) bei Kurpatienten gefundene eher niedrige Erholungserwartung umso mehr.

2.3.3.2 Der Einfluss von soziodemographischen Merkmalen auf die Rehabilitationserwartungen

Alter

Eine unterschiedliche Erwartungshaltung in Abhängigkeit vom Alter wird von einigen Autoren vor allem in der Dimension *Beruf/Rente* festgestellt. Deck et al. (1998b) zeigten, dass ältere Patienten (ab 45 Jahren) mit höheren Erwartungen an Berentungsthemen in die Rehabilitation kommen.

Vergleichend hierzu ergab die Studie von Bergelt et al. (2000), dass jüngere Patienten (bis 59 Jahre) größere Erwartungen an eine berufliche Beratung und die Klärung rechtlicher Fragen angeben als ältere Patienten. Zu vermuten ist, dass Alter kein isolierter Faktor bei der Beeinflussung der Erwartungshaltung ist, sondern unmittelbar mit der Berufstätigkeit der Patienten, die in jüngerem Alter häufiger gegeben ist, zusammenhängt. Dementsprechend geben jüngere Patienten bei Bergelt et al. (2000) auch häufiger als wichtigstes Therapieziel die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit zusammen mit der Bewältigung seelischer Belastung an als ältere Patienten. Für diese stehen Information und Aufklärung neben der Bewältigung des Alltags zu Hause im Vordergrund.

Geschlecht

Einen Einfluss des Geschlechtes auf die Erwartungshaltung der Patienten hat Liebeck (1984) festgestellt. Frauen wollten in seiner Studie häufiger von der Familie abschalten können, sich erholen und offener mit jemandem reden als Männer. Bereits einige Jahre zuvor zeigte eine Untersuchung von Aschoff und Schabacker (1977) über die subjektive Einschätzung von Patienten zum Kurerfolg, dass Frauen sich zu Beginn einer Maßnahme häufiger als „Erholungssuchende“ und nicht als „Kranke“ bezeichneten als Männer. Höhere Erwartungen von Frauen an Ruhe und Erholung wurden auch in anderen Studien gefunden (vgl. Deck et al., 1998b; Faller et al., 2000). Deck und Mitarbeiter (1998b) ermittelten bei orthopädischen Patienten zudem eine höhere Erwartungshaltung der Frauen an Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung. Ähnliche Ergebnisse fanden auch Bergelt et al. (2000) bei onkologischen Patienten. Männer hingegen scheinen höhere Erwartungen in die ärztliche Betreuung und physikalische Maßnahmen zu setzen (vgl. Bergelt et al., 2000; Faller et al., 2000).

Ganz anders gestalten sich die Ergebnisse von Peters und Löwenberg (1993), in deren Studie sich die Erwartungen von Frauen und Männern nicht unterschieden.

Der Einfluss des Geschlechtes auf die Rehabilitationserwartungen lässt sich also nicht vollständig klären. Deck et al. (1998b) vermuten, dass die hohe Erholungserwartung der Frauen auf die bei gleichzeitiger Berufstätigkeit vorliegende Doppelbelastung der Frauen zurückzuführen sein könnte. Die Ergebnisse von Faller et al. (2000) bieten hier einen zusätzlichen Hinweis. Geschlechtseffekte bei den Prozesserwartungen traten hier nur bei der univariaten Analyse der Daten auf. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter und Berufstätigkeit waren keine Haupteffekte des Geschlechtes mehr nachweisbar.

Auf Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Erwartungen bei kardiologischen Rehabilitationspatienten soll in Abschnitt 2.4 gesondert eingegangen werden.

2.3.3.3 Zusammenhang von Krankheitsmerkmalen mit Rehabilitationserwartungen

In Studien, in denen Patienten unterschiedlicher Indikationsbereiche untersucht werden, ist ein Vergleich der Erwartungshaltung bei verschiedenen Diagnosegruppen möglich. Faller et al. (2000) konnten so feststellen, dass orthopädische Patienten höhere Erwartungen an Berufsberatung, berufliche Leistungsfähigkeit, physikalische Maßnahmen und Beschwerdereduktion hatten als die ebenfalls untersuchten onkologischen Patienten. Aber auch innerhalb einer Diagnosegruppe ergeben sich Unterschiede in der Erwartungshaltung je nach Ausprägung der Krankheitsmerkmale. So zeigten Deck et al. (1998b) bei orthopädischen Patienten, dass affektive Krankheitsmerkmale (z. B. katastrophisierende Kognitionen, Depressivität) mit höheren Erwartungen an eine bessere Krankheitsbewältigung und an Berentung verbunden waren, während symptomnahe Krankheitsmerkmale (z. B. Funktionsbehinderung, Schmerz) eher mit der Erwartung an Erholung in Verbindung standen.

Die Studie von Kruschke et al. (1996b) zeigt hingegen, dass die onkologischen Patienten hohe Erwartungen an Therapiebausteine hatten, die auch bei anderen chronischen Erkrankungen eingesetzt werden und die nicht indikationsabhängig sind.

2.3.3.4 Der Einfluss der Rehabilitationserwartungen auf das Outcome

Für Petermann und Koch (1998) besitzen Rehabilitationserwartungen einen unmittelbaren Einfluss auf den Rehabilitationserfolg. Von diesem Zusammenhang wird in Forschung und Praxis zwar allgemein ausgegangen, allerdings liegen bisher nur wenige Untersuchungen über diese Verknüpfung vor (vgl. Deck et al., 1998a; Faller et al., 2000).

Einen Zusammenhang zwischen Eingangsmotivation und Ergebnis der Behandlung fanden Hafien et al. (2000) nach einer Literaturanalyse vor allem im Bereich der Suchtbehandlung und psychotherapeutischen Medizin. Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Riedel (1989), in der der Erfolg der Psychotherapie mit der zuvor erhobenen subjektiven Erfolgserwartung korrespondierte. Das Ausmaß der Prädiktoreigenschaft war jedoch in den untersuchten Studien sehr unterschiedlich. Auch Peters und Löwenberg (1993) kommen in ihrer Literaturanalyse zu dem Schluss, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Erwartungen und Therapieerfolg besteht. Von ihnen werden aber vor allem ältere Arbeiten zitiert, die 20 bis 40 Jahre zurückliegen und bei denen das Erwartungsniveau als maßgeblich für den Therapieerfolg angesehen wird. So scheinen Patienten mit mittlerem Erwartungsniveau günstigere Erfolge aufzuweisen als Patienten mit sehr hohen Erwartungen, die aufgrund rascher Enttäuschung weniger von einer Behandlung profitieren.

Für den Bereich der Rehabilitation erfolgte erst in der letzten Zeit eine empirische Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Rehabilitationserwartungen und -erfolg. Hierzu gehört zum einen die Arbeit von Nübling (1992), der die Skala „*Hoffnung*“ als dominanten Prädiktor für einige Outcome-Skalen (direkte Veränderungsmessung, Beschwerdeverbesserung) identifizierte. Die Anteile erklärter Varianz betragen in Regressionsanalysen hierbei ca. 20%.

Zum anderen konnten auch Kruschke et al. (1996a) nachweisen, dass sowohl die Erwartungen der Patienten in einigen Skalen als auch die Art der

Maßnahmen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg zeigten.

In der Arbeit von Deck et al. (1999c) hatten die Erwartungsdimensionen *Beruf / Rente* und *Krankheitsbewältigung* einen signifikanten Einfluss im Hinblick auf berufliche Veränderungen. Bei hohen Erwartungsausprägungen in der Dimension *Beruf / Rente* war eine anschließende Berufsaufgabe häufiger. Hohe Erwartungen im Bereich *Krankheitsbewältigung* verringerten hingegen das Risiko der Berufsaufgabe.

Allerdings erwiesen sich die Ausprägungen der Rehabilitationserwartungen nur als mäßig prädiktiv bei der Erklärung der Outcome-Variablen Frühberentung und Aufgabe der Arbeit. Das Rehabilitationsergebnis hing hier weniger von den Erwartungen als viel mehr vom subjektiven Leistungsvermögen der Patienten ab.

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse einer Arbeit von Polewka et al. (2001), die an 232 Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation untersuchten, ob die Therapiemotivation neben soziodemographischen Parametern als Prädiktor für den Erfolg der Therapie zu werten war. Hierbei konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Therapiemotivation oder soziodemographischen Daten und dem Outcome festgestellt werden. Allerdings bestand eine Abhängigkeit zwischen dem zuvor geäußerten Rentenwunsch bzw. der zu Beginn bestehenden Arbeitsunfähigkeit und dem Therapieerfolg.

Eine 2001 vorgestellte Studie von Altenhöner et al. an kardiologischen Patienten über den Einfluss von „Einstellungen“ zur Rehabilitation auf die erreichten Ziele ergab, dass Patienten mit positiver Reha-Einstellung die avisierten Ziele am Ende stärker erreichten als Patienten mit einer negativen Einstellung. Bei einer nachgewiesenen Varianzaufklärung von 3 bis 9 Prozent haben die Reha-Einstellungen jedoch auch hier eher geringe Erklärungskraft.

Die vorliegende Literatur zeigt also zum einen, dass nur wenige Untersuchungen über einen Zusammenhang zwischen Rehabilitationserwartungen und -erfolg existieren und macht zum anderen deutlich, dass die wenigen, vorhandenen Zusammenhänge in Regressionsanalysen nur geringe prädiktive Effekte aufweisen. Rehabilitationserwartungen können daher nur als Teilkomponente zur Erklärung des Rehabilitationserfolges betrachtet werden.

Zusammenfassung:

Die Bedeutung von Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation ist in den letzten Jahren zunehmend thematisiert worden und wird vielfach, wenn auch empirische Belege hierzu rar sind, als wichtig Determinante für den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme angesehen.

In diesem Kontext ist die Entwicklung geeigneter Messinstrumente, mit denen Rehabilitationserwartungen erfasst werden können, seit einigen Jahren Gegenstand rehabilitationswissenschaftlicher Forschung. Aktuell existieren hierzu in Deutschland einige Ansätze, die sich in der Operationalisierung des Konstruktes „Motivation“, in der Differenzierung der dimensional Struktur sowie in der Frage der indikationsspezifischen oder -übergreifenden Konzeptualisierung unterscheiden. Bisher durchgeführte Studien haben für verschiedene Indikationsbereiche (z. B. orthopädische, onkologische, psychosomatische) gezeigt, dass die Erwartungen von Rehabilitationspatienten überwiegend hoch ausgeprägt sind, wobei unspezifischen Maßnahmen der

Vorzug gegeben wird. Entgegen häufig geäußerten Zweifeln an der Motivation der Patienten, können diese in den meisten Studien als hoch motiviert bezeichnet werden (vgl. Deck et al., 1998b). Die vorliegenden Untersuchungen weisen darüber hinaus auf Zusammenhänge mit Krankheitsmerkmalen und soziodemographischen Daten hin. So finden sich z. B. unterschiedliche Erwartungsmuster in Abhängigkeit vom Alter der Patienten. Inwieweit Rehabilitationserwartungen eine Geschlechtsspezifität aufweisen, bleibt jedoch offen. Mehrere Studien zeigen höhere Erwartungen von Frauen an Ruhe, Erholung und Krankheitsbewältigung, in anderen Untersuchungen unterscheiden sich Frauen und Männer nicht hinsichtlich ihrer Rehabilitationserwartungen. Diese Heterogenität der Ergebnisse deutet an, dass eine Vielzahl von Faktoren bei der Ausbildung von Rehabilitationserwartungen eine Rolle spielt.

2.4 Erwartungen von Patienten an die kardiologische Rehabilitation

Die Kenntnis von den Erwartungen der Patienten und vom Ausmaß, in dem diese Erwartungen in den bisher vorliegenden Rehabilitationskonzepten erfüllt werden, ist auch für den kardiologischen Indikationsbereich wichtig. In diesem Abschnitt sollen daher die bisher vorhandenen Veröffentlichungen zu Erwartungen und Wünschen von Patienten an die kardiologische Rehabilitation gesondert dargestellt werden.

An der Untersuchung von Lehr et al. (1996) nahmen neben Patienten mit Stoffwechselerkrankungen auch Herz- und Gefäßpatienten teil, eine gesonderte Untersuchung der Erwartungen dieser Patientengruppe erfolgte jedoch nicht. Weiterhin testeten Hafén et al. (2001) den von ihnen entwickelten PAREMO neben psychosomatischen und onkologischen Patienten auch an einer kleinen Gruppe von 100 kardiologischen Patienten.

In der deutschsprachigen Literatur existierte bis vor kurzem nur eine Arbeit, die sich speziell mit den Erwartungen kardiologischer Rehabilitationspatienten beschäftigte. Diese von Faller (1988) durchgeführte Untersuchung liegt bereits einige Zeit zurück.

Grundlage der Untersuchungen von Faller (1988) war eine zu dieser Zeit in der Literatur entstandene Kontroverse über die in einigen Arbeiten ermittelte Diskrepanz zwischen Ursachenkonzept und Behandlungsvorstellungen von Herzpatienten: während von den Herzinfarktpatienten einerseits als Ursachenmodell das „Stresskonzept“ favorisiert wurde, betrachteten sie andererseits Maßnahmen wie Nikotinkarenz, Ernährungsumstellung und Bewegung als wichtigste Behandlungsverfahren und hielten eine körperlich gesunde Lebensweise für die wichtigste Verhaltensänderung.

Ziel seiner Arbeit war es daher, die subjektiven Behandlungserwartungen der Patienten zu Beginn eines Heilverfahrens zu erfassen. Hierzu wurden 51 konsekutiv ausgewählte Männer nach Myokardinfarkt in einem teilstrukturierten Interview zu Behandlungserwartung, Krankheitserleben und -verarbeitung, Ursachenvorstellung und Prävention befragt.

Als wichtigste Erwartungen an die Ärzte geben die Patienten dabei zu 55% Aufklärung und Beratung und zu 53% medizinische Maßnahmen an; psychosoziale Unterstützung durch die Ärzte wurde nur von 12% der Patienten erwartet. Als wichtigste Erwartung an das Heilverfahren nannten die Patienten den Wunsch nach Genesung und Besserung (Erreichen von körperlicher

Leistungsfähigkeit), an zweiter Stelle wünschten sie sich Aufklärung und Beratung (35%). Eine Hilfe bei der Lebensstiländerung oder Ruhe und Erholung erwarteten die Patienten vom Heilverfahren nur in geringerem Maße zu je 16%. Psychosoziale Maßnahmen erwartete kein Patient.

Neben den Erwartungen an das Heilverfahren sollten die Patienten anhand einer Liste möglicher Behandlungsmaßnahmen einschätzen, für wie hilfreich sie die einzelnen Maßnahmen hielten. Hier wurden Nikotinkarenz, Ruhe und Erholung (je 98%) sowie Lebensstiländerung (92%) als besonders hilfreich erachtet. Im mittleren Bereich lagen „psychosoziale Maßnahmen“ mit ca. 70-80%, als wenig hilfreich wurden „alternative“ Maßnahmen wie Hypnose, Naturheilmittel oder Akupunktur angesehen. Aufgrund dieser Ergebnisse konstruierte Faller(1988) drei Erwartungsskalen:

1. Reduktion somatischer Risikofaktoren
2. Psychosoziale Interventionen
3. Regressive Wünsche

Weiterhin ermittelte er einen Zusammenhang zwischen diesen Skalen und Krankheitsverarbeitung und Ursachenvorstellung. So zeigten z. B. Patienten mit eigener Ursachenattribution höhere Erwartungen im Bereich der Reduktion somatischer Risikofaktoren. Er weist darauf hin, dass die zwei entgegengesetzten Ursachenkonzepte (somatisches vs. psychosoziales Ursachenkonzept) zwar mit den jeweils inhaltlich entsprechenden Behandlungserwartungen verbunden sind, andererseits aber auch durchaus die komplementären Behandlungserwartungen einschließen können.

Faller (1988) schließt hieraus, dass Behandlungserwartungen und Ursachenkonzept in der subjektiven Krankheitstheorie der Patienten eng verknüpft sind.

Erst in den letzten beiden Jahren wurden wieder Ergebnisse zu den Erwartungen von kardiologischen Rehabilitationspatienten publiziert. Der von Faller et al. (2000) entwickelte Fragebogen war zwischenzeitlich Grundlage einer Untersuchung zu Erwartungen und Zielen von Patienten an die kardiologische Rehabilitation (vgl. Schubmann et al., 2000; Placzek, 2001). In einer retrospektiven Beobachtungsstudie wurden die Angaben von 238 Teilnehmern ambulanter Herzgruppen zu ihrer Einschätzung einer früher durchgeführten Heilbehandlung ausgewertet. Im Nachhinein schrieben diese Patienten der ärztlichen Betreuung, der Zuwendung durch das Personal und dem Stressbewältigungstraining den größten Stellenwert zu. Als wichtigste Zielerwartungen gaben die Patienten das Wiedererlangen der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie die Reduktion von Beschwerden an.

Unterschiede in der Erwartungsstruktur von Frauen und Männern konnten in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden, wobei die Untersucher die selektive Stichprobengewinnung in ambulanten Herzgruppen für den geringen Anteil an teilnehmenden Frauen (18%) verantwortlich machten (vgl. Placzek, 2001).

Grande et al. (2002b) untersuchten zeitgleich mit der vorliegenden Arbeit geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation. Hierbei zeigten die Patienten im Akutkrankenhaus eine sehr hohe Akzeptanz einer bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Einstellungsskalen konnten jedoch nicht nachgewiesen werden. Auf Itemebene konnten einige Unterschiede in den rehabilitationsbezogenen Erwartungen festgestellt werden. So äußerten Frauen häufiger Befürchtungen gegenüber einer möglichen Überforderung (dass die

Rehabilitation ihnen „*Dinge abverlangen werde, die sie nicht können*“ oder „*sehr anstrengend*“ sein werde), andererseits waren sie optimistischer hinsichtlich der Krankheitsbewältigung als Männer.

Im U.S.-amerikanischen Raum werden die Wünsche und Erwartungen von kardiologischen Patienten dagegen häufiger thematisiert. Allerdings liegen auch hier nur wenige Studien (Moore, 1996; Moore & Kramer, 1996) vor, die diese Fragestellung direkt erforschen. Bei Durchsicht der englischsprachigen Literatur wird deutlich, dass sich lediglich zwei Arbeiten mit den Wünschen und Erwartungen von Patienten speziell an die kardiologische Rehabilitation beschäftigen. Diese Untersuchungen sind (darüber hinaus) für die vorliegende Arbeit gerade deshalb besonders interessant, weil Moore & Kramer (1996) die Rehabilitationserwartungen der Patienten hierbei explizit auch unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Unterschiede analysierten.

Bis auf diese beiden Arbeiten wurden die Präferenzen der Patienten eher indirekt untersucht und überwiegend aus anderen Studien abgeleitet (vgl. Moore & Kramer, 1996; Härtel, 2000). Die Wünsche der Patienten zum Aufbau des Rehabilitationsprogramms, zur Dauer der Programmelemente, zur Klinikentfernung und zum Transport wurden vorwiegend im Hinblick auf die Teilnahmequoten diskutiert (vgl. Carhardt & Ades, 1998; Liebermann et al., 1998; Limacher, 1998). Erwartungen an Krankheitsbewältigung und soziale Unterstützung sowie die Befürchtungen der Patienten wurden in Studien zur Compliance erörtert (vgl. McHugh Schuster, 1991; Ades et al., 1992; Arnstein et al., 1996; Fleury & Cameron-Go, 1997).

Moore (1996) ermittelte in einer Interviewstudie die Erwartungen, Erfahrungen, Präferenzen und Verbesserungsvorschläge von Frauen, die an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatten. Hierzu wurden von ihr zehn (!) Frauen in zwei Fokusgruppen befragt. Die von diesen Frauen als positiv und besonders wichtig bewerteten Punkte umfassten ein breites Spektrum von einem Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und der Sicherheit durch die Monitorkontrolle über Diätinformationen bis zur Übernahme der Kosten durch die Versicherung. Kritisiert haben die Patientinnen die eingeschränkten Möglichkeiten, Übungen auszuwählen (z.B. Langeweile, da nur Ergometer oder Laufband zur Verfügung standen), zu geringe Kontaktmöglichkeiten zu den Mitpatienten und die mangelnde emotionale Unterstützung durch das Personal. Als Verbesserungsvorschläge der Frauen kristallisierten sich mehr emotionale Unterstützung und Ermutigung durch das Personal, mehr Auswahlmöglichkeiten für die Übungen sowie größere Übungsräume und insgesamt längere Programme heraus.

In einer weiteren Studie haben Moore und Kramer (1996) die Erwartungen von Frauen und Männern miteinander verglichen und die Erfüllung dieser Erwartungen analysiert. Hierzu wurde von ihnen anhand von Literaturanalysen und Fokusgruppen ein Instrument mit 35 Items entwickelt, mit dem 65 Teilnehmer (33 Männer, 32 Frauen) eines ambulanten 12-Wochen-Programms befragt wurden.

Bei den Erwartungen waren für Frauen und Männer das „Besprechen von Fortschritten“ und die „Ermunterung durch das Personal“ besonders wichtig;

am wenigsten wichtig erschienen in beiden Geschlechtern Transportprobleme. Bei den Erwartungen gaben Frauen signifikant häufiger an, dass das Programm nicht zu anstrengend sein sollte.

Befragt nach ihren Erfahrungen im Rahmen des Rehabilitationsprogramms, gaben die Patienten am häufigsten an, dass die Übungen eher leicht zu erlernen waren. Die Erfahrung, eigene Ziele setzen und Übungen auswählen zu können, machten die Patienten allerdings nur selten. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ergab sich bei den Erfahrungen mit der Rehabilitation nur beim Auftreten von Schmerzen während der Übungen, die von Frauen signifikant häufiger als von Männern angegeben wurden.

Moore und Kramer (1996) analysierten weiterhin, inwiefern die geäußerten Erwartungen im Rahmen der Rehabilitation auch erfüllt wurden. Die Erwartungen von Frauen und Männern an die Unterstützung des Personals, an Auslastung und Parkmöglichkeiten vor Ort wurden dabei erfüllt. Im Hinblick auf Transport, Fahrzeit und das Erlernen der Übungen wurden die vorherigen Erwartungen in beiden Geschlechtern sogar übertroffen. Die Möglichkeit, die Übungen selbst aussuchen und den Fortschritt besprechen zu können, blieb jedoch hinter den Erwartungen der Patienten zurück.

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied ergab sich dahingehend, dass Frauen häufiger als erwartet bei den Übungen ermüdeten und Schmerzen hatten als Männer, während Männer seltener als erhofft eigene Ziele setzen konnten.

Moore und Kramer (1996) haben demnach insgesamt eine weitgehende Ähnlichkeit in den Erwartungen und Erfahrungen von Frauen und Männern an die kardiologische Rehabilitation ermittelt, die eine Entwicklung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsprogramme nicht rechtfertigen würde. Sie fordern allerdings aufgrund ihrer Ergebnisse Verbesserungen in der Möglichkeit zur Mitgestaltung der Programme und zur eigenen Zielsetzung und zwar für beide Geschlechter.

Allerdings bewerten die Autoren die von ihnen durchgeführten Studien vor allem im Hinblick auf die zu geringe Zahl an Studienteilnehmern und das hohe Alter der Patienten durchaus kritisch.

Hier ist weiterhin anzumerken, dass die Ergebnisse aufgrund des überwiegend ambulanten Rehabilitationssettings in den USA nur sehr eingeschränkt für das deutsche, stationäre Rehabilitationssystem Bedeutung haben. Da sich nicht nur die Rehabilitationssysteme, sondern auch die Gesundheitssysteme beider Staaten erheblich unterscheiden, ist zu vermuten, dass auch die Erwartungen der Patienten erheblich differieren. Dies wird z. B. daran deutlich, dass sich die frei formulierten Erwartungen der Patienten aus den U.S. –amerikanischen Studien im wesentlichen auf logistische (Fahrzeit, Parkmöglichkeit, Transportprobleme etc.) und finanzielle (akzeptable Kosten, Übernahme durch die Versicherung) Aspekte beziehen, die für Rehabilitationspatienten in Deutschland keine oder nur eine geringe Rolle spielen.

Zusammenfassend müssen bei den hier beschriebenen kardiologischen Erwartungsstudien folgende Punkte kritisch bewertet werden:

- (1) Es liegen insgesamt nur wenige Untersuchungen zu diesem Themenkomplex vor.
- (2) Aufgrund des ambulanten Rehabilitationssystems in den USA sind die Ergebnisse der beiden US-amerikanischen Studien nur eingeschränkt auf das in Deutschland überwiegend stationäre Rehabilitationssetting übertragbar. Hinzu kommt, dass der Zugang zur Rehabilitation in Deutschland, anders als in den USA, gesetzlich geregelt ist.
- (3) Die in Deutschland von Faller (1988) durchgeführte Untersuchung stammt aus einer Zeit, in der die in Abschnitt 2.3.1 dargestellten Gründe für eine Erwartungserhebung noch keine Rolle spielten und hat daher einen anderen, eher auf das Krankheitskonzept der Patienten ausgerichteten, Schwerpunkt als die in anderen Indikationsbereichen später durchgeführten Studien zur Erwartungserhebung.
- (4) In allen aufgeführten kardiologischen „Erwartungsstudien“ erfolgte die Erhebung der Rehabilitationserwartungen erst retrospektiv nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms. Hierbei muss also berücksichtigt werden, dass die von den Patienten geäußerten Erwartungen möglicherweise von den bereits gemachten Erfahrungen beeinflusst wurden.

3 Fragestellung und Hypothesen

3.1 Herleitung des Untersuchungsthemas

Es scheint unbestritten, dass die Erwartungen des Patienten an die Therapie einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben; dies gilt für Rehabilitationsmaßnahmen ebenso wie für die Akuttherapie (Lehr, 1996). Besteht ein zu großer Unterschied zwischen dem Krankheitskonzept des Patienten und den Vorstellungen des Arztes über Art und Behandlung der Erkrankung, kann kein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen beiden zustande kommen. Die Mitarbeit des Patienten ist daher bei jeder Erkrankung unverzichtbar.

Während in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung die Erhebung von Patientenerwartungen sowie die Entwicklung entsprechender Messinstrumente bereits seit längerer Zeit Gegenstand der Forschung sind, wird die Patientenperspektive in der Rehabilitation erst im Rahmen der von den Rentenversicherungsträgern in den letzten zehn Jahren aufgelegten Qualitätssicherungsprogramme thematisiert. Obwohl es nur wenige empirische Belege hierfür gibt, werden dabei die Erwartungen der Patienten oft als wichtige Determinanten für den Rehabilitationserfolg angesehen (Deck et al., 1998a; Faller et al., 2000).

Bisher vorliegende Studien zur Entwicklung von Messinstrumenten hatten daher das Ziel, Prognosekriterien für den Rehabilitationserfolg zu entwickeln, Screening-Verfahren für die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu erarbeiten und Konzepte für Motivationsaufbauprogramme zu erstellen (vgl. Hafen et al., 2000). Seitdem sind für verschiedene Indikationen (psychosomatische, orthopädische und onkologische) Erwartungsstudien durchgeführt worden, die auf überwiegend hoch ausgeprägte Erwartungen der Patienten hinweisen, wobei unspezifische Therapiebausteine bevorzugt werden. Zudem werden Zusammenhänge der Rehabilitationserwartungen mit soziodemographischen Daten und Krankheitsmerkmalen deutlich.

Für den kardiologischen Indikationsbereich sind Arbeiten zu Patientenerwartungen hingegen rar. Dabei kommt gerade hier den Patientenerwartungen eine besondere Bedeutung zu, da in den Behandlungskonzepten der koronaren Herzkrankheit im Rahmen der Sekundärprävention die Reduktion von Risikofaktoren durch eine langfristige Lebensstiländerung angestrebt wird. Hierbei ist vom Patienten „adherence“ gefordert – seine Bereitschaft zur Mitarbeit, die wiederum von seinen Erwartungen abhängt, ist dafür Voraussetzung.

Bisher für diesen Indikationsbereich durchgeführte Studien erfassten die Erwartungen der Patienten meist retrospektiv nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme oder Aufnahme in die Rehabilitationsklinik. Für die Studien aus dem US-amerikanischen Bereich kommt hinzu, dass die Ergebnisse aufgrund des ambulanten Rehabilitationssettings nicht unmittelbar auf die kardiologische Rehabilitation in Deutschland übertragbar sind (Moore, 1996; Moore & Kramer, 1996; Placzek, 2001).

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der strukturellen und konzeptionellen Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems zunehmend diskutiert wird, ist die Frage nach möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der

medizinischen Rehabilitation. Von der Reha-Kommission des VDR zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation wurde am Beispiel der Anschlussheilbehandlungen nach Herzinfarkt eine deutliche Unterinanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen durch Frauen festgestellt und empfohlen, mögliche Zugangsbarrieren für Frauen zu untersuchen und bedürfnisgerechtere Rehabilitationskonzepte zu entwickeln (VDR, 1992). Aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren mehrere Forschungsprojekte gefördert und durchgeführt, die sich speziell mit geschlechtsspezifischen Unterschieden in der kardiologischen Rehabilitation beschäftigten und zwar neben Projekten aus rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden in Bayern (s. Härtel et al., 2002) und Nordrhein-Westfalen (s. Grande et al., 2002b) auch das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt des Norddeutschen Verbundes Rehabilitationsforschung (Mittag, 2002).

In der Literatur werden zahlreiche Versuche unternommen, die geringeren Teilnahmequoten von Frauen in der kardiologischen Rehabilitation zu erklären. Als mögliche Ursachen werden von den Autoren das höhere Alter der Frauen bei der KHK-Manifestation, medizinische Gründe, häufigere Beschwerden sowie eine geringere Intensität der ärztlichen Empfehlung vermutet (Thomas et al., 1996; Carhardt & Ades, 1998; Evenson et al., 1998). Allerdings wäre es auch möglich, dass die vorhandenen Rehabilitationsprogramme nicht den Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen von Frauen entsprechen (Moore & Kramer, 1996).

Die Erwartungen der Patienten beeinflussen also möglicherweise neben der Therapiemitarbeit und dem Rehabilitationserfolg auch die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Es fehlen jedoch bislang noch differenzierte Kenntnisse darüber, welche Erwartungen Patienten in Deutschland unmittelbar nach einem kardialen Akutereignis an die vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme stellen, ob diesbezüglich geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen und ob diese Erwartungen das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten beeinflussen. Hierzu soll die vorliegende Arbeit erste Ansatzpunkte bieten.

3.2 Fragestellung und Hypothesen

In der Arbeit sollen die Patientenerwartungen an die kardiologische Rehabilitation nach einem kardialen Akutereignis und die Erfüllung dieser Erwartungen evaluiert werden. Insbesondere soll untersucht werden, ob hinsichtlich der Rehabilitationserwartungen geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.

Im Rahmen der Gesamtfragestellung ergeben sich folgende Detailfragen:

Welche Erwartungen bestehen bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme?

Haben Frauen und Männer unterschiedliche Erwartungen?

Welche Faktoren beeinflussen die Rehabilitationserwartungen?

Haben die Rehabilitationserwartungen einen Einfluss auf die Entscheidung zur Teilnahme an bzw. Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme?

Lassen sich anhand der vorhandenen Erwartungen Gruppen mit günstigen bzw. ungünstigen Rehabilitationsverläufen identifizieren?

Inwieweit werden die Erwartungen im Rahmen des Rehabilitationsprogramms auch erfüllt?

Welche Folgerungen lassen sich hieraus für eine geschlechtsspezifische Ausgestaltung der Rehabilitationsprogramme ableiten?

Welche Folgerungen lassen sich hieraus für Information und Aufklärung der Patienten vor einer Rehabilitationsmaßnahme ableiten?

Aufgrund der oben beschriebenen Fragestellungen wurden folgende Hypothesen formuliert, die im Rahmen der Arbeit überprüft werden sollen:

Hypothesengruppe I:

Es bestehen Zusammenhänge zwischen Reha-Erwartungen und soziodemographischen Daten (Alter, Bildungsstand, Einkommensstatus, Familienstand).

Hypothesengruppe II:

Bei einzelnen Erwartungen an die Rehabilitation bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede.

- Frauen erhoffen sich mehr Ruhe und Erholung und weniger körperliches Training von der Maßnahme als Männer.
- Frauen haben stärkere Befürchtungen bzgl. des körperlichen Trainingsprogramms als Männer.
- Bei Frauen besteht ein höherer Bedarf an Gesprächsangeboten und Erfahrungsaustausch als bei Männern.
- Erwartungen an Gesundheitsbildung und Information zeigen keine Geschlechtsspezifität.

- Erwartungen an weitere ärztliche Diagnostik und Behandlung zeigen keine Geschlechtsspezifität.
- Erwartungen an die berufliche Reintegration bzw. Rentenantragstellung zeigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Hypothesengruppe III:

Einflussfaktoren auf die Rehabilitationserwartungen

- Subjektive Rehabilitationserwartungen werden in höherem Maße durch das familiäre und soziale Umfeld als durch die vorbehandelnden Ärzte bestimmt.
- Rehabilitationserwartungen zeigen in beiden Geschlechtern eine enge Abhängigkeit von Kontrollüberzeugungen.

Hypothesengruppe IV:

Einflussfaktoren für die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm

- Die Entscheidung zur Teilnahme am Rehabilitationsprogramm wird weniger von positiven oder negativen Rehabilitationserwartungen als von anderen Faktoren (z. B. ärztlicher Rat, Komorbidität, soziales Umfeld) bestimmt.
- Es bestehen frauenspezifische Motive für die Ablehnung einer Rehabilitationsbehandlung (z. B. soziale Unterstützung, Haushaltstätigkeiten, Kindererziehung, Pflege von Angehörigen).

Hypothesengruppe V:

Diskrepanz zwischen Rehabilitationserwartungen und Rehabilitationsablauf

- Eine Diskrepanz zwischen Erwartungen und Rehabilitationsablauf steht in Zusammenhang mit der vor der Maßnahme erhaltenen Information und Aufklärung.
- Eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen des Patienten (Erwartungsfragebogen) einerseits und dem Rehabilitationsablauf (Bewertungsfragebogen) andererseits beeinflusst das Outcome negativ.
 - Bei Patienten, die während der Rehabilitation eigene Ziele setzen und ihr Trainingsprogramm individuell gestalten möchten und können, wird das Outcome positiv beeinflusst.
 - Bei Patienten, die Hilfestellung und Beratung in arbeits- und sozialrechtlichen Fragen wünschen und erhalten, wird die Wiederaufnahme von Berufs- bzw. Hausarbeit günstig beeinflusst.
 - Patienten, deren Erwartung an Hilfe bei der Krankheits- und Stressbewältigung erfüllt wird, zeigen im Verlauf eine Besserung der Befindlichkeit und eine höheres Maß an Lebenszufriedenheit.
 - Patienten, deren Erwartungen an Gesundheitsbildung und Information über den individuellen Behandlungsverlauf erfüllt werden, zeigen einen günstigen weiteren Behandlungsverlauf und eine positive Lebensstiländerung im Sinne einer Reduktion von Risikofaktoren

4 Methoden

4.1 Rahmen

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des vom Norddeutschen Verbund Rehabilitationsforschung (NVRF) geförderten Forschungsprojektes „Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern“ (Förderer: BMBF; Förderkennzeichen 01GD9809 / Projektleiter: Dr. Oskar Mittag). In diesem als prospektive Längsschnittstudie angelegten Projekt sollte der Einfluss personaler und kontextueller Wirkfaktoren auf Krankheitsverlauf und Ergebnis der Rehabilitation untersucht werden. Weitere Ziele der Studie waren die Analyse geschlechtsspezifischer Risikofaktorenprofile für die KHK und einer möglichen Benachteiligung von Frauen hinsichtlich der Versorgungsqualität. Stichprobe und Durchführung der vorliegenden Arbeit entsprachen daher im wesentlichen den Vorgaben des Gesamtprojektes.

Eigenständig durchgeführte Arbeiten im Rahmen des Gesamtprojektes waren die Recherche und Auswertung der Literatur zum Thema Koronare Herzkrankheit und Geschlecht, die Rekrutierung der Patienten in allen acht Zentren einschließlich der gesamten Logistik des Projektes mit Abwicklung und Kontrolle der Datenerfassung zu allen drei Messzeitpunkten, die Entwicklung der medizinischen Erhebungsbögen sowie die schriftliche Befragung der Hausärzte und die Übertragung der medizinischen Eingangsdaten aus den Klinikunterlagen.

Für die vorliegende Arbeit im Speziellen habe ich zusätzlich die vorliegende Literatur zu den Themen Rehabilitation, kardiologische Rehabilitation und Erwartungen und Motivation recherchiert und ausgewertet, den Fragebogen von Deck et al. (1998b) adaptiert und für den Einsatz bei kardiologischen Patienten ergänzt, den Bewertungs-Fragebogen, den Interviewleitfaden sowie den Fragebogen zu Ablehnungsgründen entwickelt und die Pretests durchgeführt und ausgewertet. Darüber hinaus wurden die Mehrzahl der Patienteninterviews sowie sämtliche hier beschriebenen statistischen Berechnungen von mir eigenständig durchgeführt.

4.2 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Überlegungen zur Auswahl der Erhebungsmethode:

Da zu Beginn der Studie bei der Patientenrekrutierung auch ein persönlicher Kontakt zu den Untersuchungsteilnehmern existierte, kamen für die Erfassung der relevanten Daten zum Messzeitpunkt T 1 sowohl schriftliche als auch mündliche Erhebungsmethoden in Frage.

Eine schriftliche Befragung erfordert ein hohes Maß an Strukturierbarkeit und verzichtet auf die steuernden Einflüsse eines Interviewers. Ein wesentlicher Vorteil schriftlicher Befragungen liegt darin, dass sie sich an einer großen Zahl von Untersuchungsteilnehmern bedeutend kostengünstiger und mit geringerem Zeitaufwand durchführen lassen als mündliche Befragungen. Aufgrund der größeren Anonymität bei schriftlichen Befragungen ist ein „ehrlicheres“ Antwortverhalten der Teilnehmer zu erwarten. Nachteilig wirkt sich bei schriftlichen Befragungen aus, dass die Rücklaufquote stark schwanken und es

zu höheren Ausfallquoten kommen kann, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt wird.

Durch die Anwesenheit des Interviewers ergibt sich für die mündliche Befragung der Vorteil, dass einerseits Verständnisfragen der Untersuchungsteilnehmer beantwortet werden können und andererseits auch für den Interviewer bei unpräzisen Angaben die Möglichkeit der Nachfrage besteht. Nachteile der mündlichen Befragung sind jedoch die geringere Anonymität und der größere Zeitaufwand bei der Erhebung an großen Stichproben.

Probleme bei beiden Formen der Datenerhebung sind Antwortverfälschungen durch das Auftreten von Interviewereffekten, wie z. B. soziale Erwünschtheit oder Spekulationen über Auftraggeber.

Darüber hinaus lässt sich die Qualität eines Testes bzw. Fragebogens an den drei zentralen Kriterien der Testgüte Objektivität, Validität und Reliabilität festmachen (vgl. Bortz & Döring, 2002).

4.2.1 Auswahl und (Weiter-)Entwicklung des Erwartungsfragebogens

Zur Ermittlung der Patientenerwartungen wurde in der vorliegenden Arbeit der schriftlichen Befragung der Vorzug gegeben. Hierfür waren neben den oben genannten Vorteilen folgende Überlegungen ausschlaggebend:

Zum einen ließ sich ein solches Instrument problemlos in den ersten Fragebogen des Gesamtprojektes integrieren und damit der Zeitaufwand bei der Größe der geplanten Stichprobe reduzieren. Zum anderen wurde während des Literaturstudiums deutlich, dass in einigen Studien bereits Fragebögen zur Messung von Rehabilitationserwartungen und -motiven entwickelt wurden, die zumindest zum Teil auch als Vorlage für einen Fragebogen für kardiologische Patienten geeignet erschienen.

Außerdem sollte drei Monate nach der Rehabilitation mit einem nur geringfügig geänderten Instrument untersucht werden, inwieweit die Rehabilitationserwartungen im Rahmen der Rehabilitation erfüllt wurden. Da die Patienten zu diesem Zeitpunkt die Kliniken bereits wieder verlassen hatten, kam hierfür nur eine postalische und somit schriftliche Erhebung in Frage.

Obwohl in den letzten zehn Jahren aus einigen Indikationsbereichen heraus Instrumente zur Erhebung von Patientenerwartungen an die Rehabilitation entwickelt wurden, liegt ein Fragebogen zur Erfassung von Erwartungen an die kardiologische Rehabilitation bisher nicht vor.

Auf der Suche nach einem geeigneten Erhebungsinstrument war die schon ausführlich beschriebene Untersuchung von Deck et al. (1998b) besonders interessant, da der hier entwickelte Fragebogen indikationsübergreifend angelegt ist und kurz genug für Erweiterungen schien. Darüber hinaus hatte sich dieses Instrument bereits an der untersuchten orthopädischen Stichprobe als „gendersensitiv“ erwiesen und schien daher zur Erfassung von geschlechtsspezifischen Rehabilitationserwartungen besonders geeignet. Zur Messung der Rehabilitationserwartungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit haben wir daher diesen Fragebogen herangezogen und ihn im Hinblick auf Genderfragestellungen und für den kardiologischen Indikationsbereich erweitert:

Die ersten drei Skalen des neuen Instrumentes beziehen sich inhaltlich auf die Rehabilitationsaspekte *Ruhe / Erholung*, *Krankheitsbewältigung* und *Rente /*

Beruf und sind mit folgenden nur geringfügigen frauenspezifischen Änderungen aus dem Instrument von Deck et al. (1998b) übernommen:

(1) In der Skala *Krankheitsbewältigung* wurde die Frage nach dem Abbau von beruflichen Stress um die Formulierung „*Stress aus Haushalt und Beruf*“ ergänzt, um auch nicht berufstätige Frauen anzusprechen.

(2) Die Skala *Rente / Beruf* wurde um eine Frage nach den Erwartungen bzgl. der Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege ergänzt.

Um eine möglichst große Vergleichbarkeit zwischen der hier vorliegenden Arbeit und der Studie von Deck et al. (1998b) zu gewährleisten, wurden alle übrigen Items dieser Skalen unverändert übernommen. Wie in dem ursprünglichen Instrument ist eine 4-fach Antwortskalierung von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ vorgegeben.

Die Dimension *Gesundheit* des Ursprungsfragebogens hatte sich in der Untersuchung von Deck et al. (1998b) nach psychometrischen Kriterien als kritisch erwiesen – diese Kategorie wurde unter Berücksichtigung der kardialen Erkrankung der Patienten ausdifferenziert.

Zu vier weiteren Themenbereichen wurden Items speziell für den kardiologischen Indikationsbereich neu entwickelt, wobei diese Items teils aus der Literatur, teils aus Patientengesprächen abgeleitet wurden. In diesen Dimensionen sollten die Erwartungen der Patienten an *Diagnose und Therapie*, *Rehabilitationsablauf*, *Rehabilitationsinhalte* und an die *Rehabilitationsziele* erfasst werden.

Die Themenbereiche des so neu konzipierten Erwartungsfragebogens stellt *Tabelle 1* dar.

Tabelle 1: Dimensionen des Erwartungsfragebogens mit Beispielitems

<i>Dimension</i>	<i>Beispielitem</i>
	Ich hoffe / ich erwarte, dass...
Ruhe und Erholung	...ich Abstand vom Alltag gewinne.
Krankheitsbewältigung	...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.
Beruf und Rente	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft
Diagnose und Therapie	...man weitere Untersuchungen durchführt.
Rehabilitationsablauf	...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.
Rehabilitationsinhalte	...ich körperlich sehr gefordert werde.
	Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, dass...
Rehabilitationsziele	...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann.

4.2.2 Durchführung der Voruntersuchungen

Um festzustellen, ob der so konzipierte Fragebogen für die Anwendung bei kardiologischen Patienten geeignet war, wurde orientierend ein Vortest durchgeführt. Hierbei ging es darum, die neu formulierten Items im Hinblick auf mögliche Boden- oder Deckeneffekte und hohe Anteile fehlender Werte zu überprüfen. Darüber hinaus sollte anhand der so erhobenen Erwartungen von Frauen und Männern überprüft werden, ob überhaupt Gendereffekte bei der Beantwortung des Fragebogens auftreten und in welchen Dimensionen geschlechtsspezifisches Antwortverhalten zu verzeichnen ist. Ein weiterer

Aspekt für die Durchführung des Pretests war die zusätzliche Möglichkeit der Itemgenerierung, da die Patienten Erwartungen, die sie nicht im Fragebogen wiederfanden, frei formulieren sollten. Außerdem sollten mögliche Verständnisschwierigkeiten der Patienten aufgedeckt werden, die eventuell eine Neuformulierung einzelner Items notwendig machten.

Die Voruntersuchung erfolgte in zwei Schritten, um die erste Version des Fragebogens nach Überarbeitung in zweiter Version neu testen zu können. Die Voruntersuchungen wurden im August und September 1998 im Rahmen der in der Mühlenberg-Klinik, Malente, regelmäßig stattfindenden Begrüßungsveranstaltungen mit Frauen und Männern durchgeführt, die sich in der ersten Woche einer kardiologischen Anschlussrehabilitation befanden. Die Patienten wurden im Anschluss an diese Veranstaltungen kurz über den Zweck der Voruntersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die anonyme Auswertung informiert. Die Teilnehmer sollten die Fragebögen möglichst direkt vor Ort ausfüllen. Die Untersucherin war während dieser Zeit anwesend, um bei möglichen Unklarheiten Fragen zu beantworten und Vorschläge von Patienten für die Formulierung neuer Items sowie Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Fragebogens aufzunehmen. An demographischen Daten wurden nur Alter und Geschlecht der Patienten registriert.

4.2.3 Ergebnisse der Voruntersuchungen

Pretest I

Die erste Version des Fragebogens enthielt 31 Items und ist im Anhang (S.142/143) wiedergegeben.

Ergebnisse der ersten Voruntersuchung

An der ersten Voruntersuchung nahmen 45 Patienten teil, davon waren 11 Frauen (24,4%) und 34 Männer (75,6%). Das Alter der Patienten lag zwischen 26 und 82 Jahren, das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 55,7 Jahre. Die Frauen waren im Durchschnitt 57,7 Jahre, die Männer im Durchschnitt 55,0 Jahre alt

Tabelle 2 gibt die Charakteristika der Stichprobe von Pretest I wieder.

Tabelle 2 Stichprobe Pretest I,

N = Zahl der Teilnehmer; M = Mittelwert

Merkmal	Gesamt	Frauen	Männer
N / %	45 / 100	11 / 24,4	34 / 75,6
M (Alter) in J	55,7	57,7	55,0
Altersrange	26-82	27-78	26-82

Zu den einzelnen Items wurde das Antwortverhalten jeweils für die Gesamtstichprobe und danach für Frauen und Männer getrennt berechnet. Um Boden- bzw. Deckeneffekte zu erkennen, wurden neben den missing values die Zustimmungsraten für die einzelnen Items bestimmt und als Itemschwierigkeit p quantifiziert. Dieser Index gibt den Anteil der Personen wieder, die das Item bejahen. Zur Berechnung der Itemschwierigkeiten wurden die vier Antwortmöglichkeiten dichotomisiert („stimmt genau + stimmt etwas“; „stimmt eher nicht + stimmt überhaupt nicht“). Die Ergebnisse für die einzelnen Items sind ausführlich in *Tabelle 3* dargestellt.

- Ergebnisse für den von Deck et al. (1998b) übernommenen Fragebogenteil: Hierbei fällt auf, dass bis auf die Items aus der Dimension *Beruf / Rente* durchweg alle Items sehr hohe Zustimmungswerte hatten, so dass nur diejenigen weiter kritisch betrachtet werden sollten, bei denen die Itemschwierigkeit $p > .85$ bzw. $p < .15$ war. In der Kategorie *Ruhe / Erholung* traf dies auf zwei Items zu (Ich erwarte, daß der Ort ansprechend ist; /Ich erwarte, daß es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas zu unternehmen), in der Kategorie *Krankheitsbewältigung* auf ein Item (Ich erwarte, daß ich Streß aus Haushalt und Beruf abbauen kann). Die fehlenden Werte lagen in diesen beiden Kategorien zwischen 2,2 % und 8,8%, während bei der Kategorie *Beruf / Rente* fehlende Werte bis zu einer Höhe von 20% zu verzeichnen waren. Einige der Fragen aus dem Bereich *Beruf / Rente* treffen vorwiegend auf Patienten zu, die noch nicht berentet sind. Der hohe Anteil von Fehlwerten ist dadurch erklärbar, dass die bereits berenteten Patienten, die entsprechenden Fragen nicht beantwortet haben. Da die Fragen jedoch inhaltlich für die Berufstätigen wichtig erschienen, wurden sie beibehalten. Um für die spätere Untersuchung eine Vergleichbarkeit zwischen der Hauptuntersuchung und der Studie von Deck et al.(1998b) zu

gewährleisten, wurden die ersten drei Skalen trotz der beschriebenen Unzulänglichkeiten in unveränderter Form für die zweite Version des Fragebogens übernommen.

- Ergebnisse für den neu entwickelten Fragebogenteil:
In der Rubrik *Diagnose / Therapie* lagen die p-Werte für zwei Items über .85, in der Kategorie *Rehabilitationsablauf* traf dies auf ein Item zu. Da diese Items nicht anderweitig thematisch widergespiegelt waren, wurden sie zur Übernahme in die zweite Fragebogenversion umformuliert. Die Items der Dimension *Rehabilitationsinhalte* zeigten alle bis auf das erste (Ich erwarte, dass ich körperlich sehr gefordert werde; $p = .70$) sehr hohe Zustimmungswerte von $p > .85$ in der ersten Fragebogenversion, so dass lediglich dieses erste Item in die zweite Version übernommen und die anderen fünf Items dieser Dimension umformuliert bzw. eliminiert wurden. Wegen zu hoher Zustimmungswerte aller Items ($p = .86$ bis $p = .93$) schien die Skala *Rehabilitationsziele* in ihrer Gesamtheit nicht geeignet, eine ausreichende Differenzierung der Zielerwartungen vorzunehmen. Aus diesem Grund wurde diese Skala komplett umstrukturiert. Da eine überwiegende Zustimmung zu den Reha-Zielen nur natürlich erscheint, die Erwartungen an die Ziele aber sicherlich differenzierter erfasst werden mussten, haben wir uns entschlossen, für diese Kategorie verschiedene Erwartungen noch einmal zusammenzufassen und als „Zielerwartungen“ in einer 10-fach Skalierung von „erwarte ich ganz stark“ bis „erwarte ich überhaupt nicht“ vorzugeben.

Von der Möglichkeit, zusätzliche Erwartungen frei zu formulieren, machten nur sehr wenige Patienten Gebrauch. Einige der Vorschläge spiegelten Themenbereiche wider, die bereits im Fragebogen enthalten waren, andere Vorschläge betrafen spezielle organisatorische Probleme in der Klinik. Lediglich ein Item („Ich erwarte, dass man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet“) wurde auf Vorschlag von Patienten in die Dimension *Diagnose / Therapie* integriert.

Pretest II

Die zweite Version des Fragebogens umfasste insgesamt 32 Items und wurde in einer zweiten Untersuchung orientierend getestet. Diese Version ist im ebenfalls im Anhang (S.144-146) wiedergegeben.

Ergebnisse der zweiten Voruntersuchung

Die Stichprobe der zweiten Voruntersuchung umfasste ebenfalls 45 Patienten. Der Frauenanteil war mit 8 Patientinnen (17,8%) jedoch geringer als in der ersten Voruntersuchung. Das Durchschnittsalter der einzelnen Gruppen ist *Tabelle 4* zu entnehmen.

Tabelle 4 Stichprobe Pretest II,

N= Zahl der Teilnehmer; M= Mittelwert

Merkmal	Gesamt	Frauen	Männer
N / %	45 / 100	8 / 17,8	37 / 82,2
M (Alter) in J	58,07	61,75	57,2
Altersrange	34-78	34-76	38-78

Aufgrund der geringen Zahl von teilnehmenden Frauen schien eine getrennte Auswertung der einzelnen Items nach Geschlecht kaum sinnvoll. Die ausführliche Auswertung der zweiten Fragebogenversion findet sich im Anhang (Tabelle 5a,b).

Zur Berechnung der Zustimmungswerte p wurden bei der neuen Skalierung für die Dimension *Rehabilitationsziele* die Randwerte [8] bis [10] als Zustimmung definiert. Mit Werten zwischen $p = .64$ und $p = .81$ lagen die Itemschwierigkeiten in einem günstigeren Bereich als in der ersten Version.

Die Wahl der Skalierung von [1] bis [10] für diese Dimension in der zweiten Version erwies sich also als sinnvoll, da die Patienten hierbei wesentlich differenzierter antworteten als in der ersten Version mit vier Antwortmöglichkeiten.

Auch in dieser Fragebogenversion mussten in verschiedenen Dimensionen einige Items aufgrund sehr hoher Zustimmungswerte $> .85$ als kritisch eingestuft werden, da mit ihnen keine ausreichende Differenzierung erreicht werden kann. Diese Items sind in Tab. 5a,b mit einem * gekennzeichnet. Dies waren jedoch deutlich weniger als in der ersten Version. Einige dieser Items sollten beibehalten werden, da sie uns wegen des tendenziell unterschiedlichen Antwortverhaltens von Frauen und Männern in beiden Voruntersuchungen interessant erschienen.

Außerdem fiel bei der zweiten Untersuchung auf, dass die Hälfte der „kritischen“ Items aus dem von Deck et al. (1998b) übernommenen Teil stammte, an dem aus bereits beschriebenen Gründen festgehalten werden sollte. Bezogen auf die Zahl der neuen Items schien der neu entwickelte Fragebogenteil sogar etwas günstiger abzuschneiden, allerdings ist aufgrund der sehr kleinen Stichprobe, der anderen Indikationsgruppe und des veränderten Fragebogens eine Vergleichbarkeit kaum gegeben. Wir haben dies jedoch dahingehend interpretiert, dass sich das Antwortverhalten der Patienten für den übernommenen und den neu entwickelten Fragebogenteil im wesentlichen angeglichen hatte. Da die Aussagekraft der Voruntersuchungen aufgrund der geringen Stichprobengrößen ohnehin erheblich eingeschränkt war, haben wir uns entschlossen, die zweite Version des Instrumentes ohne weitere Änderungen in den Fragebogen 1 des Gesamtprojektes (T 1) zu übernehmen, um das neue Instrument im Rahmen der Hauptuntersuchung an einer größeren Stichprobe zu erproben und dann einer erneuten psychometrischen Testung zu unterziehen.

4.2.4 Bewertungsfragebogen: Erfüllung der Erwartungen

Während vor bzw. zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme die Erwartungen an die bevorstehende Maßnahme erfasst wurden, sollten die Teilnehmer drei Monate nach Entlassung bewerten, inwieweit diese Erwartungen während des Reha-Aufenthalts erfüllt oder nicht erfüllt wurden. Hierzu wurden die Fragen des Erwartungsfragebogens aus der Bewertungsperspektive heraus formuliert. In Tabelle 6 sind die beiden Perspektiven bei der Formulierung der Fragen gegenübergestellt.

Tabelle 6 Perspektiven des Erwartungs- bzw. Bewertungsfragebogens

Dimension	Erwartungsperspektive	Bewertungsperspektive
	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	Während der Rehabilitationsmaßnahme...
Ruhe / Erholung	...ich Abstand vom Alltag gewinne.	...habe ich Abstand vom Alltag gewonnen.
Bewältigung	...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	...habe ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekommen.
Beruf / Rente	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	...habe ich Hilfe bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen erhalten.
Reha-Ablauf	...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	...konnte ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen.
Reha-Inhalte	...ich körperlich sehr gefordert werde.	...wurde ich körperlich sehr gefordert.
	Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, dass...	Seit der Rehabilitationsmaßnahme...
Reha-Ziele	...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann..	...hat sich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöht.

Das Item „Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen“ in der Dimension *Rehabilitationsablauf* entfiel, da hierzu kein entsprechendes Korrelat in der Bewertungsperspektive möglich ist. Der Bewertungsfragebogen mit 31 Items (s. Anhang, S.153/154) wurde in Fragebogen 2 (T 2) des Gesamtprojektes integriert.

4.2.5 Interview

Zur Überprüfung der Hypothesen sollten neben den Erwartungen vor Beginn der Rehabilitation aber auch die Teilnahmebereitschaft, Grundlagen für die Rehabilitationserwartungen und der Informationsstand des Patienten erhoben werden. Hier schien es sinnvoll, ein Instrument zu wählen, bei dem die Möglichkeit des direkten Nachfragens zur Präzisierung der Angaben bestand. Aufgrund dieser Überlegungen wurde für diesen kleinen Teilbereich die Form Interviews gewählt.

Um die Eindeutigkeit und Vergleichbarkeit der Daten zu garantieren, sollte ein hohes Maß an Strukturierung vorliegen (Bortz & Döring, 2002). Wortlaut und Abfolge der Fragen wurden daher eindeutig vorgegeben. Um spontane Antworten zu erhalten und auch, weil bei einigen Fragen eine Rangfolge angegeben werden sollte, wurden die Fragen zunächst offen ohne Vorgabe von Antwortkategorien gestellt. Erst dann, wenn Fragen nicht spontan beantwortet wurden oder auf Nachfrage der Patienten, wurden Antwortalternativen vorgegeben. Der Interviewbogen (T 1) findet sich im Anhang (S.149/150).

4.2.6 Fragebogen Ablehnungs- und Hinderungsgründe

Patienten, die nicht an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatten, wurden nach möglichen Gründen für die Nicht-Teilnahme befragt. Hierzu wurde für die vorliegende Arbeit in Ableitung aus der Literatur eine Liste mit möglichen medizinischen, persönlichen, beruflichen und familiären Gründen erstellt, die in den Fragebogen 2 des Gesamtprojektes (T 2) integriert wurde. (s. Anhang S.152)

4.3 Verwendete Instrumente aus dem Gesamtprojekt

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden weitere Daten herangezogen, die mit Hilfe anderer Instrumente im Rahmen des Gesamtprojektes erhoben wurden. Diese Instrumente und Variablen sind im Folgenden aufgeführt.

KKG - Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (Lohaus & Schmitt, 1989)

Dieser Test erfasst die vom Patienten subjektiv wahrgenommene Kontrolle der Krankheitsausprägung und wurde von Lohaus und Schmitt (1989) entwickelt. Hierbei werden drei wesentliche Kontrollüberzeugungen in drei Dimensionen unterschieden:

1. die Einstellung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind (Internale Kontrollüberzeugung),
2. die Überzeugung dass sie durch andere Personen, z. B. Ärzte beeinflussbar sind (Sozial-externale Kontrollüberzeugungen) und
3. die Überzeugung, dass sie nicht kontrollierbar, also abhängig von Zufall oder Schicksal sind (Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen).

Jede Dimension enthält 7 Items, die in einer 6-stufigen Likert-Skala zu beantworten sind.

FKV - Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989)

Dieses Instrument dient der Erfassung von Strategien und Verhaltensweisen bei der Krankheitsbewältigung. Verwendet wurden 30 Items aus 4 Skalen der Kurzform FKV-LIS-SE von Muthny (1989).

SCL-90-R (Franke, 1995)

Depressivität, Ängstlichkeit und Beschwerden der Patienten wurden mit entsprechenden Subskalen aus der Symptom-Checkliste von Derogatis (Franke, 1995) erfragt. Hier wurden 35 Items mit 5-stufiger Antwortmöglichkeit verwendet, um die subjektive Beeinträchtigung der Patienten durch körperliche und psychische Symptome zu erfassen. Aus den Punktwerten ergeben sich die drei globalen Kennwerte Angst, Depressivität und Somatisierung.

Arztfragebogen Klinikdaten

In einem eigens für das Gesamtprojekt entwickelten Fragebogen wurden die medizinischen Daten der Patienten zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes erhoben. Für die vorliegende Arbeit wurden daraus die Variablen „Eingangsd Diagnose“ und „Komorbidität“ verwendet. Für die Variable „Schwere der Erkrankung“ wurde im Rahmen des Gesamtprojektes ein Index aus den Merkmalen koronarangiographischer Befund, Herzinsuffizienzzeichen (NYHA), LV-Größe (nach Echokardiogramm), LV-Funktion und Angina pectoris -Beschwerden gebildet (Mittag, 2002).

Demographie / Basisdaten

An soziodemographischen Daten wurden Alter, Geschlecht, Familienstand bzw. Zusammenleben mit einem Partner, Schulabschluss, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen erhoben. Außerdem wurde das Setting zum Messzeitpunkt T 1 (Akut / Reha) und die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme erfasst.

Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten der Patienten wurde über die Variablen Nikotinabusus, Sport / Bewegung und Ausgleichsaktivitäten ermittelt und zu den Messzeitpunkten T 1 und T 3 erhoben.

4.4 Zusammenstellung der Instrument und Variablen

Auf der folgenden Seite sind alle für die vorliegende Arbeit verwendeten Instrumente (*Tabellen 7a,b*) und Variablen mit Angabe des jeweiligen Messzeitpunktes aufgelistet.

Tabelle 7a Eigene Erhebungsinstrumente

Instrument	Inhalt / Fragestellung	Itemzahl	Messzeitpunkt
FB Erwartungen	Reha-Erwartungen an...	32	T 1
	Ruhe / Erholung	5	
	Bewältigung	4	
	Beruf / Rente	5	
	Diagnose / Therapie	4	
	Reha-Ablauf	4	
	Reha-Inhalte	5	
	Reha-Ziele	5	
FB Bewertung	Erfüllung der Erwartungen hinsichtlich...	31	T 2
	Ruhe / Erholung	5	
	Bewältigung	4	
	Beruf / Rente	5	
	Diagnose / Therapie	4	
	Reha-Ablauf	3	
	Reha-Inhalte	5	
	Reha-Ziele	5	
Interview	Fragen zu...	9	T1
	Reha-Empfehlung		
	Aufklärung		
	Info-Quellen zu Reha		
	Information zu Reha		
	Vorerfahrung mit Kur / Reha		
	Reha-Ziele		
	Einfluss auf Teilnahmeentscheidung		
	Teilnahmewunsch		
FB bei Nicht-Teilnahme	Ablehnungs- bzw. Hinderungsgründe		T 2
	Medizinische, persönliche, familiäre, berufliche		

Tabelle 7b Aus dem Gesamtprojekt verwendete Instrumente und Merkmale

Instrument	Inhalt / Fragestellung	Itemzahl	Messzeitpunkt
KKG (Lohaus & Schmitt, 1989)	Kontrollüberzeugungen (Gesundheit)	21	T 2
FKV-LIS-SE (Muthny, 1989)	Krankheitsverarbeitung	30	T 1
SCL-90-R (Franke, 1995)	Depressivität, Angst, Beschwerden	35	T 1 / T 3
Medizinische Daten: Klinik / Hausarzt	Eingangsd Diagnose, Komorbidität, Befund der Koronarangiographie, Stadium NYHA, Befund Echokardiogramm, Angina pectoris		T 1 / T 3
Demographische Basisdaten	Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommen, Schulbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Setting (akut/Reha)		T 1
Gesundheitsverhalten	Ernährung, Nikotinkonsum, Ausgleichsaktivitäten		T1 / T 3

4.5 Stichprobe der Hauptuntersuchung

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte im Zeitraum von Oktober 1998 bis Juni 2000 in Kooperation mit acht verschiedenen Kliniken in Schleswig-Holstein. Hierzu gehörten als reine Akutkrankenhäuser das Kreiskrankenhaus Rendsburg, das Martin-Luther-Krankenhaus Schleswig, das Kreiskrankenhaus Eckernförde, das Kreiskrankenhaus Bad Segeberg, das Kreiskrankenhaus des Kreises Plön in Preetz sowie ab März 1999 auch die Klinik für Kardiologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Ebenfalls beteiligt waren die Mühlenberg-Klinik der LVA Schleswig-Holstein in Malente und die Segeberger Kliniken GmbH. Diese beiden Zentren verfügen neben dem Akutbereich über eine angegliederte Rehabilitationsabteilung bzw. im Fall der Segeberger Kliniken noch zusätzlich über eine kardiochirurgische Klinik.

Als mögliche Untersuchungsteilnehmer wurden Patienten ausgewählt, die nach einem gesicherten ersten Myokardinfarkt bzw. im Rahmen einer ersten PTCA oder ersten ACVB-Operation in eine der beteiligten Kliniken aufgenommen wurden und die zum Zeitpunkt der Erkrankung nicht älter als 75 Jahre waren. Als Ausschlusskriterien wurden ein verweigertes bzw. zurückgezogenes Einverständnis sowie mangelnde deutsche Sprachkenntnisse wegen der sprachlichen Anforderungen einer sowohl schriftlichen als auch mündlichen Befragung festgelegt. Patienten mit notfallmäßiger ACVB-Operation unmittelbar im Anschluss an einen durchgemachten Myokardinfarkt sowie Patienten, bei denen die ACVB-Operation in Kombination mit einem Eingriff an den Herzklappen durchgeführt wurde, wurden wegen der problematischen Gruppenzuordnung ebenfalls nicht in die Stichprobe aufgenommen. Weitere Ausschlusskriterien wurden nicht wirksam.

4.6 Vorgehen und Durchführung der Hauptuntersuchung

Zunächst erfolgte anhand der in den Kliniken vorliegenden Krankenakten eine Vorauswahl der Patienten entsprechend der oben beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien. Die so ausgewählten Personen erhielten ein Informationsschreiben (s. Anhang), in dem Sinn und Ablauf der Untersuchung knapp dargestellt waren und in dem die potentiellen Teilnehmer auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, das Ausbleiben von Nachteilen bei Nicht-Teilnahme und die anonyme Auswertung der Angaben hingewiesen wurden. Nach dieser Vorinformation wurden die Patienten von der Untersucherin und z.T. vom Projektleiter in ihrem Krankenzimmer besucht und erhielten weitere Informationen. Dieser Besuch diente dazu, Fragen der Patienten zu beantworten und weitere Hemmschwellen gegenüber der Untersuchung abzubauen. So wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Untersuchung keinen Einfluss auf die medizinischen Untersuchungen und die Therapie in der Klinik hatte.

Patienten, die zur Teilnahme bereit waren, gaben schriftlich ihr Einverständnis. Im Anschluss wurde ein kurzes, strukturiertes Interview geführt. Danach erhielten die Patienten den Fragebogen zum ersten Messzeitpunkt (T 1) des Gesamtprojektes mit einer kurzen Einführung und der Empfehlung, bei Entscheidungsschwierigkeiten diejenigen Antworten anzukreuzen, die ihre Meinung am ehesten widerspiegeln. Die Fragebögen sollten im Laufe der beiden nächsten Tage ausgefüllt und dann in der Klinik abgegeben bzw. per Post an die Untersucher gesandt werden.

Patienten, die eine Teilnahme ablehnten, wurden hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale, medizinischen Merkmale und dem Grund für die Ablehnung nicht systematisch erfasst.

Die Teilnehmer wurden zu drei Messzeitpunkten (T1 – 3) mittels Fragebögen befragt.

Ursprünglich war geplant, zum ersten Messzeitpunkt (T 1) ausschließlich Patienten zu rekrutieren, die sich noch in der Akutbehandlung (ca. zweite oder dritte Woche nach Myokardinfarkt oder ACVB-Operation bzw. erste Woche nach PTCA) befanden. Dieser Messzeitpunkt wurde gewählt, um ein möglichst umfassendes Bild des gesamten Versorgungsprozesses zu erhalten und insbesondere die Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung zu beleuchten. Hier sollte vor allem die Frage einer möglichen Benachteiligung von Frauen beim Zugang zum Rehabilitationsprozess überprüft werden können.

Auch die für die vorliegende Arbeit relevanten Erwartungen sollten idealerweise zu diesem Zeitpunkt erfasst werden, an dem die Patienten noch keinen Kontakt zur Rehabilitationsmaßnahme und -einrichtung hatten und somit unvoreingenommen waren.

Zu Beginn der Rekrutierung wurden daher, der ursprünglichen Planung entsprechend, nur Untersuchungsteilnehmer zum ersten Messzeitpunkt aufgenommen, die sich noch in der Akutbehandlung (Phase I) befanden. Leider zeigte sich im Verlauf der Studie, dass bei Beibehaltung dieses Rekrutierungsschemas kein ausreichender Frauenanteil in der Stichprobe in einer angemessenen Zeit für das Gesamtprojekt zu erreichen gewesen wäre. Zudem wurde deutlich, dass der weitaus größte Teil der Patienten in den beiden Zentren mit angegliederter Rehabilitationseinrichtung rekrutiert wurde. Eine eindeutige Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, wie sie für eine repräsentative Untersuchung der Schnittstellenproblematik notwendig gewesen wäre, bestand daher ohnehin nicht. Gerade in diesen beiden Kliniken kamen die Patienten während der Akutbehandlung, schon allein aufgrund der räumlichen Nähe, in Kontakt zum Rehabilitationsbereich, so dass auch die von ihnen geäußerten Erwartungen an die Rehabilitation hierdurch sicherlich beeinflusst wurden.

Ab Oktober 1999 wurden daher auch Patienten aufgenommen, die sich zum ersten Messzeitpunkt bereits am Anfang der Anschlussrehabilitation (Phase II) befanden.

Die zweite Befragung der Patienten (T 2) erfolgte 3 Monate nach der Entlassung aus der Klinik, die dritte Erhebung (T 3) wurde ein Jahr nach dem koronaren Erstereignis durchgeführt. Die medizinischen Daten wurden anhand der Patientenunterlagen in den Kliniken zum Zeitpunkt der Entlassung dokumentiert und nach einem Jahr durch eine Befragung des Hausarztes erhoben.

4.7 Datenauswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS 10.0 für Windows.

Zur Überprüfung der Hypothesen und Fragestellungen wurden die folgenden statistischen Methoden verwendet:

- deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen) zur Beschreibung der demographischen und medizinischen Daten sowie der Patientenangaben zu Information, Teilnahmeentscheidung, Erwartungsausprägung und Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme
- Itemanalysen zur Berechnung von Itemschwierigkeiten und Trennschärfen der Erwartungsisems
- Faktorenanalyse zur Untersuchung der Dimensionalität des Erwartungsfragebogens
- Unterscheidungsprüfungen, wie t-Tests (bei zwei Stichproben) oder Varianzanalysen (bei mehreren Stichproben) bei intervallskalierten Daten, χ^2 -Tests bei Nominalskalenniveau zur Analyse von Interaktionseffekten
- Korrelationsanalysen zur Ermittlung von Zusammenhängen zwischen Erwartungen und personalen Wirkfaktoren sowie logistische Regressionsanalysen zur Ermittlung von Determinanten / Prädiktoren für das Rehabilitationoutcome

Das Signifikanzniveau wurde a priori auf $\alpha = .05$ festgelegt und ist, sofern nicht anders vermerkt, jeweils für die zweiseitige Fragestellung angegeben.

5. Ergebnisse der Hauptuntersuchung

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Daten aller Untersuchungsteilnehmer sind zusammenfassend in *Tabelle 8* dargestellt. Hierbei werden die Werte zum einen bezogen auf die Gesamtstichprobe und zum anderen getrennt nach Geschlecht angegeben.

An der Hauptuntersuchung im Rahmen des Gesamtprojektes nahmen insgesamt 310 Patienten teil. Darunter befanden sich 104 Frauen (33,6%) und 206 Männer (66,4%).

5.1.1.1 Alter

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 57,73 Jahre. Der Altersunterschied zwischen Frauen ($M = 59,31$ Jahre) und Männern ($M = 56,94$ Jahre) von nur 2,3 Jahren erscheint für ein koronares Erstereignis zunächst recht gering und lässt sich durch die Festlegung der oberen Altersgrenze auf 75 Jahre erklären. Dennoch ist der Altersunterschied statistisch signifikant ($t=2,01$; $df = 308$; $p = .045$).

5.1.1.2 Familienstand / Zusammenleben mit Partner

Von den 310 Teilnehmern waren zum Messzeitpunkt T1 228 (74,3%) verheiratet. Dabei waren bei den Männern mit 78,3% signifikant mehr Untersuchungsteilnehmer verheiratet als in der Gruppe der Frauen mit 66,3% ($\chi^2 = 11,87$; $df = 3$; $p = .008$). Noch deutlicher wird der Unterschied zwischen beiden Gruppen, wenn man die Teilnehmer nach dem Zusammenleben mit einem Partner befragt. Hier leben signifikant weniger Frauen (68,1%) mit einem Partner als Männer (83,7%) ($\chi^2 = 8,84$; $df = 1$; $p = .003$).

5.1.1.3 Ausbildung

Das Bildungsniveau der Teilnehmer muss differenzierter betrachtet werden. Hinsichtlich der Schulbildung besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern ($\chi^2 = 5,22$; $df = 5$; $p = .389$). In der Gesamtstichprobe sind die Teilnehmer mit Hauptschulabschluss mit 61,9% am stärksten vertreten, gefolgt von 21,5% mit Mittlerer Reife. Nur 1,3% der Stichprobe gaben an, keinen Schulabschluss zu haben.

Im Hinblick auf eine abgeschlossene Berufsausbildung unterscheiden sich Frauen und Männer jedoch hochsignifikant ($\chi^2 = 44,02$; $df = 5$; $p < .001$). So geben nur 41,8% der Frauen gegenüber 54% der Männer an, eine Lehre abgeschlossen zu haben. Noch deutlicher ist der Unterschied bei dem Abschluss einer Berufsausbildung mit Meisterprüfung (24,5% der Männer gegenüber 8,2% der Frauen). Mehr als ein Viertel der Frauen (28,6% gegenüber 4,5% der Männer) gibt sogar an, überhaupt keine Berufsausbildung zu haben.

5.1.1.4 Berufstätigkeit / Rente

Wie bei dem Durchschnittsalter der Stichprobe zu erwarten, ist weniger als die Hälfte der Teilnehmer (44,8%) erwerbstätig. Zum Messzeitpunkt T1 berentet sind hingegen bereits 38,1% der Patienten. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern ebenfalls hochsignifikant ($\chi^2=41,38$; $df=4$; $p<.001$). Während vor der Erkrankung noch 51,5% der Männer berufstätig waren, galt dies bei den Frauen lediglich für 31,7%.

Erwartungsgemäß gaben wesentlich mehr Frauen (26%) als Männer (2,9%) an, weder berentet noch berufstätig (Hausfrau o.ä.) zu sein.

Betrachtet man nur die Berufstätigen aus der Stichprobe zeigt sich, dass das Verhältnis zwischen Arbeitern und Angestellten ausgewogen ist (38,7% zu 36,5%) und hinsichtlich des Berufsstatus keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen ($\chi^2=1,37$; $df=4$; $p=.850$)

5.1.1.5 Einkommen

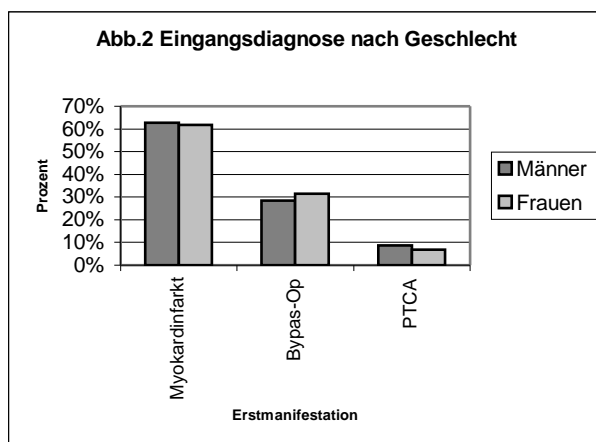
Befragt nach dem Nettoeinkommen des Haushaltes gab mehr als die Hälfte der Frauen (53,1%) an über ein Familieneinkommen bis 3.000,-DM zu verfügen, während das monatliche Einkommen bei den Männern signifikant höher lag ($\chi^2=15,12$; $df=7$; $p=.034$). Über ein monatliches Budget bis 3.000,-DM verfügten nur 33,5%, während in den oberen Einkommensklassen dieser Stichprobe deutlich mehr Männer als Frauen vertreten sind.

5.1.2 Medizinische Daten

In *Tabelle 9* sind die für die Arbeit relevanten medizinischen Basisdaten ausführlich dargestellt.

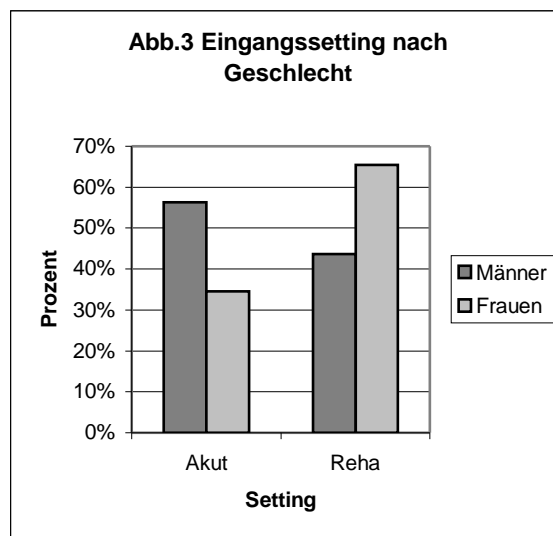
5.1.2.1 Eingangsdiagnose

In der untersuchten Stichprobe war zum Messzeitpunkt T1 bei 191 Patienten (62,4%) ein akuter Myokardinfarkt Grund für die stationäre Behandlung, 90 Patienten (29,4%) hatten sich einer ersten Bypass-Operation unterziehen müssen und lediglich 25 Patienten (8,2%) waren wegen einer ersten PTCA in der Klinik. Im Hinblick auf die Eingangsindikation war das Verhältnis von Frauen und Männern ausgeglichen ($\chi^2=0,53$; $df=2$; $p=.767$).



5.1.2.2 Eingangssetting

Nach Änderung des Rekrutierungsschemas (s. Abschnitt 4.4) wurden sowohl Akutpatienten, als auch Patienten zu Beginn einer Reha-Maßnahme in die Studie aufgenommen. Am Ende der Rekrutierungsphase war ca. die Hälfte der Patienten (51%) in den ersten Tagen der bereits laufenden Rehabilitation aufgenommen worden, 49% der Probanden befanden sich noch im Akutstatus. Frauen wurden dabei häufiger erst in der Reha-Klinik erreicht als Männer (65,4% zu 43,7%), so dass die Geschlechtsverteilung hinsichtlich des Settings unterschiedlich ist ($\chi^2=13,01$; $df = 1$; $p < .001$).



5.1.2.3 Schwere der KHK

Aus den medizinischen Daten zu koronarangiographischem Befund, Herzinsuffizienzzeichen nach NYHA, Größe und Funktion des linken Ventrikels im Echokardiogramm und Angina pectoris Beschwerden wurde im Rahmen des Gesamtprojektes ein Index für die Schwere der koronaren Herzkrankheit zum Eingangszeitpunkt gebildet (Mittag, 2002). Hierbei handelt es sich um einen Summenscore, der theoretisch Werte zwischen 0 und 8 annehmen kann und in dem die einzelnen Befunde unterschiedlich gewichtet wurden. So wurde z.B. wegen fehlender klinischer Relevanz nicht zwischen den NYHA- Stadien 0 und 1 bzw. beim koronarangiographischen Befund nicht zwischen Zwei- und Dreifäßerkrankungen differenziert. Die echokardiographischen Befunde für LV- Größe und linksventrikuläre Funktion wurden aufgrund ihrer engen Korrelation ($r = .62$) nur mit je 0,5 Punkten gewichtet. Das Schema zur Berechnung des Summenscores ist in *Tabelle 10* im dargestellt.

Der Anteil von kardial schwer beeinträchtigten Patienten in der Stichprobe erweist sich nach Berechnung des Indexes als gering ($M = 2,23$; $SD = 1,23$). Der kardiale Status scheint bei Männern ($M = 2,33$; $SD = 1,24$) zwar tendenziell etwas schlechter zu sein als bei Frauen ($M = 2,02$; $SD = 1,22$), statistisch signifikant ist der Unterschied jedoch nicht ($t = 1,90$; $df = 275$; $p = .057$). Nachfolgend sollen die Variablen, die in den Index aufgenommen wurden, im Einzelnen dargestellt werden:

Koronarangiographischer Befund

Bei 282 Patienten konnten anhand der Klinikakten Daten zum koronarangiographischen Befund erhoben werden. Hierbei zeigt sich, dass Frauen und Männer sich im Hinblick auf die Zahl der betroffenen Gefäße signifikant unterscheiden ($\chi^2= 8,57$; $df = 3$; $p = .036$), wobei Männer häufiger an Mehrgefäßerkrankungen leiden. Immerhin fand sich bei 8,7% der Frauen kein morphologisches Korrelat für eine Erkrankung der Koronarien (Männer: 1,6%).

Herzinsuffizienz

Zeichen der Herzinsuffizienz wurden nach den Kriterien der NYHA aufgenommen. Fast 90% der Patienten sind demnach kardial gar nicht oder nur gering eingeschränkt (NYHA I+II). Hierbei ist eine leichte Verschiebung zugunsten der Frauen in niedrigere NYHA-Klassen zu erkennen, die jedoch keine statistische Signifikanz erreicht. ($\chi^2= 6,79$; $df = 3$; $p = .079$).

Angina pectoris

Die überwiegende Mehrheit (81,1%) der Patienten hat kurz vor Entlassung aus der Klinik bzw. zu Beginn der Rehabilitation keine pectanginösen Beschwerden mehr. Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. ($\chi^2= 3,88$; $df= 2$; $p= .14$)

Echokardiographischer Befund

Der größte Teil der Patienten (82,4%) zeigte im Echokardiogramm einen normal dimensionierten linken Ventrikel ($LVDD < 54$ mm). Mäßige bis höhergradige Störungen der kardialen Funktion wurden im Echo nur bei 24,5% der Patienten deutlich. Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich bei der Auswertung der echokardiographischen Befunde ebenfalls nicht. (LV- Größe: $\chi^2= 1,83$; $df= 2$; $p= .40$ / LV-Funktion: $\chi^2= 0,55$; $df= 2$; $p= .760$)

5.1.2.4 Risikofaktoren

Da die Analyse der Lebensstiländerung in der vorliegenden Arbeit auf die zwei wichtigen Risikofaktoren Nikotinkonsum und Ernährung beschränkt wurde, werden hier nur die Ausgangsdaten für BMI (Body Mass Index) und Nikotinkonsum zum Messzeitpunkt T1 dargestellt.

BMI (Body Mass Index)

Der BMI betrug bei Frauen im Mittel $27,44 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 5,24$), während der Mittelwert für Männer bei $27,18 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 3,50$) lag. Im t-Test ergab sich hierfür kein signifikanter Geschlechtsunterschied ($t = ,517$; $df = 302$; $p = .605$).

Nikotinkonsum

Im Jahr vor dem koronaren Erstereignis hat etwas mehr als die Hälfte der Patienten (53,4%) noch geraucht. Das Antwortverhalten von Frauen und Männern (47,6% vs. 56,3%) war diesbezüglich nahezu identisch. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ergibt sich jedoch, wenn man die „Raucherkarrieren“ näher analysiert ($\chi^2= 22,81$; $df= 4$; $p < .001$): Im Vergleich zu den Männern haben fast doppelt so viel Frauen nie geraucht (22,9% vs. 44,6%). Allerdings haben unter den Rauchern Frauen tendenziell stärker geraucht und ihren Nikotinkonsum seltener aufgegeben als Männer.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Merkmale zeigen, dass die hier untersuchte Stichprobe in Bezug auf die medizinischen Ausgangsdaten recht homogen ist. Bei Frauen und Männern bestanden zu Beginn der Rehabilitation in Bezug auf den kardialen Status die gleichen Voraussetzungen.

5.2 Aufklärung und Vorinformation (Interview)

Für die Auswertung des Interviews wurden nur die Antworten der 152 Patienten zugrunde gelegt, die sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in der Akutbehandlung (Phase I) befanden. Da die Geschlechtsverteilung hinsichtlich des Eingangssettings unterschiedlich war, sind in dieser Teilstichprobe nur 36 Frauen (23,7%) im Vergleich zu 116 Männern (76,3%) vertreten.

5.2.1 Erstgespräch über Rehabilitation

„Ist bisher die Möglichkeit einer Rehabilitationsbehandlung angesprochen worden?“ (s. Frage 1)

Der weitaus größte Teil der Patienten (82,1%) berichtete, dass schon während des Akutaufenthaltes die Möglichkeit der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme angesprochen wurde. Lediglich bei 17,9% der Patienten war dies bis zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht erfolgt. Diese Daten sind allerdings unter dem Aspekt zu bewerten, dass nicht alle Patienten zum exakt gleichen Zeitpunkt nach dem Akutereignis befragt wurden, sondern der Erhebungszeitraum mit 2-3 Wochen nach dem Ereignis recht weit gefasst war. Die Angaben von Frauen und Männern zu dieser Frage zeigten keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2= 1,47$; $df= 1$; $p= .32$)

„Von wem kam die erste Anregung über eine Rehabilitationsmaßnahme zu sprechen?“ (s. Frage 3)

Bei der Einleitung einer Reha- Maßnahme spielt der Arzt in der Klinik die wichtigste Rolle, da in 88,9% die Anregung hierzu von ihm ausging. Sechs Patienten (4,8%) ergriffen selbst die Initiative und fragten nach der Möglichkeit einer Reha-Maßnahme, noch bevor dies vom Klinikpersonal angesprochen wurde. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten wurde jeweils von Pflegepersonal, Sozialdienst oder anderen Personen mit der Reha-Möglichkeit konfrontiert. Auch hier bestanden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($\chi^2= 6,50$; $df= 5$; $p= .26$)

Wurde Ihnen eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen und als wie intensiv haben Sie diese Empfehlung empfunden ? (s. Frage 2)

Bei dieser Frage sollten die Patienten angeben, ob ihnen im Gespräch mit den Klinikmitarbeitern eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen wurde und als wie dringlich bzw. intensiv sie die Rehabilitationsempfehlung empfunden haben. Hierbei gaben 12,9% an, dass eine Reha-Maßnahme nicht empfohlen worden sei, immerhin 87,2 % der Patienten wurde eine nachfolgende Maßnahme empfohlen.

Bei diesen Fragen zum Erstgespräch über eine Reha-Maßnahme zeigten sich keine geschlechtsspezifische Unterschiede. Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei Frauen und Männern gleich häufig die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme (meist) vom behandelnden Arzt angesprochen wurde und dass Frauen und Männer die Empfehlung der Ärzte dabei in gleicher Intensität wahrnahmen ($\chi^2= 0,31$; $df= 3$; $p= .96$).

Bei Auswertung der Entlassungsbriefe im Rahmen des Gesamtprojektes wurde den Patienten in 93% der Fälle von den Ärzten eine Rehabilitation empfohlen wurde, wobei die geringfügige Differenz zum subjektiven Eindruck der

Patienten wahrscheinlich durch den unterschiedlichen Zeitpunkt der Erhebung bedingt ist. Die Klinikärzte sprachen ihre Reha-Empfehlungen für Frauen und Männer auch in den Entlassungsbriefen in gleicher Häufigkeit aus (s. *Tabelle 11* im Anhang).

5.2.2 Information über Reha

„Wurden sie über die Voraussetzungen / das weitere Verfahren zu einer AHB informiert?“ (s. Frage 5)

Zur Charakterisierung des Informationsstandes wurden die Patienten nach Art und Ausmaß der Vorinformation befragt. Hierbei gaben 30,1% der Akutpatienten an, bisher überhaupt nicht informiert worden zu sein. 28,1% empfanden die erhaltenen Informationen als ungenügend, nur 41,8% der Patienten bewerteten die bisher erhaltenen Informationen als ausreichend. Die unterschiedliche Einschätzung der Informationsqualität wird noch deutlicher, wenn man vergleichend die Gruppe der Patienten betrachtet, die sich zum Zeitpunkt des Interviews bereits am Anfang einer Reha-Maßnahme befanden. Hierbei werden von den Reha-Patienten die Vorinformationen nur noch in 22,6% als ausreichend betrachtet, während ein großer Teil dieser Patienten das Fehlen von Information (66,9%) beklagt bzw. die erteilten Informationen als unzureichend (10,5%) empfindet.

Im Hinblick auf das Ausmaß der Vorinformation unterscheiden sich dabei Frauen und Männer in den beiden verschiedenen Settings nicht signifikant voneinander (akut: $\chi^2 = 0,81$; $df = 2$; $p = .67$; Beginn Reha: $\chi^2 = 0,79$; $df = 2$; $p = .68$).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der signifikante Unterschied zwischen dem Informationsstatus der Akutpatienten, die in einer „reinen“ Akutklinik behandelt wurden und der Patienten, die zur Akutbehandlung in eine Klinik mit angegliederter Rehabilitationsabteilung eingewiesen wurden ($\chi^2 = 20,71$; $df = 2$; $p < .001$). In der „reinen“ Akutklinik war der Anteil der Patienten, die keine (62,5%) bzw. unzureichende (18,8%) Information beklagten, wesentlich höher als in den Zentren mit angegliederter Rehabilitationsabteilung (keine Info: 21,1%; unzureichende Info: 30,7%). Dies scheint zum einen darauf hinzuweisen, dass dem Aspekt Rehabilitation in den „reinen“ Akutkliniken nur wenig Bedeutung zukommt, möglicherweise durch eine geringere Sensibilisierung des Personals für dieses Thema. Zum anderen ist dies ein Hinweis dafür, dass die Patienten in den Zentren mit angegliederter Rehabilitationsabteilung schon Kontakt zur Rehabilitation und rehabilitationsrelevanten Themen hatten – die nachfolgenden Ergebnisse zu den Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation müssen also unter diesem Aspekt bewertet werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass in die Berechnung nur die Angaben von 33 Patienten (21,7%) aus „reinen“ Akutklinken und 119 Patienten aus kombinierten Zentren (78,3%) eingingen.

Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so empfinden nur 33 % der Patienten die erhaltenen Informationen als ausreichend. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass aus Sicht der Patienten anscheinend ein erhebliches Informationsdefizit besteht, das von denen, die sich bereits am Anfang einer Rehabilitationsmaßnahme befinden stärker empfunden wird als von denjenigen, die sich noch in der Akutbehandlung befinden. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass eine genauere Differenzierung der Vorinformationen

in Teilbereiche wie Informationen zu medizinischer Versorgung, Art der Reha-Einrichtung, Lage des Reha-Ortes oder Aufbau des Reha-Programms nicht erfolgte.

„Woher stammen ihre bisherigen Informationen über Sinn und Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme?“ (s. Frage 4) (Tabelle 12)

Hier hatten die Patienten die Möglichkeit bis zu drei Informationsquellen in der Reihenfolge der subjektiv empfundenen Wichtigkeit zu nennen. Das bereits oben beschriebene Informationsdefizit wird hier erneut deutlich, da 27,2% der Akutpatienten angaben, auf keine Informationsquelle zurückgreifen zu können. Bei den restlichen Patienten entstammten die Informationen zu Rehabilitationsziel und –ablauf an erster Stelle den eigenen Kurerfahrungen (falls vorhanden) und den Berichten von Mitpatienten gefolgt von Freunden und Bekannten. Auch hier war der Unterschied zwischen Frauen und Männern statistisch nicht signifikant ($\chi^2= 11,38$; $df= 8$; $p= .181$).

Lediglich 21,7% der Patienten gaben zwei mögliche Informationsquellen an und nur ein Prozent bezog seine Informationen aus drei Quellen. Als zweitwichtigste Informationsquelle wurden von den Patienten Freunde und Bekannte und erneut die eigene Vorerfahrung mit je 27,3% genannt. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern bestand hierbei nicht. Erstellt man eine Rangreihe anhand aller von den Patienten genannten Informationsquellen nach Häufigkeit, so werden von Frauen nach der eigenen Vorerfahrung am häufigsten die Klinikärzte gefolgt von Mitpatienten als Informationsquellen genannt, während die Männer nach den Vorerfahrungen am zweithäufigsten Freunde und Mitpatienten und erst danach die Klinikärzte als Informationsquellen angeben.

Als ergänzendes Kriterium zur Vorinformation wurden die Patienten über eigene Reha-/Kurerfahrungen befragt.

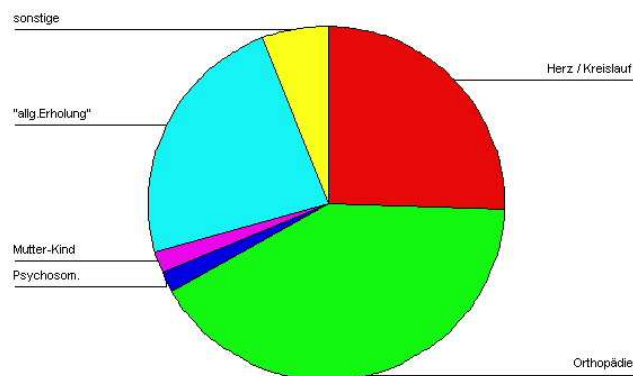
Haben Sie früher schon einmal an einer Kur-/Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen? Falls ja Grund: ...“ (s. Frage 6)

62% der Akutpatienten verfügten noch nicht über Kur- oder Rehabilitationserfahrungen, die restlichen 38% konnten bei der Beantwortung der Fragen bereits auf eigene Erfahrungen zurückgreifen. Als Indikation für die bereits durchgeführten Heilmaßnahmen standen orthopädische Erkrankungen mit 14% an erster Stelle gefolgt von Maßnahmen bei Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Hypertonie) und „allgemeiner Erholung“ (s. Abb.4). Auch im Hinblick auf die Vorerfahrungen unterscheiden sich Frauen und Männer der Stichprobe nicht signifikant ($\chi^2= 13,32$; $df= 10$; $p= .21$).

Zusammenfassend spiegeln die Ergebnisse ein subjektiv empfundenes Informationsdefizit der Patienten wider. Offensichtlich erhalten die Patienten zum einen unzureichende Informationen und beziehen zum anderen ihre wenigen vorhandenen Kenntnisse vorrangig aus eigenen Erfahrungen oder über Mitpatienten und weniger über das medizinische Personal der Kliniken.

Abb 4: N= 150

Frühere Kur-/Reha-Erfahrung (nur Akutpatienten)



5.2.3 Rehabilitationsziele

„Was ist Ihrer Meinung nach das wichtigste Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme?“ (s. Frage 7)

Bei dieser Frage waren die Patienten aufgefordert, bis zu drei mögliche Ziele in der Rangfolge ihrer subjektiven Wichtigkeit zu nennen. Für die Männer steht dabei die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit 58,0% an erster Stelle, während für die Frauen die körperliche Leistungsfähigkeit und die Wiedereingliederung ins Alltagsleben mit je 38,9% gleich hohen Stellenwert haben. Die Angaben zum wichtigsten Rehabilitationsziel unterscheiden sich damit zwischen Frauen und Männern, verfehlen jedoch knapp die statistische Signifikanz ($\chi^2= 15,29$; $df = 8$; $p = .054$). Die unterschiedliche Einschätzung der Rehabilitationsziele durch Frauen und Männer wird bei Betrachtung aller genannten Rehabilitationsziele, unabhängig von der Wichtigkeit, noch deutlicher. So nennen Männer am häufigsten die Erlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit, während Frauen am häufigsten die Wiedereingliederung in den Alltag nennen. Die drei wichtigsten im Interview genannten Rehabilitationsziele sind in *Tabelle 13* in ihrer Rangfolge wiedergegeben.

5.2.4 Entscheidung über Reha-Teilnahme (8./9.)

„Wer oder was wird für Sie den größten Einfluss auf eine Teilnahmeentscheidung haben?“

Bei der Entscheidung zur Rehabilitationsmaßnahme spielt die Empfehlung der Klinikärzte sowohl bei Frauen als auch bei Männern die größte Rolle. Während Männer an zweiter Stelle noch den Hausarzt und danach sich selbst als wichtigste Einflussgrößen für die Teilnahmeentscheidung nennen, stehen bei Frauen Zwänge aufgrund der beruflichen und familiären Situation noch vor der Einflussmöglichkeit des Hausarztes. Dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi^2=12,26$; $df = 8$; $p = .140$). Die entsprechenden Rangfolgen für die wichtigsten Einflussgrößen sind in *Tabelle 14* dargestellt.

„Wenn Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt entscheiden müssten, würden Sie an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen?“

Die Mehrheit der Akutpatienten (82,8%) entscheidet sich dabei für eine Teilnahme, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen ($\chi= 0,07$; $df=1$; $p> .999$).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die meisten Patienten der Empfehlung der Klinikärzte folgen und an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen wollen, auch wenn das Ausmaß der erhaltenen Aufklärung als gering empfunden wird.

5.3 Erwartungen an die Rehabilitation

5.3.1 Itemanalyse

5.3.1.1 Itemschwierigkeiten und Trennschärfen

In der Hauptuntersuchung wurde der neu entwickelte Fragebogen einer Itemanalyse unterzogen. Für die einzelnen Items wurden zunächst die Schwierigkeitsindices und Trennschärfen berechnet (*Tabelle 15*).

Die Itemschwierigkeiten quantifizieren die Zustimmungsraten zu den einzelnen Punkten des Fragebogens – hiermit lassen sich Boden- bzw. Deckeneffekte bei der Beantwortung des Fragebogens nachweisen. Zur Berechnung wurden die vier Antwortmöglichkeiten dichotomisiert („stimmt genau + stimmt etwas“; „stimmt eher nicht + stimmt überhaupt nicht“) bzw. bei der Skala *Rehabilitationsziele* die Randwerte [8] bis [10] („erwarte ich ganz stark“) als Zustimmung definiert. Als ungenügende Schwierigkeitsindices wurden Werte von $p < .15$ bzw. $p > .85$ gewertet.

Vier Items weisen kritische Schwierigkeiten von $p < .15$ auf und bilden somit Personenunterschiede nur unzureichend ab – diese Items sind in *Tabelle 15* mit einem * gekennzeichnet.

Die Trennschärfen der einzelnen Erwartungsitems, die die Korrelation der Beantwortung des Einzelitems mit dem Gesamtergebnis wiedergeben, liegen zwischen $.25 < r_{it} < .77$. Hier erweist sich das Item „Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen“ (Item 22) als nicht trennscharf ($r_{it} = -.01$).

5.3.1.2 Ausprägung der Erwartungen auf Itemebene

Mit dem neu entwickelten Erwartungsfragebogen wurden die Patienten zum einen nach den Erwartungen an die Rehabilitationsbehandlung selbst (Item 1-27) und zum anderen nach ihren Erwartungen an die Zeit nach Abschluss der Reha-Maßnahme im Sinne von Rehabilitationszielen (Item 28-32) befragt.

Die *Tabellen 16a* und *16b* stellen die Rangfolge der Erwartungsitems (Mittelwerte in absteigender Reihenfolge) dar.

Bei den Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme (*Tabelle 16a*) stehen Einzelerwartungen aus den Themenbereichen Diagnose / Therapie und Erholung im Vordergrund, Items aus den Bereichen Rehabilitationsinhalte, -ablauf und Krankheitsbewältigung rangieren dahinter. Die Erwartungsausprägungen zu den einzelnen Items sind insgesamt sehr hoch mit nur geringer Streuung um den Mittelwert, so dass im Ganzen von einer hohen und homogenen Erwartungshaltung der Patienten auszugehen ist.

Nur die Erwartungen an den Themenbereich Beruf / Rente fallen in der Gesamtstichprobe eher gering aus. Berechnet man die Ausprägung der Einzelerwartungen zu diesem Themenbereich getrennt für die Gruppe der noch erwerbstätigen bzw. bereits berenteten Patienten, ergeben sich leichte Verschiebungen in der Rangreihe der Erwartungsausprägungen. Dennoch sind in beiden Gruppen die Erwartungen an den Bereich Beruf / Rente eher nachrangig und liegen im unteren Drittel. Signifikante Unterschiede in der Erwartungsausprägung zwischen Berufstätigen und Rentnern sind nur bei zwei

Einzelerwartungen nachweisbar (s. *Tabelle 17*).

Wie im Pretest war für den Themenbereich Beruf / Rente auch in der Hauptuntersuchung der Anteil fehlender Werte mit 11% bis 23% für die Gesamtstichprobe sehr hoch. Vor allem die Items Nr. 10 (Ich erwarte, dass man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft), Nr. 11 (Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenanspruchstellung hilft) und Nr. 13 (Ich erwarte, dass man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät) treffen vorwiegend auf die noch Berufstätigen zu, so dass diese Items von den Rentnern oft nicht beantwortet wurden. So lag der Anteil fehlender Werte für diese Items bei den Rentnern zwischen 18% und 36%, bei den Berufstätigen jedoch nur zwischen 3% und 6%.

Bei den Rehabilitationszielen steht in beiden Geschlechtern die Hoffnung auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und einen verbesserten Umgang mit der Erkrankung im Vordergrund. *Tabelle 16b* zeigt die Rangreihe der Zielerwartungen.

Sowohl Frauen als auch Männer stellen die höchsten Erwartungen an den medizinischen Bereich (Diagnostik / Therapie) und an die Erholung im Rahmen der Reha-Maßnahme.

In den eingangs formulierten Hypothesen wurde vermutet, dass bei einzelnen Erwartungen an die Rehabilitation geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen (Hypothesengruppe II). *Tabelle 18* zeigt die diejenigen Items, für die im t-Test signifikante Mittelwertunterschiede zwischen Frauen und Männern nachgewiesen werden konnten.

**Tabelle 18 Geschlechtsspezifische Einzelerwartungen:
Signifikante Mittelwertunterschiede (t-Test) auf Itemebene
M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; t-Wert: Ergebnis des t-Tests**

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	M Frauen	M Männer	df	t-Wert
3	...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	2,4	1,9	285	4,04 **
16	...ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige..	2,9	2,7	302	2,74 **
22	Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	1,9	1,2	290	4,79**
25	...ich ein Entspannungstraining erlerne.	2,2	1,9	282	2,78 **
27	...ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme.	2,1	1,7	286	2,88 **
30	...ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	7,8	6,9	292	3,16 **

** $p < .01$

Die unterschiedlichen Einzelerwartungen stammen aus den Themenbereichen Erholung, Diagnose / Therapie, Rehabilitationsablauf und Rehabilitationsziele und zwei Items gehören thematisch zum Aspekt Rehabilitationsinhalte. Hiernach lässt sich die Hypothese, dass Frauen mehr Ruhe und Erholung und weniger körperliches Training von der Maßnahme erwarten, nicht in vollem Umfang bestätigen. Frauen erhoffen lediglich signifikant häufiger als Männer „sich um nichts kümmern zu müssen“, für andere Aspekte aus dem Bereich Erholung konnten jedoch keine signifikanten Mittelwertunterschiede nachgewiesen werden. Auch die vermuteten größeren Befürchtungen der Frauen hinsichtlich des körperlichen Trainings ließen sich statistisch nicht

belegen.

Dagegen entsprechen die höheren Erwartungen der Frauen an die Teilnahme bei Gruppengesprächen dem hypothetisch erwarteten höheren Bedarf an Gesprächsangeboten bei Frauen. Auch die Vermutung, dass hinsichtlich Gesundheitsbildung, Information und beruflicher Reintegration Frauen und Männer ähnlich hohe Erwartungen haben, konnte bestätigt werden. Im Bereich Diagnose / Therapie hatten Frauen nur bezüglich des Aspektes

„Medikamenteneinstellung“ höhere Erwartungen als Männer.

Betrachtet man das nicht trennscharfe Item 22 („Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen“), so zeigt sich, dass Frauen signifikant häufiger als Männer angeben, keine spezifischen Erwartungen an die Rehabilitation zu haben.

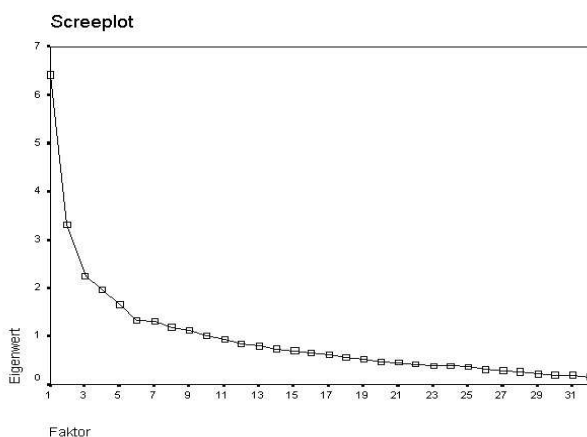
Da bei der Durchführung von 32 einzelnen t-Tests eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass bei einzelnen Items nur zufällig eine Signifikanz auftritt, wurde für „echte“ Signifikanzen nach Bonferroni ein Signifikanzniveau von $p < .0016$ berechnet. Nach dieser Adjustierung erweisen sich die Items Nr. 3, Nr. 22, Nr.27 und Nr. 30 als Items mit „echter“ Signifikanz, während die Items Nr. 16 und Nr. 25 das adjustierte Niveau nicht ganz erreichen. Für diese beiden Items ist also die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie im Rahmen der multiplen Testung nur zufällig signifikant sind.

Die ausführliche Ergebnisse des t-Test für alle Items sind im Anhang in *Tabelle 19* dargestellt.

5.3.2 Dimensionen

Bei Untersuchung der Dimensionalität erschienen faktorielle Lösungen zwischen fünf und zehn Faktoren möglich. Nach dem Verlauf der Eigenwerte (6,44; 3,32; 2,25; 1,97; 1,67; 1,32; 1,29; 1,19; 1,13; 1,02 ...) hätte man bei einem Eigenwert >1 zehn Faktoren extrahieren müssen, nach dem Screeplot (Abb. 5) bot sich jedoch auch eine Lösung mit fünf Faktoren an. Es wurden daher zunächst verschiedene Faktorenmodelle berechnet und inhaltlich miteinander verglichen.

Abb. 5 Screeplot



Bei der Lösung mit fünf Faktoren fielen jeweils zwei Subskalen auf zwei Faktoren zusammen (Diagnose / Therapie und Rehabilitationsablauf; Krankheitsbewältigung und Rehabilitationsinhalte). Damit erwies sich der von Deck et al. (1998b) übernommene Fragebogenteil als „skalenreiner“ als der für die vorliegende Arbeit neu entwickelte Teil.

Für die „endgültige“ Skalenbildung des Fragebogens wurde schließlich eine Lösung mit sieben Faktoren vorgezogen, da sie sich inhaltlich gut interpretieren ließ und durch die sieben Faktoren immerhin eine Varianzaufklärung von 57,09 % der Gesamtvarianz erreicht wird. In diese Analyse wurden nur die Items mit Ladungen $a_{ij} > 0,40$ einbezogen. Eine Darstellung der 7-Faktorenlösung findet sich in *Tabelle 20*.

Faktor I: Auf diesem Faktor laden die Items hoch, die als *Zielerwartungen* für die Zeit nach der Rehabilitation zusammengefasst werden können. Diese Items beziehen sich auf die Veränderungen, die durch die Rehabilitationsmaßnahme für das weitere Leben erreicht werden sollen.

Faktor II: Hier werden die Erwartungen aus dem Bereich *Beruf / Rente* abgebildet. Die hier enthaltenen Items zielen vor allem auf die Erwartungen der Patienten an Information und Hilfe bei arbeits-, renten- und sozialrechtlichen Fragen ab.

Faktor III: Dieser Faktor beinhaltet Items zu den Erwartungen der Patienten an die *Krankheitsbewältigung*.

Faktor IV: Diese Dimension umfasst die Items zum Bereich *Diagnose / Therapie*, in der die Patienten angeben, welche Erwartungen sie an die weitere medizinische Behandlung während der Rehabilitation haben.

Faktor V: In dieser Skala sind die Patientenerwartungen an einzelne inhaltliche Aspekte der Reha-Maßnahme enthalten. Zu den Items über die *Rehabilitationsinhalte* gehören dabei z. B. Erwartungen an psychologische

Betreuung, Gesundheitsberatung und körperliches Training.

Faktor VI: Der Faktor *Ruhe / Erholung* beinhaltet Items, die sich auf Erholung und Abstand vom Alltag, aber auch auf Erwartungen an den Kurort und die Freizeitgestaltung beziehen.

Faktor VII: Im Faktor *Rehabilitationsablauf* sind die Items zum Verlauf des Rehabilitationsprogramms zusammengefasst.

Nur ein Item ist nicht eindeutig zuzuordnen: Item 27 „Ich erwarte, daß ich an vielen Gruppengesprächen und Beratungen teilnehme“ zeigt hohe Ladungen auf Faktor III (*Krankheitsbewältigung*) und auf Faktor V (*Rehabilitationsinhalte*).

Item 3 „Ich erwarte, dass ich mich um nichts kümmern muss“ zeigt sowohl hohe Ladungen auf Faktor III ($a_{ij} = .44$) (*Krankheitsbewältigung*) als auch auf Faktor VI ($a_{ij} = .38$) (*Ruhe / Erholung*).

Das Item 1 „Ich erwarte, daß ich Abstand vom Alltag gewinne“ scheint eher zum Bereich *Krankheitsbewältigung* als zur *Erholung* zu gehören. Auch in der von Deck et al. (1998b) durchgeführten Faktorenanalyse zeigte dieses Item eine ähnliche Zuordnung.

Lediglich Item 22 („Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen“) zeigte auf keinem der Faktoren Ladungen $> .25$.

Die zunächst nach theoretischen Gesichtspunkten unterteilten Skalen konnten damit im wesentlichen auch empirisch in der Faktorenanalyse bestätigt werden. Bis auf die beschriebenen vier Items weisen alle nach theoretischen Gesichtspunkten formulierten Fragen eine eindeutige Zuordnung zu den inhaltlichen Dimensionen auf. Für die folgenden Analysen wurden daher nicht die „faktorenpure“, sondern die nach inhaltlichen Gesichtspunkten formulierten „Originalskalen“ verwendet.

Zudem wird deutlich, dass der von Deck et al. (1998b) übernommene Fragebogenteil bei der hier untersuchten kardiologischen Stichprobe eine analoge Faktorenstruktur zu der bereits an der orthopädischen Stichprobe beschriebenen Struktur zeigt.

5.3.3. Reliabilität und statistische Kennwerte der Erwartungsskalen

Mit Ausnahme der Subskala *Rehabilitationsablauf* ergab die Prüfung der Reliabilität Werte für Cronbach's α von .62 bis .85 und lag damit in einem befriedigenden bis guten Bereich.

In *Tabelle 21* sind die Originalskalen mit ihren statistischen Kennwerten, der Anzahl der Items pro Skala, dem Anteil fehlender Werte und den jeweiligen internen Konsistenzen (Cronbach's α) dargestellt.

Nimmt man aus der Subskala „Rehabilitationsablauf“ das nicht trennscharfe Item 22 („Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen“) heraus, so liegt α für die dann noch verbleibenden 3 Items der Skala immerhin noch bei .54.

Tabelle 21 Statistische Kennwerte der Originalskalen des Erwartungsfragebogens
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; α = Reliabilitätsmaß
Cronbach`s α ; MV= Anteil fehlender Werte (%)

Skala	Itemzahl	Wertebereich	SD	M	α	MV (%)
<i>Ruhe / Erholung</i>	5	2-15	3,0	10,7	.62	1,9
<i>Bewältigung</i>	4	0-12	3,0	8,2	.78	1,6
<i>Rente / Beruf</i>	5	0-15	4,5	5,9	.85	10,0
<i>Diagnose / Therapie</i>	4	0-12	2,4	9,7	.63	1,6
<i>Reha-Prozess (ohne Item22)</i>	4 (3)	0-12 (0- 9)	2,5 (2,2)	6,6 (5,5)	.37 (.54)	1,9
<i>Reha-Inhalte</i>	5	0-15	3,6	9,0	.76	4,8
<i>Reha-Ziele</i>	5	0-45	8,6	37,4	.85	2,3

Unter Berücksichtigung der maximal möglichen Erwartungsausprägungen setzen die Patienten die höchsten Erwartungen in die *Rehabilitationsziele*, d. h. die Patienten erwarten von der bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme einen großen Nutzen für ihr weiteres Leben. Für die Rehabilitationsmaßnahme selbst stellen die Patienten vorrangig hohe Erwartungen an *die medizinische Versorgung* und an die *Erholung*. Erwartungen an die *Rehabilitationsinhalte* und den *Ablauf* der Maßnahme sind dagegen nur mittelmäßig ausgeprägt. Die geringsten Erwartungen haben die Patienten, und zwar sowohl berufstätige als auch bereits berentete, an eine Klärung der *beruflichen und versorgungsrechtlichen Situation* im Rahmen der Maßnahme. *Abbildung 6* stellt die Ausprägung der Erwartungen in den einzelnen Dimensionen für die Gesamtstichprobe dar.

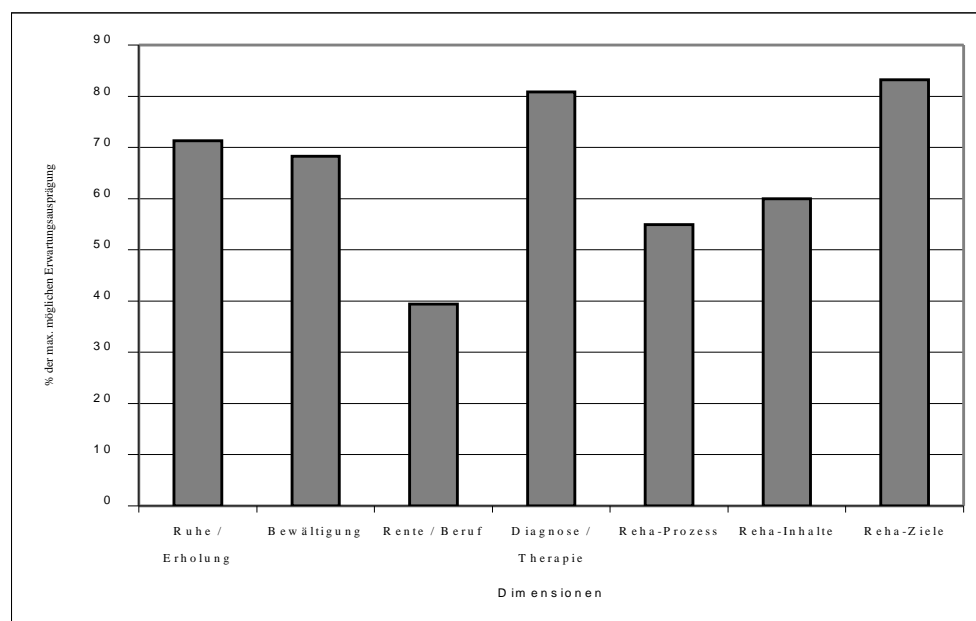


Abb.6: Ausprägungen der Rehabilitationserwartungen (Skalen) in der Gesamtstichprobe

5.3.4 Erwartungsskalen und Basisdaten

Im folgenden Abschnitt soll der Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Rehabilitationserwartungen in den einzelnen Skalen und den soziodemographischen und medizinischen Basisdaten näher untersucht werden.

5.3.4.1 Rehabilitationserwartungen und soziodemographische Basisdaten

Geschlecht und Alter

Tabelle 22 a zeigt die bei einer Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter (Alter dichotomisiert am Median bei 58J) gefundenen Haupt- und Interaktionseffekte. Ausführlich sind die Ergebnisse der Varianzanalyse in *Tabelle 22b* im Anhang dargestellt.

Die Ausprägung der Rehabilitationserwartungen war in beiden Geschlechtern in allen Dimensionen annähernd gleich hoch.

Haupteffekte des Geschlechts auf die Erwartungsausprägungen in den einzelnen Skalen sind in der Varianzanalyse nicht verzeichnet. Bedeutung hat das Geschlecht nur bei den Interaktionseffekten. Hier zeigt sich, dass vor allem jüngere Frauen hohe Erwartungsausprägungen an die *Rehabilitationseinhalte* zeigen.

Die eingangs aufgestellte Hypothese, dass Frauen höhere Erwartungen an *Ruhe und Erholung* im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme stellen als Männer, konnte also nicht bestätigt werden. Die Vermutung, dass in den Bereichen *Diagnostik / Therapie* und *Beruf / Rente* ähnlich hohe Erwartungen bei beiden Geschlechtern bestehen, trifft jedoch zu.

Während die Erwartungen in den Dimensionen *Erholung*, *Rehabilitationsprozess* und *–ziele* keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der Patienten aufweisen, zeigen sich in der Varianzanalyse Haupteffekte des Alters für die Erwartungsskalen *Krankheitsbewältigung*, *Beruf / Rente* und *Inhalte* ($p < .01$), sowie für die Skala *Diagnose / Therapie* auf einem Signifikanzniveau von $p < .05$. Je jünger die Patienten sind, desto höhere Erwartungen werden in diesen Bereichen an die Rehabilitation gestellt. Jüngere Patienten erwarten zum Beispiel signifikant häufiger eine Klärung ihrer Berufs- bzw. Rentensituation als die älteren Patienten, die ja zu einem großen Teil bereits berentet sind und demzufolge keinen Bedarf an arbeits- oder sozialrechtlicher Beratung haben.

Tabelle 22 Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter
Alter (d): Alter dichotomisiert bei 58 J; p = Signifikanzniveau

Skalen	Haupteffekte		Interaktionseffekte
	Alter (d)	Geschlecht	Alter (d) * Geschlecht
<i>Ruhe / Erholung</i>			
<i>Bewältigung</i>	$p < .001$		
<i>Rente / Beruf</i>	$p < .001$		
<i>Diagnose / Therapie</i>	$p < .05$		
<i>Reha-Prozess</i>			
<i>Reha-Inhalte</i>	$p < .01$		$p < .05$
<i>Reha-Ziele</i>			

Einkommen

In *Tabelle 23* (s. Anhang) sind die Korrelationen der Erwartungsskalen mit dem Einkommen angegeben. Hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang lediglich mit der Skala *Rente / Beruf*. Je geringer das Einkommen der Patienten ist, desto höher sind die Erwartungen in dieser Dimension.

Schulabschluss

Die Variable Schulabschluss wurde dichotomisiert in Hauptschulabschluss und höhergradige Abschlüsse. In der Skala *Beruf / Rente* zeigten die Patienten mit Hauptschulabschluss signifikant höhere Erwartungen als die Teilnehmer mit weitergehenden Schulabschlüssen ($t= 3,38$; $df= 277$; $p= .001$), in allen anderen Dimensionen fand sich kein Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Erwartungsausprägungen. *Tabelle 24* (s. Anhang) stellt die Ergebnisse des t-Tests dar.

Einkommen und Schulabschluss sind dabei konfundierte Merkmale, die auch oft unter dem Begriff des „sozioökonomischen Status“ zusammengefasst werden. Damit kann letztlich nicht entschieden werden, welche der beiden Variablen in welchem Maße Einfluss auf die Erwartungsausprägungen in der Skala *Rente / Beruf* hat.

Berufstätigkeit

Die vor dem koronaren Erstereignis noch berufstätigen Patienten der Stichprobe zeigen signifikant höhere Erwartungen in den Dimensionen *Krankheitsbewältigung* ($t= 3,42$; $df= 303$; $p= .001$), *Rente* ($t= 3,06$; $df= 277$; $p= .002$) und *Inhalte* ($t= 2,88$; $df= 293$; $p= .004$). Höhere Erwartungsausprägungen in der Dimension *Erholung*, wie vermutet werden könnte, bestehen bei den Berufstätigen jedoch nicht. (*Tabelle 25*, s. Anhang)

Familienstand

Bei der Aufstellung der Hypothesen wurde ein Zusammenhang zwischen Rehabilitationserwartungen und Familienstand angenommen. Da hier besonders die Frage interessierte, ob allein lebende Personen höhere Erwartungen an die Rehabilitation stellen, wurde zur Überprüfung der Hypothesen die Variable „Zusammenleben mit Partner“ herangezogen. Hierbei ergeben sich in den Erwartungsausprägungen für die Bereiche *Krankheitsbewältigung* ($t=2,76$; $df= 268$; $p= .006$), *Diagnose / Therapie* ($t= 2,59$; $df= 267$; $p= .01$) und *Rehabilitationsablauf* ($t= 3,67$; $df= 268$; $p< .001$) signifikante Unterschiede zwischen den allein und den mit Partner lebenden Patienten. Entgegen der ursprünglichen Vermutung sind die Erwartungen jedoch bei den allein lebenden Teilnehmern geringer ausgeprägt. (*Tabelle 26*, s. Anhang)

5.3.4.2 Rehabilitationserwartungen und medizinische Daten

Eingangsd Diagnose

Mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse wurde die Abhängigkeit der Erwartungsskalen von der Manifestationsart der Koronaren Herzkrankheit untersucht. Die Rehabilitationserwartungen von Patienten nach Myokardinfarkt, ACVB-Operation oder PTCA unterscheiden sich in der vorliegenden Arbeit nicht signifikant und erweisen sich damit als unabhängig von der Art der Erstmanifestation. (*Tabelle 27*, s. Anhang)

Setting

Zwischen Patienten, die noch in der Akutklinik rekrutiert wurden und Patienten, die zum ersten Messzeitpunkt bereits eine Rehabilitationsbehandlung begonnen hatten, zeigten sich keine Unterschiede in den Ausprägungen der Behandlungserwartungen. Die Ergebnisse des t-Tests sind in (Tabelle 28, s. Anhang) dargestellt.

Schwere der Erkrankung

Wie oben beschrieben, wurden die Variablen Koronarangiographischer Befund, Herzinsuffizienzzeichen nach NYHA, echokardiographischer Befund und Angina pectoris - Symptomatik zu einem Index für die Schwere der KHK zusammengefügt. Um zu überprüfen, ob signifikante Unterschiede zwischen den Erwartungsausprägungen der „schwerer“ und der „leichter“ erkrankten Patienten bestehen, wurde die Stichprobe am Median in zwei Gruppen unterteilt. Im t-Test zeigte sich, dass die Erwartungen in allen Dimensionen unabhängig von der Schwere der Erkrankung sind. Patienten mit einer „schweren“ KHK erwarten von einer Rehabilitationsmaßnahme also nicht signifikant mehr als die „gesünderen“ Patienten. (Tabelle 29, s. Anhang) Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Gesamtgruppe bezogen auf die medizinischen Ausgangsdaten recht homogen war.

5.3.5 Einfluss von Vorerfahrung und Vorinformation auf die Erwartungen

Wie bei der Auswertung des Interviews (s. Abschnitt 5.2.2) beschrieben, konnten 38% der Akutpatienten bei der Beantwortung des Erwartungsfragebogens auf eigene Erfahrungen zurückgreifen, 62 % dieser Patienten hatten noch nicht an einer Kur oder Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Die Annahme, dass Patienten mit Vorerfahrung in Rehabilitationsmaßnahmen andere Rehabilitationserwartungen als die „unerfahrenen“ Patienten haben, lässt sich nicht bestätigen. Im t-Test finden sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen Patienten mit und ohne Vorerfahrung (Tabelle 30, s. Anhang). Dies ändert sich auch nicht, wenn in einer Varianzanalyse neben der Vorerfahrung auch das Geschlecht einbezogen wird.

27,7% der Akutpatienten hatten beim Interview angegeben, keine Informationen über Sinn und Verlauf einer evtl. bevorstehenden Maßnahme erhalten zu haben. Dies scheint einen Einfluss auf die Erwartungsausprägung im Bereich der *Reha-Ziele* zu haben, da die Patienten ohne Vorinformation signifikant höhere Erwartungen an die Wirksamkeit der Rehabilitation für das weitere Leben hatten als die Patienten mit Vorinformation. ($t=2,18$; $df=144$; $p=.031$).

Für die Erwartungen an *Diagnose und Therapie* im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme ergibt sich ebenfalls ein schwach signifikanter Unterschied in dem Sinne, dass Patienten mit Vorinformationen höhere Erwartungen an diesen Bereich stellen als Patienten ohne Vorinformationen ($t=2,05$; $df= 144$; $p= .043$) (Tabelle 31, s. Anhang)

5.4 Personale Wirkfaktoren

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der für die vorliegende Arbeit relevanten psychologischen Fragebögen des Gesamtprojektes zunächst für die Gesamtgruppe sowie getrennt für Frauen und Männer dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse auf mögliche Zusammenhänge mit der Höhe der Erwartungsausprägung hin untersucht.

5.4.1 Abhängigkeit der Erwartungen und ihrer Erfüllung vom Krankheitskonzept

Unter Kontrollüberzeugungen versteht man die von den Patienten subjektiv wahrgenommene Beeinflussbarkeit der Krankheitssymptomatik. Diese wurden in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe des KKG (Lohaus & Schmitt, 1989) erfasst. Die Ergebnisse aus diesem Fragebogen sind für die Gesamtgruppe sowie getrennt nach Geschlecht in *Tabelle 32* dargestellt.

Frauen weisen im t-Test signifikant höhere Werte für die Dimension fatalistische Externalität auf ($t = 3,01$; $df = 308$; $p = .003$), d. h. sie sind signifikant häufiger als Männer davon überzeugt, dass die Krankheit nicht kontrollierbar, sondern von Schicksal oder Zufall abhängig ist.

Um einen möglichen Zusammenhang von Rehabilitationserwartungen mit den Kontrollüberzeugungen zu überprüfen, wurde eine Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Alter (dichotomisiert bei 58J), Geschlecht und den Skalen des KKG (dichotomisiert am Median) durchgeführt.

Für die Skalen *Bewältigung* ($F(1,272)=16,64$; $p < .001$; $\eta^2=.08$), *Rente / Beruf* ($F(1,272)=11,84$; $p = .001$; $\eta^2=.11$) und *Inhalte* ($F(1,272)=9,17$; $p = .003$; $\eta^2 = .06$) zeigen sich drei Haupteffekte des Alters, für die Skalen *Rente / Beruf* ($F(1,272)=11,03$; $p = .001$; $\eta^2 = .08$), *Diagnose / Therapie* ($F(1,272)=6,94$; $p = .009$; $\eta^2 = .04$) und *Prozess* ($F(1,272)=15,30$; $p < .001$; $\eta^2 = .08$) finden sich Haupteffekte der fatalistischen Kontrollüberzeugungen auf einem Signifikanzniveau von $p < .01$. In der Varianzanalyse haben die Faktoren Geschlecht, sozial-externale und internale Kontrollüberzeugungen nur einen Einfluss bei den Interaktionseffekten. So haben z. B. Männer mit niedrigen sozial-externalen Kontrollüberzeugungen signifikant geringere Erwartungen an die *Rehabilitationsziele* als Männer mit hohen sozial-externalen Kontrollüberzeugungen, während bei den Frauen niedrige sozial-externale Kontrollüberzeugungen mit hohen Zielerwartungen verbunden sind ($F(1,272)=5,63$; $p = .018$).

Die eingangs aufgestellte Hypothese, dass die Erwartungen der Patienten eine enge Abhängigkeit von Kontrollüberzeugungen unabhängig vom Geschlecht zeigen, scheint demnach im wesentlichen nur für die fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen zuzutreffen.

5.4.2 Depressivität

Der mit Hilfe der Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90-R (Franke, 1995) gemessene psychische Status der Patienten zum Messzeitpunkt T1 ist in *Tabelle 33* dargestellt. In allen drei Skalen finden sich bei den hier untersuchten Frauen signifikant höhere psychische Belastungen als bei den Männern. Diese gemessenen Unterschiede sind allerdings nicht

spezifisch für die hier untersuchte Stichprobe - ein Vergleich der Ängstlichkeits- und Depressionswerte mit den von den Autoren angegebenen Rohdaten für Frauen und Männer zeigt nämlich, dass Frauen eine generell höhere psychische Belastung auch in der „Normalstichprobe“ aufweisen. *Tabelle 34* gibt die Korrelationen zwischen den Erwartungsskalen und den Skalen des SCL-90-R wieder. Hiernach haben Patienten mit hohen Ausprägungen im Bereich Somatisierung höhere Erwartungen an eine Klärung der *Renten- und Berufssituation* ($r = .12$; $p < .001$) Signifikante Korrelationen auf einem Niveau von $p < .001$ finden sich bei hohen Werten von Depressivität ($r = .20$) und Ängstlichkeit ($r = .19$) auch mit den Erwartungen an die *Krankheitsbewältigung* im Rahmen der Reha-Maßnahme.

5.4.3 Coping-Stil

Die Strategien der Patienten zur Krankheitsbewältigung wurden zum Messzeitpunkt T 2 mit Hilfe des FKV (Muthny, 1989) erfasst. Frauen zeigen hierbei signifikant höhere Ausprägungen in den Bereichen Ablenkung / Selbstaufbau ($t = 2,83$; $df = 308$; $p = .005$) und Sinnfindung / Religiosität ($t = 4,77$; $df = 308$; $p < .001$) als Männer (*Tabelle 35*). Wie in *Tabelle 36* dargestellt, korrelieren hohe Ausprägungen in den Bewältigungsstrategien Depressivität ($r = .25$), aktives Coping ($r = .22$), Ablenkung ($r = .25$) und Bagatellisierung ($r = .22$) mit höheren Erwartungen an die *Krankheitsbewältigung* während der Reha-Maßnahme. Hochsignifikante Korrelationen auf einem Niveau von $p < .001$ fallen außerdem für die Bewältigungsstrategie Ablenkung und die Erwartungen an den *Reha-Prozess* ($r = .21$) sowie die Klärung der *Renten- und Berufssituation* ($r = .22$) und auf.

5.5 Ablehnungsgründe bei Nicht-Teilnahme

Zum Messzeitpunkt T2 wurden Patienten, die nicht an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatten, zu ihren Ablehnungs- bzw. Hinderungsgründen befragt. Zur Überprüfung der Einflussfaktoren auf den Reha-Zugang konnten aufgrund der Änderung des Rekrutierungsschemas nur die Daten der Patienten (N=152), die noch während der Akutbehandlung rekrutiert wurden, herangezogen werden.

Die Ergebnisse des Interview (s. Abschnitt 5.2.4) zeigen, dass 82,8 % von diesen Patienten an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen wollten. Die Erwartungen der Patienten mit und ohne Teilnahmewunsch unterscheiden sich nur signifikant in der Skala *Inhalte* ($t = 2,17$; $df = 125$; $p = .032$). Patienten, die lieber nicht teilnehmen wollen, haben geringere Erwartungen an die *Inhalte* als die Patienten mit Teilnahmewunsch.

Die tatsächliche Rehabilitationsteilnahme ist nur für 126 Patienten bekannt, da 26 Patienten zu T2 keine Angaben machten. 110 Akutpatienten (87,3%) haben demnach an einer Reha-Maßnahme teilgenommen, 16 Patienten (12,7%) nahmen nicht teil. Bezogen auf das Geschlecht lag die Teilnahmequote damit bei den Frauen bei knapp 94 % und bei den Männern bei ca. 85 %. Eine statistisch signifikante Benachteiligung der Frauen beim Reha-Zugang, wie sie in Ableitung aus der Literatur zunächst vermutet wurde, besteht in dieser Stichprobe also keinesfalls.

Angaben zu den Ablehnungs- bzw. Hinderungsgründen konnten somit lediglich 16 Patienten (2 Frauen !! und 14 Männer !!) machen. Eine Überprüfung der Hypothese, dass frauenspezifische Motive für die Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme existieren, ist daher aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht möglich.

Von den nicht-teilnehmenden Patienten wurden (bei möglicher Mehrfachnennung) als Gründe für die Ablehnung folgende Punkte am häufigsten genannt:

1. *Rehabilitation wurde mir nicht empfohlen* (N= 13);
2. *Ich wollte nach so langer Zeit im Krankenhaus endlich wieder nach Hause* (N= 7)
3. *Die Diagnostik und Behandlung war noch nicht abgeschlossen* (N= 6).

5.6 Erfüllung der Rehabilitationserwartungen

Mit Hilfe des Bewertungsfragebogens sollte untersucht werden, inwieweit die zuvor geäußerten Erwartungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme auch tatsächlich erfüllt wurden.

5.6.1 Ausprägung der Bewertungen auf Itemebene

In *Tabelle 37a,b* sind die Rangfolgen der während der Rehabilitation erfüllten Erwartungen für die Gesamtstichprobe wiedergegeben. Wie bei den Erwartungen, so finden sich auch bei den tatsächlichen Bewertungen in der Rangfolge der ersten 10 Bewertungen die Items zum Thema *Diagnose / Therapie* und *Erholung* am häufigsten wieder.

Während bei den Erwartungen der Patienten noch sechs Einzelitems auf einem Niveau von $p < .01$ statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufwiesen, unterscheiden sich Frauen und Männer bei der Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme nur bei zwei Items signifikant. Die beiden Items Nr. 1 („Während der Rehabilitationsmaßnahme habe ich Abstand vom Alltag gewonnen“ – $t = 2,83$; $df = 238$; $p = .005$) und Nr. 3 („Während der Rehabilitationsmaßnahme habe ich mich eine Zeitlang um Nichts kümmern müssen“ – $t = 4,02$; $df = 239$; $p < .001$) stammen aus dem Themenbereich „Erholung“ (s. *Tab. 38*). Korrigiert man auch hier das Signifikanzniveau nach Bonferroni ($p = .0016$), so findet sich lediglich bei Item 3 noch ein „echt“ signifikanter Unterschied in der Bewertung der Reha-Maßnahme zwischen Frauen und Männern.

Tabelle 38 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme: Einzelerwartungen
Signifikante Mittelwertunterschiede (t-Test) auf Itemebene
 M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; t-Wert: Ergebnis des t-Tests

Nr.	Während der Rehabilitationsmaßnahme...	M Frauen	M Männer	df	t-Wert
1	...habe ich Abstand vom Alltag gewonnen.	2,52	2,18	238	2,83*
3	... habe ich mich eine Zeitlang um Nichts kümmern müssen.	2,72	2,36	239	4,02**

$p < .01$; ** $p < .001$

Auch bei der Erfüllung der zuvor gesetzten *Rehabilitationsziele* geben Frauen und Männer in der Rangreihe gleiche Bewertungen ab.

Die ausführliche Darstellung des t-Tests nach Geschlecht für alle Items des Bewertungsfragebogens findet sich in *Tabelle 39* im Anhang.

5.6.2 Statistische Kennwerte der Skalen des Bewertungsfragebogens

In *Tabelle 40* sind die statistischen Kennwerte der Bewertungsskalen zur Erfüllung der Rehabilitationserwartungen aufgeführt.

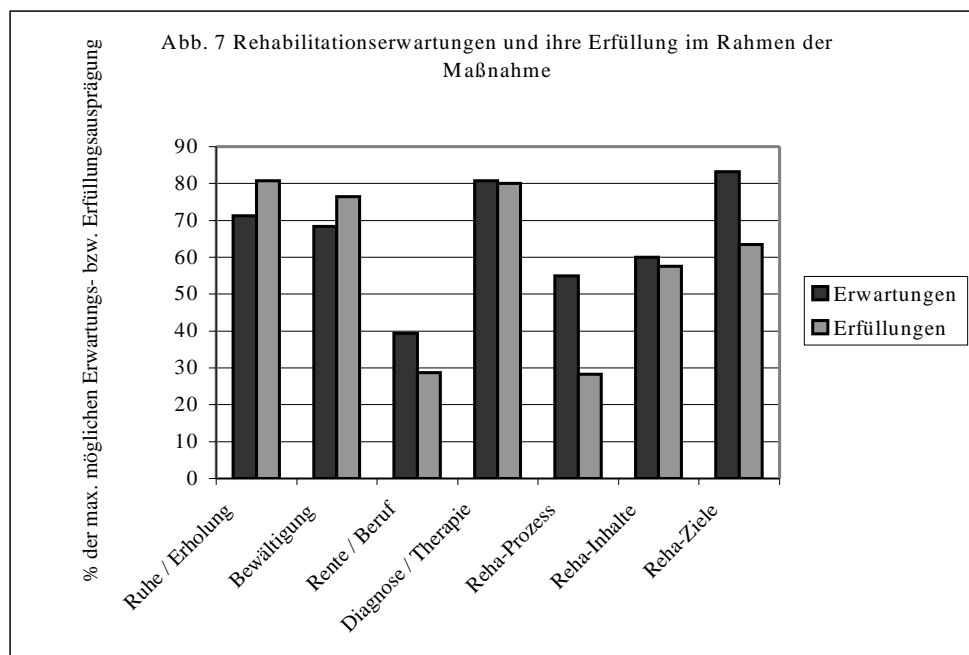
Tabelle 40 Statistische Kennwerte der Originalskalen des Bewertungsfragebogens
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung;
MV= Anteil fehlender Werte (%)

Skala	Itemzahl	Wertebereich	SD	M	MV (%)
<i>Ruhe / Erholung</i>	5	3-15	2,6	12,1	16,1
<i>Bewältigung</i>	4	0-12	2,7	9,2	16,1
<i>Rente / Beruf</i>	5	0-15	3,6	4,2	37,6
<i>Diagnose / Therapie</i>	4	2-12	2,2	9,6	18,3
<i>Reha-Prozess</i>	3	0-9	1,9	2,6	18,3
<i>Reha-Inhalte</i>	5	0-15	3,2	8,6	16,9
<i>Reha-Ziele</i>	5	0-45	10,0	28,5	16,5

Abbildung 7 stellt die Erwartungen vor der Maßnahme und die anschließende Bewertung ihrer Erfüllung graphisch dar. Die Erwartungen im Bereich *Erholung* sind am stärksten erfüllt worden, das Ausmaß der Erfüllung übersteigt in den Bereichen *Erholung* und *Krankheitsbewältigung* sogar die vor der Maßnahme geäußerten Erwartungen.

Für die Skala *Diagnose / Therapie* ist das Ausmaß von Erwartungs- bzw. Erfüllungsausprägung annähernd gleich. Die während der Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entsprachen also in etwa den vorher geäußerten Erwartungen.

Während vor der Maßnahme noch die höchsten Erwartungen in den Aspekt *Rehabilitationsziele* gesetzt wurden, wird drei Monate nach dem Akutereignis der tatsächliche Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme für den Alltag wesentlich geringer eingeschätzt. Dieser Bereich liegt bei der Erwartungserfüllung nur noch an vierter Stelle. Die Realisation der Wünsche in den Bereichen *Rehabilitationsablauf*, *-inhalte* und die Klärung der *Renten- und Berufssituation* bleibt ebenfalls hinter den Erwartungen zurück. Insgesamt fällt auf, dass beim Bewertungsfragebogen der Anteil der fehlenden Werte sehr hoch liegt.



5.6.3 Erfüllung der Erwartungen und soziodemographische Daten

Die im Rahmen der Rehabilitation tatsächlich erfüllten Erwartungen erwiesen sich in ihrer Ausprägung abhängig von soziodemographischen Daten.

Um den Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Bewertungen zu überprüfen wurde eine Varianzanalyse durchgeführt. Hier ergaben sich zwei Haupteffekte des Geschlechtes in den Bereichen *Erholung* ($F(1, 167) = 3,98; p = .048; \eta^2 = .03$) und *Krankheitsbewältigung* ($F(1, 167) = 6,16; p = .014; \eta^2 = .03$). Während bei den Erwartungen auf Skalenebene kein signifikanter Geschlechtsunterschied nachweisbar war, unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Erwartungserfüllungen in diesen Bereichen signifikant voneinander. Frauen bewerten ihre tatsächliche Erholung ebenso wie die Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung dabei positiver als Männer.

Weiterhin waren Haupteffekte des Alters für die Skalen *Rehabilitationsprozess* ($F(1, 167) = 4,02; p = .047; \eta^2 = .01$) und *-ziele* ($F(1, 167) = 10,04; p = .002; \eta^2 = .04$) zu verzeichnen. Die älteren Patienten (über 58 J) geben signifikant häufiger als die jüngeren Teilnehmer an, dass ihre Erwartungen in diesen Bereichen erfüllt worden seien. Interaktionseffekte bestanden nicht. (*Tabelle 41, s. Anhang*)

5.6.4 Einfluss von Vorerfahrung und Vorinformation auf die Erfüllung der Erwartungen

Die Erwartungen der Patienten in der Dimension *Erholung* werden bei Patienten, die noch niemals an einer Kur oder Rehabilitation teilgenommen haben signifikant häufiger erfüllt als die Erwartungen von Patienten mit Vorerfahrung ($t = 2,54; df = 211; p = .01$).

Vorinformation hat jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Erfüllungsausprägungen.

5.7 Diskrepanz von Erwartung (T1) und Bewertung (T2)

5.7.1 Bildung eines Index für die Diskrepanz von Erwartung und Bewertung

Im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme wurden nicht alle eingangs gestellten Erwartungen erfüllt. Für weitere Analysen wurden die vor der Rehabilitationsmaßnahme (T1) von den Patienten angegebenen Erwartungen mit den nach drei Monaten (T2) abgegebenen Bewertungen verglichen.

Zur Untersuchung der Fragestellung, welchen Einfluss „unerfüllte“ Erwartungen auf das Rehabilitationsergebnis haben, wurde ein „Diskrepanzindex“ erstellt.

Hierzu wurden zunächst die vier Antwortmöglichkeiten für die Items des Erwartungs- und Bewertungsfragebogens dichotomisiert (erwartet= stimmt genau + stimmt etwas; nicht erwartet =stimmt nicht + stimmt überhaupt nicht bzw. erfüllt= stimmt genau + stimmt etwas; nicht erfüllt =stimmt nicht +stimmt überhaupt nicht) bzw. in der Dimension *Rehabilitationsziele* der beiden Fragebögen die Randwerte [8]-[10] als Zustimmung und [1]-[3] als Ablehnung gewertet.

Hieraus wurden schließlich die vier möglichen Kombinationen der korrespondierenden Erwartungs- und Bewertungsitems (erwartet...erfüllt; erwartet...nicht erfüllt; nicht erwartet...erfüllt; nicht erwartet...nicht erfüllt) gebildet (vgl. *Tabelle 42*). Anschließend wurden alle Kombinationen der Kategorie „erwartet...nicht erfüllt“ zu einem „Diskrepanzindex“ aufsummiert. Dieser Index konnte einerseits für den Gesamtfragebogen berechnet werden und theoretisch Werte zwischen 0 und 31 erreichen. Zudem war auch eine Berechnung von Diskrepanzindices für die einzelnen Skalen möglich, die je nach Zahl der möglichen Kombinationen Werte zwischen 0 und 5 annehmen konnten.

5.7.2 Diskrepanz zwischen Erwartungen und Bewertungen

Die höchsten Diskrepanzen traten im Bereich der *Reha-Ziele* gefolgt von der Skala *Beruf/ Rente* auf, im Bereich *Erholung* waren hingegen nur geringe Diskrepanzen zu verzeichnen.

Ein möglicher geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Diskrepanzausprägung wurde im t-Test untersucht. Hierbei ließ sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß der Diskrepanz zwischen Erwartung und Erfüllung feststellen ($t= 1,10$; $df= 125$; $p= .27$). Auch bei Berechnung der t-Tests für die Diskrepanz zwischen Erwartung und Bewertung in den einzelnen Skalen waren keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern nachweisbar (*Tabelle43*).

Mögliche Einflüsse auf das Ausmaß der Diskrepanz wurde varianzanalytisch mit den Faktoren Alter, Geschlecht und Vorinformation untersucht. Hierbei zeigten sich Haupteffekte des Geschlechts ($F(1, 95)=5,69$; $p= .019$; $\eta^2= .11$) und der Vorinformation ($F(2, 95)=3,67$; $p= .029$; $\eta^2= .11$) auf einem Signifikanzniveau von $p < .05$. Interaktionseffekte waren nicht zu verzeichnen.

5.8 Rehabilitationsoutcome

Im folgenden Abschnitt werden einige der für die vorliegende Arbeit relevanten Outcome-Variablen des Gesamtprojektes dargestellt. Als Indikatoren für einen günstigen bzw. ungünstigen Rehabilitationsverlauf wurden folgende Kriterien herangezogen:

1. Rehabilitationsoutcome zu T2 (Hierzu liegen Daten von 268 Patienten (87%) vor):
 - Zufriedenheit mit der Rehabilitation.

2. Rehabilitationsoutcome zu T3 (Hierzu standen Informationen von 260 Patienten (86%) zur Verfügung):
 - weiterer Behandlungsverlauf (hier: klinische Ereignisse, Auftreten von Rezidiven)
 - Lebenszufriedenheit,
 - Wiederaufnahme von Berufstätigkeit/ Hausarbeit
 - konsequente Lebensstiländerung (weitere Nikotinkarenz, Ernährungsumstellung)

5.8.1 Zufriedenheit mit der Rehabilitation (T 2)

Drei Monate nach dem klinischen Ereignis wurden die Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme befragt. Hierbei sollte die Einschätzung mit einer 7-stufigen Skala („smilies“) von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ erfolgen. Dabei äußerten sich 53,7% der Patienten in den beiden ersten Abstufungen als sehr zufrieden mit der Rehabilitation, nur 1,6% der Patienten hatte die letzten beiden Abstufungen mit „sehr unzufrieden“ gewählt. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren bei der Rehabilitationszufriedenheit nicht zu verzeichnen, allerdings wurde ein Einfluss des Alters auf die Rehabilitationszufriedenheit deutlich ($F(1, 238) = 3,90$; $p = .049$; $\eta^2 = .02$). Ältere Patienten äußerten sich in der Rückschau zufriedener als Jüngere.

5.8.2 Klinische Ereignisse

Bei 23,1% der Patienten ist im Jahresverlauf erneut ein kardiales Ereignis eingetreten bzw. eine Intervention notwendig gewesen. Dabei wurde mit 20,8% am häufigsten eine PTCA durchgeführt, in 15,4% der Fälle war eine Bypassoperation notwendig und in 13,8% kam es zu einem (Re-)Infarkt. Wie aus *Tabelle 44* ersichtlich, unterschieden sich Frauen und Männer in Häufigkeit und Art der aufgetretenen klinischen Ereignisse nicht signifikant voneinander.

5.8.3 Lebenszufriedenheit

Während zu T1, also unmittelbar nach dem klinischen Ereignis, noch 60,7% der Patienten mit ihrem Leben insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden waren, sind dies ein Jahr nach der Erkrankung nur noch 52,7%. Die Menge der mit dem Leben eher unzufriedenen Patienten bleibt dagegen mit 14,4% zu T3 ähnlich hoch wie schon zu T1 (14,1%). Zugenommen hat dagegen die Zahl der eher unschlüssigen und im mittleren Bereich der Lebenszufriedenheit liegenden Patienten.

5.8.4 Wiederaufnahme von Berufstätigkeit und Hausarbeit

Zum Messzeitpunkt T3 ist der Erwerbsstatus von 255 Patienten bekannt. Betrachtet man nur die vor dem koronaren Erstereignis berufstätigen Patienten (N=112), so ergibt sich eine berufliche Wiedereingliederungsquote von 69,6%. Hierbei kehrten mit 77,8% die Frauen häufiger in ihren Beruf zurück als die Männer (67,1%), wobei dieser Unterschied jedoch keine statistische Signifikanz aufweist ($\chi^2 = 1,11$; $df = 1$; $p = .34$). Beachtet werden muss dabei, dass vor dem Ereignis nahezu alle erwerbstätigen Männer (95,3%) in Vollzeit beschäftigt waren, während dies nur für etwa die Hälfte (57,6%) der erwerbstätigen Frauen galt.

Ihre Tätigkeiten im Alltag und Haushalt hatten nach einem Jahr 49,2% aller Patienten wieder in vollem Umfang und 40,3% der Patienten wieder mit gewissen Einschränkungen aufgenommen. Lediglich 10,5% der Teilnehmer konnten Hausarbeiten nur noch mit großen Einschränkungen oder überhaupt nicht mehr durchführen. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern ließ sich auch hier nicht nachweisen ($\chi^2 = 4,12$; $df = 3$; $p = .24$).

5.8.5 Lebensstiländerung: Nikotinkarenz, Ernährungsumstellung

Die Analyse der Lebensstiländerung wurde in der vorliegenden Arbeit auf die beiden Risikofaktoren Nikotinkonsum und Ernährung beschränkt. Bei der Bewertung der Ergebnisse muss zudem berücksichtigt werden, dass die Daten auf Eigenangaben der Patienten beruhen.

Von den Patienten, die vor der Erkrankung geraucht hatten, haben 76% das Rauchen nach einem Jahr aufgegeben. 24% der Patienten rauchen noch bzw. wieder. Geschlechtsspezifische Effekte zeigten sich hierbei nicht ($\chi^2 = ,92$; $df = 1$; $p = .37$).

Über eine konsequente Ernährungsumstellung, zumeist in Form von cholesterinärmer Kost, berichten 89,1%. Lediglich ca. 11% der Teilnehmer haben ihre Ernährungsgewohnheiten beibehalten. Eine Umstellung der Ernährung fand dabei tendenziell häufiger bei den Männern als bei den Frauen statt ($\chi^2 = 8,12$; $df = 3$; $p = .04$). Einschränkend sei jedoch erwähnt, dass die Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung zu Beginn z. B. anhand der Blutfettwerte nicht untersucht wurde.

5.9 Erwartungen und Erfüllungsdiskrepanz als Prädiktoren des Rehabilitationsergebnisses

In Abschnitt 5.8 wurden die für die vorliegende Arbeit relevanten Rehabilitationsergebnisse beschrieben. Im folgenden Abschnitt wird der Einfluss der Rehabilitationserwartungen auf diese Outcome-Kriterien untersucht.

Kern der Hypothesengruppe V war die Annahme, dass sich erfüllte Erwartungen positiv bzw. unerfüllte Erwartungen negativ auf das Rehabilitationsergebnis auswirken. Hier wird daher ebenfalls geprüft, ob das „Nicht-erfüllt-werden“ von Erwartungen (=Erfüllungsdiskrepanz) einen negativen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis hat.

Zur Analyse, ob und welche Variablen eine Vorhersage der Rehabilitationsergebnisse ermöglichen, wurden schrittweise logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die Koeffizienten der logistischen Regression können verwendet werden, um die Quotenverhältnisse von unabhängigen Variablen im Modell zu schätzen. Berechnet wurden „odds ratios“ (OR), die beschreiben, um wie viel höher die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable (hier: des Outcome-Kriteriums) ist, wenn die Vorhersagevariable sich um eine Skalenstufe erhöht.

Die Berechnung erfolgte zunächst für die Gesamtstichprobe. Auf die getrennte Auswertung bei Frauen und Männern wurde aufgrund der zu geringen Fallzahl für die Analyse bei Frauen verzichtet. Das Signifikanzniveau war auf $p < .05$ festgelegt. Das Ergebnis wurde als signifikant gewertet, wenn das Konfidenzintervall (95% Konfidenzintervalle) die „1“ nicht einschloss. Die Ergebnisse der folgenden Untersuchungen sind in den *Tabellen 45 bis 48* dargestellt (s. Anhang).

5.9.1 Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitation

Bei dem Outcome-Kriterium „Zufriedenheit mit der Rehabilitation“ wird das zu T2 von den Patienten angegebene Globalurteil (s. 5.8.1) als abhängige Variable untersucht. Die überwiegende Mehrheit der Patienten äußerte sich, wie bereits beschrieben, sehr zufrieden mit der Rehabilitation (*Tab. 45*).

Im ersten Schritt wurden die soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht als Block eingeschlossen. In Block 2 erfolgte der Einschluss der Erwartungsskalen; in Block 3 wurde der berechnete Diskrepanzindex und in einem letzten Schritt die Variable „Vorinformation“ eingeschlossen. Hierbei zeigt sich für drei Erwartungsskalen und für die Diskrepanz zwischen Erwartung und Bewertung ein signifikanter Einfluss auf die Rehabilitationszufriedenheit. Die Dimension *Krankheitsbewältigung* erweist sich als Prädiktor für Unzufriedenheit, d. h. hohe Erwartungen an den Bereich Krankheitsbewältigung erhöhen das Risiko mit der Rehabilitation unzufrieden zu sein (OR: 1,3; CI: 1,05 – 1,66; $p = .018$). Wie vermutet, stellen auch die nicht erfüllten Erwartungen einen Prädiktor für Unzufriedenheit mit der Rehabilitation dar (OR: 1,58; CI: 1,30-1,94; $p < .001$).

Hohe Erwartungen in den Skalen *Rehabilitationsablauf* (OR: 0,76; CI: 0,57 – 0,99; $p = .049$) und *Rehabilitationsziele* (OR: 0,92; CI: 0,85 – 0,99; $p = .034$) hingegen scheinen einen signifikant positiven Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitation zu haben. Alter und Geschlecht sowie die vor der

Rehabilitation erhaltene Information zeigen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit. Die Sensitivität dieser Vorhersage beträgt 79,2 Prozent, die Spezifität 70,4 Prozent.

5.9.2 Einfluss auf das Auftreten klinischer Ereignisse im Jahresverlauf

Ein Jahr nach der Erstmanifestation der koronaren Herzerkrankung waren bei ca. 23% der Patienten, unabhängig vom Geschlecht, erneut klinische Ereignisse aufgetreten (s. 5.8.2)

In die hierzu durchgeführte logistische Regressionsanalyse (Tab. 46) gingen neben der abhängigen Variablen „klinische Ereignisse“ wiederum die soziodemographischen Daten zu Alter und Geschlecht in den ersten Block, gefolgt von den Erwartungen vor der Reha-Maßnahme im zweiten Block ein. Im dritten bzw. vierten Block wurden schließlich die Erfüllungsdiskrepanz bzw. die zu T1 mit Hilfe eines Index berechnete „Schwere der Erkrankung“ eingeschlossen.

Als wichtigster Prädiktor für das Auftreten klinischer Ereignisse im Jahr nach der Rehabilitation erwies sich dabei, wie vermutet, die Schwere der koronaren Herzerkrankung zu Beginn der Untersuchung (OR: 1,65; CI: 1,05 –2,58; p= .03). Weder Alter und Geschlecht, noch die Erwartungen oder Erfüllungsdiskrepanz zeigten in Relation zur Erkrankungsschwere einen signifikanten Einfluss auf die Rezidivquote. Die Sensitivität dieser Vorhersage beträgt 95 Prozent, die Spezifität jedoch lediglich 28 Prozent.

5.9.3 Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der Patienten (T3) (Tab. 47).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde von den Patienten nach einem Jahr wesentlich kritischer beurteilt, als dies unmittelbar nach dem Akutereignis der Fall gewesen war.

In die Regressionsanalyse hierzu gingen neben der abhängigen Variablen „Lebenszufriedenheit“ zu T3 wiederum blockweise soziodemographische Daten, Rehabilitationserwartungen und Erfüllungsdiskrepanz ein. Weiterhin wurde die von den Patienten zu T1 geäußerte Lebenszufriedenheit als letzter Block in die Untersuchung eingeschlossen.

Hier zeigt sich für die Erfüllungsdiskrepanz ein signifikant negativer Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Je mehr Erwartungen während der Rehabilitation nicht erfüllt wurden, desto höher ist das Risiko das eigene Leben nach einem Jahr negativer zu bewerten (OR: 0,87; CI: 0,77-0,98; p= .022). Hohe Erwartungsausprägungen in der Dimension *Rehabilitationsablauf* scheinen hingegen einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zu haben (OR: 1,45; CI:1,12-1,87; p= .004).

Zu bemerken ist dabei, dass auch die zu T1 geäußerte (bei der Mehrzahl sehr hohe) Lebenszufriedenheit keinen signifikanten Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben ein Jahr später zu haben scheint. Hier spielt sicherlich die zeitliche „Nähe“ zum Akutereignis eine entscheidende Rolle. Die Sensitivität dieser Vorhersage liegt bei 66 Prozent, die Spezifität bei 70 Prozent.

5.9.4 Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Patienten

Nikotinkonsum

Immerhin 76% der Patienten, die noch unmittelbar vor der Erstmanifestation der KHK geraucht hatten, haben nach eigenen Angaben das Rauchen ein Jahr später (T3) dauerhaft eingestellt. In die hierzu berechnete Regressionsanalyse gingen neben dem „Rauchen zum Zeitpunkt T3“ als abhängiger Variablen, die soziodemographischen Daten im ersten Block, gefolgt von den Erwartungen vor der Rehabilitation (Block 2) und dem Diskrepanzindex im dritten Block ein. Hierbei zeigt sich jedoch, dass keine der Variablen einen signifikanten Einfluss auf den Nikotinkonsum der Patienten ein Jahr nach der Erkrankung hat und als Prädiktor in Frage kommt.

Ernährungsumstellung

Die überwiegende Mehrheit der Patienten (89,1%) hat die Ernährung seit dem Krankheitsereignis umgestellt (Selbstauskunft!). Hier wurde die Regressionsanalyse erneut mit blockweisem Einschluss der gleichen Kovariaten wie bei der Überprüfung des Nikotinkonsums durchgeführt. Alter, Geschlecht, Rehabilitationserwartungen und der Diskrepanzindex haben jedoch auch auf die Ernährungsumstellung keinen signifikanten Einfluss. Die Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation sind anscheinend ebenso wenig wie die unerfüllten Erwartungen als Prädiktoren für das Gesundheitsverhalten der Patienten im Jahr nach dem Koronareignis geeignet.

5.9.5 Einfluss auf die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bzw. Hausarbeit

In die Regressionsanalyse zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit für die zu T1 erwerbstätigen Patienten ging neben Alter und Geschlecht in Block 1, den Erwartungen vor der Rehabilitation in Block 2 und dem Diskrepanzindex (Block 3) auch das Einkommen der Patienten ein. Von den hierbei untersuchten Einflussfaktoren hat vor allem das Alter (OR: 0,83; CI: 0,73-0,95; $p = .005$) Einfluss auf die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit. Wie anzunehmen, ist höheres Alter häufiger mit einer Berufsaufgabe verbunden. Allerdings zeigen auch die vor der Rehabilitation geäußerten Erwartungen in den Dimensionen *Krankheitsbewältigung*, *Rehabilitationsablauf* und *-ziele* einen signifikanten Einfluss (Tab. 48). Hierbei erweisen sich hohe Erwartungen an die *Ziele* (OR: 1,13; CI: 1,02 – 1,25; $p = .017$) und den *Ablauf* (OR: 1,82; CI: 1,09 – 3,06; $p = .023$) als förderlich für die Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit, hohe Erwartungen im Bereich *Krankheitsbewältigung* (OR: 0,65; CI: 0,46 – 0,94; $p = .021$) scheinen jedoch mit dem Risiko der Berufsaufgabe verbunden zu sein.

Die Regressionsgleichung für Wiederaufnahme der Hausarbeit wurde mit den gleichen Prädiktorvariablen für die Gesamtstichprobe berechnet. Allerdings bestand hier weder ein Einfluss der Erwartungen noch des Alters.

In diesem Abschnitt sollte überprüft werden, welche prognostische Bedeutung die Rehabilitationserwartungen bzw. das „Nicht-erfüllt-werden“ dieser Erwartungen für das Rehabilitationsergebnis haben.

Auf die Ergebniskriterien „Wiederauftreten klinischer Ereignisse im Jahresverlauf“, „Wiederaufnahme der Hausarbeit“ und „Lebensstiländerung“

hatten die vorbestehenden Erwartungen keinen Einfluss.

Für die beiden als Ergebniskriterium ausgewählten Zufriedenheitsparameter (Rehabilitationszufriedenheit – OR=1,58 und Lebenszufriedenheit – OR= 0,87) wurde ein Einfluss der „nicht erfüllten Erwartungen“ deutlich. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass in den Diskrepanzindex ebenso wie in die Outcome - Variable Rehabilitationszufriedenheit die subjektive Bewertung der Rehabilitation durch die Patienten einging und somit beide Variablen eng zusammenhängen (und möglicherweise Bestandteil des gleichen Konstruktes sind).

Für die Erwartungsdimensionen *Krankheitsbewältigung* (Reha-Zufriedenheit OR=1,3; Erwerbstätigkeit OR=0,65), *Reha-Ablauf* (Reha-Zufriedenheit OR=0,76; Erwerbstätigkeit OR=1,82) und *-Ziele* (Reha-Zufriedenheit OR=0,0,92; Erwerbstätigkeit OR=1,13) ergab sich ein Einfluss auf die Rehabilitationszufriedenheit und die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, insgesamt haben die vorbestehenden Rehabilitationserwartungen jedoch nur eine sehr geringe Erklärungskraft.

6. Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Erwartungen von kardiologischen Akutpatienten vor Beginn einer Anschlussrehabilitation zu erfassen und die Erfüllung dieser Erwartungen während der Maßnahme zu untersuchen. Ferner sollte der Einfluss der Rehabilitationserwartungen auf den Rehabilitationserfolg und die Teilnahmeentscheidung analysiert werden. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. Zu diesem Zweck wurden ein Fragebogen mit 32 Items in sieben Dimensionen und ein Interviewleitfaden entwickelt.

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse vor dem Hintergrund der vorliegenden Literatur und im Hinblick auf ihre möglichen Auswirkungen für die Praxis diskutiert, anschließend erfolgt eine kritische Bewertung der Methodik.

6.1 Diskussion zu Rehabilitationszugang und Teilnahmeentscheidung

In vielen Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der kardiologischen Rehabilitation wurden geringere Teilnahmequoten (vgl. Thomas et al., 1996; Scheuermann & Ladwig, 1998; Carhart & Ades, 1998) und höhere Abbruchquoten (vgl. Cannistra et al., 1992; Brezinka & Kittel, 1996; Ginzler, 1996) trotz ähnlich guter Rehabilitationserfolge für Frauen berichtet. Daher waren frauenspezifische Gründe und Motive für die Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme vermutet worden. In der vorliegenden Arbeit sollte die Frage untersucht werden, ob die Unterschiede im Rehabilitationszugang möglicherweise durch unterschiedliche Erwartungshaltungen von Frauen und Männern bedingt sein könnten.

Allerdings zeigte sich, dass im Rahmen des von uns durchgeführten Projektes kein Unterschied beim Rehabilitationszugang zwischen Frauen und Männern nachgewiesen werden konnte. Die tatsächliche, für die Akutpatienten berechnete Teilnahmequote lag mit 87 % insgesamt sehr hoch und war für Frauen sogar höher als für Männer (94% vs. 85%). Nur wenige Patienten lehnten eine Rehabilitationsmaßnahme ab. Vermutlich wurden die Teilnahmequoten in der hier untersuchten Stichprobe jedoch eher überschätzt, da auch die meisten „Akutpatienten“ in den Kliniken mit angegliederter Rehabilitationsabteilung rekrutiert wurden (vgl. Mittag, 2002). Allerdings konnten auch Grande et al. (2002a,b) in ihrer zeitgleich nur in Akutkliniken durchgeführten Studie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Rehabilitationszugang feststellen. Hieraus könnte man schließen, dass in Deutschland z. Zt. keine Benachteiligung von Frauen hinsichtlich des Zugangs zu stationären kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen besteht (Grande et al., 2002a; Mittag, 2003).

Dies überrascht vor allem im Hinblick auf die in der Literatur durchweg beschriebene niedrigere Teilnahmequote von Frauen. Allerdings ist fraglich, inwieweit in den einzelnen Arbeiten der Zugang tatsächlich an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin untersucht wurde. Möglicherweise sind zum Teil lediglich Teilnahmequoten von Frauen und Männern in

Rehabilitationsprogrammen verglichen worden, während die unterschiedliche Morbidität in beiden Geschlechtern außer acht gelassen wurde. Ein möglicher Grund für die hohe Teilnahmequote in dieser Arbeit ist sicher auch, dass der Rehabilitationszugang hier ausschließlich über das Verfahren der „Anschlussrehabilitation“ erfolgte. Sinn dieses Verfahrens ist es ja gerade, durch schnelle und unbürokratische Organisation bereits auf Klinikebene mögliche Zugangshindernisse für den Patienten aus dem Weg zu räumen. Eine weitere Erklärung für die „Überschätzung“ der Zugangshindernisse liegt vielleicht auch in der Tatsache, dass sich die vorliegende Literatur hauptsächlich auf Ergebnisse aus den U.S.A. mit einem vorwiegend ambulanten Rehabilitationssystem stützt. Auch die in Deutschland durchgeführten ambulanten Projekte zur Phase II-Rehabilitation wiesen einen erheblich geringeren Frauenanteil auf (Tegtbur et al., 1999; Wendt et al., 1999). Karoff und Röseler (1997) konnten zeigen, dass Frauen bei freier Wahlmöglichkeit zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen zumeist die stationäre Variante bevorzugen. Die Frage, ob eine Anschlussrehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, beeinflusst die Teilnahmeentscheidung also erheblich.

Grande et al. (2002a) führen die unterschiedlichen Befunde zu geschlechtsspezifischen Teilnahmequoten in der Literatur auf die grundsätzlichen Unterschiede in der rehabilitativen Versorgungspraxis zwischen Deutschland und den angloamerikanischen Ländern zurück: der rechtliche Anspruch auf Rehabilitation, die gesetzlich geregelte Finanzierung und die Standardisierung des Überweisungsverfahrens führen dazu, dass in Deutschland im Prinzip alle Patienten nach einem kardiologischen Akutereignis auch der gleichen rehabilitativen Versorgung zugeführt werden.

Inwieweit Erwartungen die Teilnahme oder Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme beeinflussen, konnte anhand der hier untersuchten Stichprobe nicht wie erhofft analysiert werden. Zur weiteren Klärung einer solchen Fragestellung wäre es sinnvoll, gleich große Gruppen von Teilnehmern und Ablehnern zu untersuchen.

Trotzdem soll hier noch kurz auf einige Aspekte wie Teilnahmeempfehlung, Teilnahmeentscheidung und -ablehnung eingegangen werden.

Auch wenn der Rehabilitationszugang bei Frauen und Männern gleich ist, kann es durchaus sein, dass die Patienten ihre Entscheidung (Teilnahme bzw. Ablehnung) auf unterschiedliche Erwartungshaltungen gründen. Wie die Literatur aus den U.S.A. und Deutschland zeigt, scheint sich dies jedoch vorwiegend auf „logistische“ Aspekte und somit auf ambulante Programme auszuwirken.

Fast alle Patienten äußern am Ende des Akutaufenthaltes den Wunsch an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen. Für die Entscheidung zur Teilnahme ist dabei vor allem der Rat des Klinikarztes ausschlaggebend. Ähnliche Ergebnisse zur Rolle des Klinikarztes fanden Liebermann und Mitarbeiter (1998). Hier wird außerdem berichtet, dass die Frauen zusätzlich den Rat ihrer erwachsenen Kinder für sehr wichtig halten. Für die kardiologische Rehabilitation in Deutschland konnte eine retrospektive Befragung von 7500 Patienten, die nach Herzinfarkt oder Bypass-Operation eine stationäre Rehabilitation durch die BfA erhielten, ebenfalls zeigen, dass die Reha-Empfehlung in ca. drei Viertel der Fälle vom Krankenhausarzt ausging

(Beckmann, 1994). In dieser Studie entschlossen sich außerdem Frauen häufiger aufgrund der Empfehlungen des Hausarztes zu einer Rehabilitation, während für die Männer der Rat von Freunden eine größere Rolle spielte. Die besondere Bedeutung der Arztempfehlung ist für Grande et al. (2002b) sowohl durch die Ausnahmesituation des akutstationären Aufenthaltes mit seiner hohen Komplexität als auch durch das akute Bedrohungs- und Angsterleben vieler Patienten erklärbar. Bei dieser Konstellation wird der Rat von „Experten“ besonders wichtig.

In der vorliegenden Arbeit haben die Klinikärzte Frauen und Männern gleich häufig die Durchführung einer Anschlussrehabilitation empfohlen, wobei die Patienten diese Empfehlung auch subjektiv mit gleicher Intensität wahrnahmen. Die zu diesem Thema in der Literatur publizierten Ergebnisse sind uneinheitlich. Während in U.S.-amerikanischen Studien Frauen die Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme seltener empfohlen wird (Ades et al. 1992; Carhart & Ades, 1998; Evenson et al. 1998), berichten Romppel et al. (2000) über eine tendenziell höhere Empfehlung für Frauen. Sicherlich sind für die Empfehlungen der Ärzte jedoch andere Faktoren wie Alter, Schwere und Manifestation der Erkrankung ebenfalls ausschlaggebend (vgl. auch Thomas et al., 1996; Vogel & Faller, 1997). Einige Autoren (Wille, 1992; Boogard, 1984) vermuteten als wesentliches Zugangshindernis für Frauen die Sorge um familiäre Belange. Die Frauen in unserer Stichprobe scheinen zwar tendenziell auch eher ihre vorliegende familiäre Situation zu berücksichtigen, der Unterschied zu den Männern ist jedoch nicht statistisch signifikant. Hierbei ist außerdem zu bedenken, dass die Frauen in der vorliegenden Stichprobe älter und häufiger alleinstehend waren als die Männer. Es ist also anzunehmen, dass auch die Teilnahme oder Ablehnung einer Rehabilitation von einer Vielzahl sowohl medizinischer als auch nicht-medizinischer Faktoren (ambulant – stationär, Finanzierung, logistische Aspekte etc.) beeinflusst wird.

Die Erhebung von Ablehnungs- und Hinderungsgründen in einem hierfür konzipierten Fragebogen erschien bei der Planung der Arbeit vor allem deshalb interessant, weil hiermit von der Tendenz her eher „negative Erwartungen“ im Sinne von Ängsten und Befürchtungen erfasst werden konnten. Die Tatsache, dass die Patienten die hier aufgeführten Items (s. Fragebogen Ablehnungsgründe) nicht als Hinderungsgrund für eine Rehabilitationsteilnahme sehen, ändert nichts daran, dass sie diese Ängste und Befürchtungen womöglich dennoch haben könnten. So berichten Bergelt, Welk und Koch (2000), dass über 40% der von ihnen untersuchten onkologischen Patienten, und zwar signifikant häufiger Frauen, zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme solche konkreten Ängste äußerten. Hierzu gehörten vor allem die Befürchtungen, dass die Trennung von Angehörigen und Umgebung schwer fallen (20,9%), Heimweh auftreten (12,8%) oder Familienleben und Partnerschaft belastet (5,2%) werden könne. Auch Thomeit (1999) stellte fest, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer eine Rehabilitationsmaßnahme ablehnen, weil sie glauben, die Trennung von zu Hause nicht verkraften zu können. In seiner bundesweiten Umfrage über die Einstellung der Bevölkerung zur Rehabilitation wurden als weitere wichtige Ablehnungsgründe neben zu hohen Kosten auch berufliche Gründe, vor allem die Sorge um den Arbeitsplatz, genannt. Allerdings beziehen sich diese

Ergebnisse auf alle Rehabilitationsformen (sowohl Anschlussrehabilitationen als auch Heilverfahren) und Indikationsgebiete. Einige Jahre zuvor waren die Befürchtungen vor negativen Auswirkungen auf Beruf und Familie in einer Studie über das Antragsverhalten zu medizinischen Rehabilitationsleistungen (Barth et al. 1991) noch wesentlich geringer ausgeprägt als der erwartete gesundheitliche Nutzen. Thomeit (1999) vermutet, dass die gesetzlichen Änderungen und Einschränkungen von Rehabilitationsleistungen ab 1996 zu einer Verunsicherung der Bevölkerung geführt haben. Die beiden letztgenannten Studien wurden durchgeführt, um die Entwicklung bei der Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen bzw. das Antragsverhalten der Versicherten abschätzen zu können. Bei Durchsicht der Literatur wird deutlich, dass sich nur wenige Arbeiten explizit mit den Ängsten und „negativen rehabilitationsbezogenen Erwartungen“ von Patienten vor Rehabilitationsbeginn befassen.

Weitere Befürchtungen der Patienten wurden in der vorliegenden Arbeit indirekt im Erwartungsfragebogen über das Item Nr. 23 „Ich erwarte, dass ich körperlich sehr gefordert werde“ thematisiert. Frauen wie Männer erwarteten dies hier jedoch gleichermaßen eher selten. Eine Furcht vor körperlicher Überforderung durch zu anstrengende Programme oder vor Auftreten von Schmerzen, wie sie sowohl Moore und Kramer (1996) als auch Grande et al. (2002b) signifikant häufiger für Frauen ermittelten, bestand hier nicht. Damit kann die eingangs formulierte Hypothese, dass Frauen in Bezug auf das körperliche Trainingsprogramm größere Befürchtungen äußern als Männer, in dieser Arbeit nicht bestätigt werden.

Auch wenn Ängste und Befürchtungen der Patienten keinen wesentlichen Einfluss auf die Teilnahmeentscheidung haben, erscheint mir die Kenntnis solcher negativer Erwartungen wichtig, um die Rehabilitation auf die psychosoziale Ausgangssituation der Patienten ausrichten zu können.

6.2 Diskussion der Ergebnisse zu Aufklärung und Information

Als überraschendes Ergebnis neben der zentralen Fragestellung der Arbeit wurde ein erheblicher Informationsmangel über die bevorstehende Rehabilitation bei den befragten Patienten deutlich. Hierbei war auch die getrennte Analyse von Akut- bzw. Rehabilitationspatienten interessant. Mehr als 58 % der Akutpatienten fühlten sich gar nicht oder nur unzureichend über die Rehabilitation informiert; von den schon in der Rehabilitation befindlichen Patienten beklagten sogar ca. 78% vor Antritt der Maßnahme nicht ausreichend informiert worden zu sein. Möglicherweise ist diese Diskrepanz dadurch zu erklären, dass das Informationsdefizit für viele Patienten erst zu Beginn der Maßnahme offenkundig wird. Ein Teil der Patienten realisiert erst in der Auseinandersetzung mit der Rehabilitation, dass und welche Informationen fehlen.

Das hier gefundene Ausmaß des Informationsmangels erscheint zunächst sehr hoch. Erklären lässt sich dies am ehesten dadurch, dass in der vorliegenden Arbeit ausschließlich Patienten mit einer akuten Erstmanifestation der Koronaren Herzerkrankung untersucht wurden. Zum einen hatten nur wenige Patienten (38 %) Vorerfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen in anderen Indikationsgebieten, zum anderen hatten die Patienten aufgrund des akuten Ereignisses, anders als Patienten mit chronischen Erkrankungen, noch keine Zeit oder Möglichkeit, sich eingehend zu informieren. Eine eigenständige Informationssuche ist bei den in der Akutklinik lediglich gering mobilisierten Patienten nur eingeschränkt möglich. Insofern muss die Information über die Rehabilitation also an die Patienten „herangetragen werden“. Alarmierend erscheint hierbei, dass Klinikarzt und Pflegepersonal als Informationsquelle weit hinter Freunden und Mitpatienten zurückliegen. Demzufolge konnte die Vermutung, dass die subjektiven Rehabilitationskonzepte überwiegend durch das familiäre und soziale Umfeld und weniger durch die Ärzte bestimmt werden (Hypothesengruppe III), bestätigt werden.

Einschränkend ist hier allerdings anzumerken, dass im Interview nur sehr pauschal nach der vorhandenen „Vorinformation“ gefragt wurde. Für weitere Untersuchungen wäre eine differenziertere Erfassung der Vorinformation für Bereiche wie z. B. medizinische Versorgung, Rehabilitationskonzept, Aufbau des Reha-Programms, Art und Lage der Reha-Einrichtung, Mitbestimmung bei der Auswahl der Klinik etc. interessant. Hierzu wäre allerdings ein umfassenderes Untersuchungsprogramm notwendig.

Auf eine methodische Einschränkung durch die Wahl des Interviewzeitpunkts wird noch in Abschnitt 6.9 hingewiesen.

Die hier vorgelegten Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass die Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme größtenteils unabhängig von dem Informationsstand der Patienten sind. Lediglich für den Bereich der Rehabilitationsziele konnte ein Einfluss der Vorinformation festgestellt werden. Patienten ohne Vorinformationen schätzen die Wirksamkeit der Rehabilitation für ihr weiteres Leben signifikant höher ein als Patienten mit ausreichender Vorinformation. Diese haben wahrscheinlich realistischere Erwartungen an das, was die Rehabilitationsmaßnahme für ihr Leben leisten kann.

Wie das Antwortverhalten der Patienten im Fragebogen zu den Items 21 (Ich erwarte, dass man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine

Fortschritte informiert.) und 27 (Ich erwarte, dass ich an vielen Gruppengesprächen und Beratungen teilnehme.) zeigt, haben die Patienten zusätzlich zum Informationsbedürfnis vor der Rehabilitation auch den Wunsch während der Rehabilitationsmaßnahme informiert und beraten zu werden.

Aufklärung und Information als zentrale Erwartungen von Patienten wurden unabhängig von der Indikation in zahlreichen Studien festgestellt (vgl. Dierks et al. 1995 a,b für Patienten aus Allgemeinarztpraxen; Krischke et al., 1996b und Bergelt, Welk & Koch, 2000 für onkologische Patienten).

Auch für kardiologische Patienten hat Faller (1988) Aufklärung und Information als Behandlungsprioritäten ermittelt. In der Untersuchung von Moore und Kramer (1996) stand der Wunsch nach begleitender Information während der Rehabilitation bei den kardiologischen Patienten ebenfalls im Vordergrund.

Für den hohen Informationsbedarf der Patienten gibt es mehrere Erklärungsmöglichkeiten. Hierzu gehört einerseits das Bedürfnis, die Erkrankung und ihre Behandlung verstehen, nachvollziehen und damit auch akzeptieren zu können. Faller (1989) vermutete, dass die Patienten Krankheitstheorien erst „ad hoc“ im Gespräch bilden, somit ist Information eine Grundlage für die Entwicklung des Krankheitskonzeptes.

Information ist andererseits auch Voraussetzung dafür, dass der Patient ein „mündiger“ Partner im Rehabilitationsprozess wird und aktiv an der Bewältigung seiner Erkrankung arbeiten kann. Grande et al. (2002b) führen hierzu an, dass bei einer informierten Entscheidungsbildung Verhaltensänderungen längerfristig aufrecht erhalten werden – demzufolge wird mit differenzierter Aufklärung und Information die langfristige Compliance bzw. die „adherence“ des Patienten gefördert.

Zudem wird der Therapieablauf durch Information für den Patienten kontrollierbar, so dass das Gefühl von Passivität und Ausgeliefertsein reduziert wird. Allerdings bezieht sich die Autonomie hier vor allem auf den Wunsch, informiert zu werden und weniger darauf, selbständig Entscheidungen zu treffen. Diese zwei von Ende et al. (1989) beschriebenen Aspekte der Patientenautonomie werden auch in der vorliegenden Arbeit deutlich, da zwar einerseits der Bedarf an Information sehr ausgeprägt ist, aber andererseits der Wunsch nach Mitbestimmung beim Ablauf des Reha-Programms (Item 19) weit hinten rangiert (s. *Tabelle 16a* Anhang).

6.3 Diskussion der Ergebnisse des Erwartungsfragebogens

Die Ausprägungen der Rehabilitationserwartungen auf Itemebene fallen bezogen auf die maximal möglichen Erwartungsausprägungen bis auf den Bereich *Beruf / Rente* recht hoch aus. Zu den fünf wichtigsten Erwartungen gehören dabei für Frauen wie für Männer vor allem medizinische Maßnahmen (Medikamenteneinstellung, Austesten der körperlichen Belastbarkeit) neben Erholung und kontinuierlicher Information zum individuellen Reha-Verlauf. Die Tatsache, dass die Items mit hohen Erwartungsausprägungen aus verschiedenen Skalen stammen, scheint mir ein Zeichen für die relativ geringe spezifische Ausrichtung der Rehabilitationserwartungen zu sein.

Bei der Betrachtung der Erwartungen an die Maßnahme auf Skalenebene stehen vor allem die Erwartungen an *medizinische Maßnahmen* im Vordergrund. Diese Feststellung deckt sich mit den Aussagen von Faller (1988). Die von ihm untersuchten Herzinfarktpatienten äußerten eine hohe Erwartung an die medizinischen Maßnahmen der Ärzte (53%). Der Vergleich mit den Ergebnissen von Bergelt, Welk und Koch (2000) sowie Petermann, Niebank und Bergmann (1996) bei onkologischen Patienten ergibt ebenfalls Parallelitäten. Auch hier wurden neben der Erwartung an Ruhe große Hoffnungen in das medizinische Angebot gesetzt. Eine solche Priorität der medizinischen Maßnahmen für Patienten, die z. T. an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden bzw. sich noch in der Phase der Akutbehandlung befinden, ist äußerst plausibel. In einigen dieser Arbeiten konnten darüber hinaus bei Männern signifikant höhere Erwartungen an das medizinische Angebot nachgewiesen werden als bei Frauen (vgl. Bergelt et al., 2000; Faller et al., 2000). Solche geschlechtsspezifischen Unterschiede bestanden in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht.

Die Erwartungen an *Ruhe und Erholung* rangieren bei den von uns untersuchten Patienten dicht hinter den medizinischen Maßnahmen an zweiter Stelle. Der hohe Stellenwert von Erholung wird von der Mehrzahl der Studien in der Literatur bestätigt (vgl. Faller, 1988; Peters & Löwenberg, 1993; Lehr et al., 1993; Deck et al., 1998b; Bergelt et al., 2000; Faller et al., 2000). Daneben existieren nur wenige Studien, in denen Erholungserwartungen eher im Hintergrund standen (vgl. Liebeck, 1984; Petermann et al., 1996). Allerdings halten einige Autoren (Lehr et al., 1993; Wirth, 1995) das Vorliegen hoher Erholungserwartungen für sehr problematisch. Dies liegt vor allem daran, dass Erholung in diesen Arbeiten als zentraler Bestandteil von „Kur“ verstanden wird. Damit wird die Erholungserwartung im Abgrenzungsversuch zwischen Kur und Rehabilitation automatisch als eine inadäquate, nicht-rehabilitationskonforme und passive Haltung interpretiert. Diese Implikation ist jedoch meines Erachtens kritisch zu bewerten. Die Tatsache, dass sich jemand erholen möchte, muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass er sich passiv verhält, therapeutische Maßnahmen ablehnt oder eine inadäquate Einstellung zur Rehabilitation hat. Zu kritisieren ist dabei vor allem die Gleichsetzung von Erwartung und Motivation, die der in Abschnitt 2.3 dargestellten Definition von Erwartung widerspricht. Idealerweise sollte die Abgrenzung von „Kur-“ und „Rehabilitationsbegriff“ für die Patienten verständlich noch vor der Rehabilitation im Rahmen der Aufklärung erfolgen, um zeitintensive Aufklärungsarbeit während der Maßnahme zu vermeiden.

Dennoch ist es durchaus möglich, dass die hohe Erholungserwartung der Patienten zum Teil durch eine Vermischung der Begriffe „Kur“ und „Rehabilitation“ im Alltagsverständnis zustande kommt. Allerdings zeigt sich gerade in dieser Arbeit, dass die Patienten nach dem Ende der Maßnahme besonders den Erholungsaspekt sehr positiv bewerten und dass ihre Erwartungen in dieser Hinsicht sogar übertroffen wurden. Sollte also bei den Patienten ein „fehlerhafter“ Rehabilitationsbegriff vorliegen, so wirkt sich diese Diskrepanz zumindest in der vorliegenden Untersuchung nicht negativ aus.

Auch vom allgemeinen Verständnis her scheint es zunächst durchaus plausibel, dass Patienten sich im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erholen wollen, besonders dann, wenn diese wie bei der Anschlussrehabilitation unmittelbar nach einer schweren Erkrankung stattfindet. Möglicherweise ist der Begriff „Erholung“ im Patientenverständnis unmittelbar mit dem Begriff der „Genesung“ verbunden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Untersuchung von Faller (1988), bei der die Patienten „Genesung“ als wichtigstes Ziel des Heilverfahrens nannten. Dabei stellten die Patienten nur eine geringe Erholungserwartung an das Heilverfahren selbst (16%), Erholung wurde aber als eine der wichtigsten Behandlungsmaßnahmen (98%) angesehen.

Entgegen der eingangs formulierten Hypothese konnten in unserer Untersuchung keine signifikanten Unterschiede in den Erholungserwartungen zwischen Frauen und Männern auf Skalenebene festgestellt werden. Dies steht im Gegensatz zu den Studien von Liebeck (1984) und Deck et al. (1998b), die bei Frauen höhere Erholungserwartungen verzeichneten. Als zusätzliches Indiz für den größeren Erholungswunsch von Frauen wertet Deck (2001) die Tatsache, dass sie stationäre gegenüber ambulanten Rehabilitationssettings vorziehen.

Die Erwartungsausprägungen für die Skalen *Krankheitsbewältigung* und *Rehabilitationsinhalte* sind bezogen auf die maximal mögliche Erwartungsausprägung zwar ebenfalls noch recht hoch, rangieren jedoch hinter den Erwartungen an medizinische Betreuung und Erholung. Die in diesen Skalen thematisierten psychosozialen Maßnahmen scheinen für die Patienten eine geringere Rolle bei der Rehabilitation ihrer Herzerkrankung zu spielen. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Studien von Kruschke et al. (1996b) und Faller et al. (2000) an onkologischen und orthopädischen Patienten. Härter und König (1995) haben auch bei Rückenschmerzpatienten nur einen geringen Bedarf an psychologischen Therapieangeboten festgestellt, obwohl die Patienten hinsichtlich Depressivität und psychosomatischen Beschwerden durchaus belastet erschienen. Die in der Studie von Petermann et al. (1996) untersuchten Patienten mit Atemwegserkrankungen stuften die Wichtigkeit von „psychologischer Hilfe“ ebenfalls deutlich geringer ein als z.B. medizinische Behandlung, physikalische Anwendungen, Sport und Information.

Der geringe Bedarf an psychologischer Hilfe ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass im Patientenverständnis psychologische Betreuung bei somatischen Erkrankungen nicht hilfreich erscheint – wahrscheinlich ist dies ein grundsätzliches Problem in der Rehabilitation somatischer Erkrankungen. Diese Vermutung wird durch die vergleichenden Ergebnisse von Schneider, Beisenherz und Freyberger (1990) gestützt, in denen Patienten mit

überwiegend somatischen Beschwerden geringere Erwartungen an Psychotherapie hatten als Patienten mit psychischen Erkrankungen. Im Gegensatz hierzu äußerten die von Bergelt et al. (2000) untersuchten onkologischen Patienten hohe Erwartungen an psychosoziale Hilfe. Während in einigen Studien (vgl. Bergelt et al., 2000; Deck et al., 1998b;) die Krankheitsbewältigung für Frauen einen signifikant höheren Stellenwert hatte als für Männer, konnte dies in der vorliegenden Arbeit nicht ermittelt werden.

Die Skala *Rehabilitationsprozess* muss unter psychometrischen Kriterien als kritisch eingestuft werden. Hier war vor allem das Item Nr. 22 „Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen“ aufgrund seiner mangelnden Trennschärfe und fehlenden Faktoreuzuordnung interessant. Während mehr als 43 % der Frauen dies für sich zutreffend hielten, stimmten bei den Männern nur ca. 19% zu. Bezogen auf die Gesamtstichprobe berichteten damit 27,4% der Patienten keine bestimmten Erwartungen zu haben. Dieser Anteil erscheint zwar zunächst recht hoch, beim Vergleich mit den Ergebnissen zur Vorinformation der Patienten jedoch stimmig. Berücksichtigt man die Möglichkeit einer gewissen „Reaktivität der Messung“ (die Patienten haben ja durch den Fragebogen bereits Vorgaben zu möglichen Erwartungen bekommen), könnte der Anteil sogar eher zu niedrig gemessen worden sein. Ganz andere Ergebnisse fanden Petermann et al. (1996) für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. Dabei äußerten die Patienten nur zu knapp 8% „nichts Bestimmtes“ zu wünschen und zeigten somit eine sehr dezidierte Erwartungshaltung. Zu erklären ist dieser Unterschied möglicherweise durch die unterschiedliche Manifestationsart und Verlaufsform der Erkrankung in den beiden Diagnosegruppen. Auf diese Aspekte soll in Abschnitt 6.7 noch näher eingegangen werden.

Die Erwartungen an eine Klärung der *Renten- bzw. Berufssituation* sind im Vergleich zu den anderen Dimensionen gering ausgeprägt und zwar sowohl bei den noch erwerbstätigen als auch bei den bereits berenteten Patienten. Kritisch zu werten ist bei dieser Skala vor allem das Ausmaß an fehlenden Werten, dass sich durch den hohen Anteil bereits berenteter Patienten in der Stichprobe erklären lässt. Die Hypothese, dass sich die Erwartungen von Frauen und Männern an den Bereich *Beruf/ Rente* nicht wesentlich unterscheiden, kann für die hier untersuchten Patienten bestätigt werden. Andere Ergebnisse erzielten Deck et al. (1998b) und Faller et al. (2000), bei denen Männer ein größeres Interesse an beruflicher Beratung äußerten.

In der Dimension *Rehabilitationsziele* wurden die Patienten danach gefragt, was die Rehabilitationsmaßnahme für ihr weiteres Leben leisten soll. Gemessen an der maximal möglichen Erwartungsausprägung stellten die Teilnehmer an diese Dimension die höchsten Erwartungen. Die Patienten erwarten von der Rehabilitation einen sehr hohen Wirkungsgrad für ihr weiteres Leben. Hierbei steht der Wunsch, besser mit der Krankheit umgehen zu können an aller erster Stelle, gefolgt von der Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Speziell am Beispiel „Krankheitsbewältigung“ zeigt sich hier eine deutliche Diskrepanz innerhalb der Erwartungsskalen:

Innerhalb der Skala *Rehabilitationsziele* steht die „Krankheitsbewältigung“ an erster Stelle (der Erwartungen), bei den Erwartungen an die Rehabilitation rangiert die Skala *Krankheitsbewältigung* unter den übrigen Erwartungsskalen

von der Wichtigkeit her jedoch lediglich im mittleren Bereich mit geringerer Erwartungsausprägung. Die Patienten erwarten zwar sehr, nach der Maßnahme besser mit ihrer Erkrankung umgehen zu können, haben aber eine andere Vorstellung davon, wie dies zu erreichen ist als durch die im Rehabilitationskonzept üblichen und in den Items 6,7,8 und 9 thematisierten Maßnahmen wie Stressabbau, Stärkung des Selbstvertrauens und Aufbau von Sozialkontakten. Die Vermutung: *„Es sind zwei verschiedene Gesichtspunkte, welches Ergebnis ein Rehabilitand durch eine Maßnahme anstrebt und auf welchem Weg er dieses Ziel am besten erreichen zu können glaubt“*, führte Faller et al. (2000) dazu, bei der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Rehabilitationserwartungen eine Analyse getrennt nach Prozess- und Ergebniserwartungen vorzunehmen. Dieses methodische Vorgehen scheint auch aufgrund der hier erzielten Ergebnisse naheliegend.

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Dimension *Reha-Ziele* zeigt sich in unserer Arbeit weder hinsichtlich der Erwartungsausprägung noch in Bezug auf die Rangfolge der erhofften Rehabilitationsergebnisse.

Die Ergebnisse des Interviews ließen zunächst jedoch einen geschlechtsspezifischen Unterschied vermuten. Befragt zum wichtigsten Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme gaben Männer dort signifikant häufiger die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit an, während für Frauen die Wiedereingliederung ins Alltagsleben im Vordergrund stand. Dies muss jedoch nicht unbedingt ein Widerspruch sein. Möglicherweise sind für das jeweilige Geschlecht die beiden Begriffe ähnlich bedeutsam, d.h. es könnte durchaus sein, dass Frauen mit „Wiedereingliedern in den normalen Alltag“ das gleiche meinen wie Männer mit „Wiedererreichen von körperlicher Leistungsfähigkeit“. Hier konnte mit dem verwendeten Instrument keine weitergehende Differenzierung erreicht werden.

In anderen Studien zeigen sich teilweise andere Gewichtungen der Rehabilitationsziele, z. B. steht bei Bergelt et al. (2000) das Erreichen körperlicher Leistungsfähigkeit vor dem Ziel der besseren Krankheitsbewältigung. Frauen haben hier häufiger das Ziel, besser mit seelischer Belastung umgehen zu können als Männer. Bei Faller et al. (2000) finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Zielen dahingehend, dass Männer höhere Erwartungen in die berufliche Reintegration und Beschwerdereduktion setzen als Frauen.

Zu beachten ist das bis auf die Dimension *Beruf / Rente* durchweg hoch ausgeprägtes Erwartungsniveau. Die Ergebnisse zeigen bei den hier untersuchten Patienten insgesamt sehr hohe, allerdings wenig spezifische Erwartungen an die Rehabilitation. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von Faller et al. (2000), Deck et al. (1999b), Kruschke et al. (1996b), Graf (1989) und Liebeck (1984) berichtet.

Eine hohe Erwartungshaltung der Patienten ist zum einen ein Hinweis für die Akzeptanz der bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme und die Hoffnung auf positive Auswirkungen für die Gesundheit und das weitere Leben. Barth et al. (1991) und Thomeit (1999) konnten in ihren Versichertenbefragungen zeigen, dass medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation generell in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz finden und mit hohen Erfolgserwartungen versehen werden.

Von anderen Autoren (vgl. Graf, 1989) wird die hohe Erwartungshaltung der Patienten jedoch unter dem Aspekt einer hohen Anspruchs- und Konsumhaltung der Patienten nach dem Motto „viel hilft viel“ eher kritisch

bewertet.

Allerdings muss das hohe Erwartungsniveau auch unter Berücksichtigung der noch im letzten Abschnitt der Diskussion zu erläuternden methodischen Einschränkungen bewertet werden. Zum einen könnten die hohen Erwartungsausprägungen durch eine Selektivität der Stichprobe bedingt sein, da überwiegend hoch motivierte Patienten an der Studie teilgenommen haben. Zum anderen wäre es möglich, dass das hohe Erwartungsniveau durch eine gewisse Reaktivität der Messung bedingt ist. Patienten, die sich bis zum Untersuchungszeitpunkt noch keine konkreten Gedanken über ihre Erwartungen an die Rehabilitation gemacht haben, kreuzen möglicherweise all das an, was im Fragebogen „angeboten“ wird, und erhöhen somit das Erwartungsniveau.

Es bleibt also fraglich, inwieweit das hier ermittelte Erwartungsniveau die tatsächliche Einschätzung der Patienten widerspiegelt.

6.4 Diskussion der Ergebnisse des Bewertungsfragebogens

Das Ausmaß, in dem die zuvor geäußerten Erwartungen auch tatsächlich in der Rehabilitation erfüllt wurden, unterschied sich zum Teil erheblich zwischen den einzelnen Dimensionen. Während die Erwartungen in den Bereichen *Erholung*, *Krankheitsbewältigung* und *Diagnose / Therapie* sogar übertroffen werden, bleiben die Erfahrungen der Patienten in den anderen vier Dimensionen (*Rehabilitationsinhalte*, *Rehabilitationsprozess*, *Rente / Beruf* und *Rehabilitationsziele*) zum Teil erheblich hinter den Erwartungen zurück. Eine ähnliche Differenz im Ausmaß der Erwartungserfüllung zwischen den einzelnen Dimensionen wurde auch von Deck et al.(1999b) festgestellt. In der vorliegenden Arbeit zeigt sich die Diskrepanz zwischen Erwartung und Bewertung besonders deutlich in der Dimension *Rehabilitationsziele*, die die langfristige Wirkung der Rehabilitation auf das weitere Leben thematisiert. Dies ist ein Zeichen dafür, dass der Transfer der einzelnen Rehabilitationsaspekte in den Alltag nicht immer gelingt. Die Patienten haben sich zwar erholt und von der Maßnahme profitiert, sie haben jedoch drei Monate nach der Maßnahme auch realisiert, dass z.T. erhebliche Schwierigkeiten bestehen, das in der Rehabilitation Gelernte im Alltag umzusetzen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass bereits während der Rehabilitationsmaßnahme eine möglichst individuelle Beratung und konkrete Anleitung stattfinden muss, wie das Erlernte durchgeführt und in den Alltag integriert werden kann. Es ist weiterhin zu klären, welche Hindernisse für eine Umsetzung im Alltagsleben bestehen und wie diese möglicherweise ausgeräumt werden können.

Zudem scheint es notwendig, die ambulante Betreuung der Patienten über die bloße Empfehlung zur Teilnahme an einer Herzsportgruppe hinaus zu erweitern. Einige Autoren kritisieren, dass die bisherige Weiterbetreuung der Patienten in ambulanten Herzgruppen (Phase III) einer adäquaten Nachsorge in keiner Weise gerecht wird (vgl. Bjarnason-Wehrens & Rost, 1999). Ohnehin scheint einleuchtend, dass eine Lebensstiländerung als wesentliches Ziel der kardiologischen Rehabilitation nicht innerhalb von drei Wochen, sondern nur langfristig mit ambulanter Begleitung erreicht werden kann (vgl. Benesch, 1996).

Hier müssen Nachsorgestrukturen aufgebaut werden, die neben dem Focus „Herzsport“ wesentlich mehr beratende Funktion und psychosoziale Betreuung für den Alltag übernehmen. Ein weiterer Grund für den mangelnden Alltagstransfer mag darin liegen, dass die Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichend „persönliche Kompetenz“ erleben, die sie nach der Maßnahme im Alltag einsetzen können. Es ist vordringliches Ziel der Rehabilitation, den Patienten zu Eigenverantwortlichkeit und Selbstmanagement zu befähigen (vgl. Welti, 2003), hierzu muss der Patient jedoch auch die Möglichkeit haben, sich aktiv und selbstbestimmt zu erleben. Ob dies allerdings bei weitgehend starren Klinikstrukturen und mit vorgefertigten Therapieplänen möglich ist, bleibt anzuzweifeln.

6.5 Einfluss der Erwartungen auf das Rehabilitationsergebnis

Eine Fragestellung der vorliegenden Arbeit war der mögliche Einfluss von Erwartungen auf das Rehabilitationsergebnis und ihre Eignung als Prädiktoren für den Rehabilitationserfolg. In der Literatur existieren bisher nur wenige Studien, in denen eine Validierung der Erwartungen an den Rehabilitationsergebnissen versucht wurde (Deck et al., 1998a, Faller et al., 2000).

Für die vorliegende Arbeit wurden als Rehabilitationsergebnisse die Zufriedenheit mit der Rehabilitation drei Monate nach Abschluss der Maßnahme, das Auftreten klinischer Ereignisse, die allgemeine Lebenszufriedenheit, das Gesundheitsverhalten sowie die berufliche Wiedereingliederung ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme herangezogen.

Hierbei ist einschränkend anzumerken, dass der Stellenwert der Patienten-Zufriedenheit mit der Rehabilitation als Kriterium für das Rehabilitationsergebnis in der Literatur eine Sonderstellung einnimmt. Auf die Diskussion, ob „Rehabilitationszufriedenheit“ als eigenständiges Behandlungsergebnis oder als Teil der Ergebnisqualität zu betrachten ist, wurde bereits in Abschnitt 2.3.1 hingewiesen.

Die hier gefundene hohe Zufriedenheit der Patienten nach drei Monaten entspricht den Erfahrungen früherer Studien zu Patienten- bzw. Rehabilitandenzufriedenheit, die ebenfalls eine hohe Tendenz zu positiven Bewertungen und überdurchschnittlicher Zufriedenheit mit der stationären bzw. rehabilitativen Versorgung ermittelten (vgl. Raspe et al., 1996; Olandt & Krenz, 1998). Anders als bei den Ergebnissen von Olandt und Krenz (1998) sowie Baberg und Mitarbeitern (2001), bei denen sich Frauen tendenziell zufriedener als Männer zeigten, war hier kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Zufriedenheit mit der Rehabilitation zu verzeichnen.

Der hier wie in den meisten Studien gefundene hohe Zufriedenheitsgrad bei den Patienten ist möglicherweise durch ein Phänomen zu erklären, das 1957 von Festinger in der „Theorie der kognitiven Dissonanz“ beschrieben wurde (nach Zimbardo & Gerrig, 1999). Die kognitive Dissonanz als zentraler Begriff dieser Theorie bezeichnet einen *„aversiven Erregungszustand, der durch Kognitionen (d. h. Meinungen, Einstellungen, Erwartungen) verursacht wird, die untereinander inkonsistent sind und die Person dazu motivieren, die Dissonanz dadurch zu reduzieren, dass sie Kognitionen hinzufügt, eliminiert oder ersetzt, um die Konsistenz zu erhöhen“* (Bohner, 2002).

Die Akzeptanz der Maßnahme ist also im Nachhinein vielleicht deshalb so hoch, weil die Patienten in ihrem Streben nach Konsistenz ihre eigenen Aktivitäten und die Teilnahme an der Rehabilitation positiver bewerten und nicht in Frage stellen.

Den in Abschnitt 2.3.1 beschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung liegt die Annahme zu Grunde, dass ein Zusammenhang zwischen Erwartungen, der Erfüllung dieser Erwartungen und der Zufriedenheit der Patienten besteht. Die hier ermittelten Ergebnisse konnten einen solchen Zusammenhang bestätigen, da sich das Ausmaß an nicht erfüllten Erwartungen als prädiktiv für ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der Rehabilitation erwies. Dies entspricht den Ergebnissen von Deck et al. (2000) und Jacob et al. (2001), bei denen sich das

Ausmaß der Erwartungserfüllung ebenfalls als wichtiger Einflussfaktor für die Zufriedenheit herausstellte.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Deck et al. (2000), in denen sich Einflüsse der Einzeldimensionen *Wohlbefinden*, *Erholung* und *Rente / Beruf* auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden ergaben, zeigten sich hier Zusammenhänge der Dimensionen *Krankheitsbewältigung*, *Reha-Ziele* und *Rehabilitationsablauf* mit der Rehabilitationszufriedenheit. Damit wird einerseits eine Abhängigkeit der Patientenzufriedenheit vom Ausmaß der Erwartungserfüllung bestätigt, andererseits bleibt die Beziehung zwischen einzelnen Erwartungsdimensionen und der Zufriedenheit der Patienten offen.

Bemerkenswert scheint mir bei den hier vorliegenden Ergebnissen vor allem, dass ein besonders hohes Erwartungsniveau mit einem hohen Zufriedenheitsniveau einhergeht. Die Überlegungen von Peters und Löwenberg (1993) legen eher den Schluss nahe, dass hohe Erwartungen der Patienten (wie sie hier vorhanden sind) nur schwer erfüllt werden können, daher häufiger enttäuscht werden und dass daraus eine geringere Zufriedenheit resultiert. Möglicherweise greift hier ein anderes Phänomen, das von Zeithaml und Bitner (1996) beschrieben wurde. Die beiden Autoren vermuten, dass Kunden ihre Unzufriedenheit erst nach Überschreiten einer gewissen „Toleranzzone“ äußern. Dies korrespondiert mit der Vermutung von Raspe et al. (1996), dass es bei den meisten Patienten schon erheblicher Erwartungsenttäuschung bedarf, bis sie ihre Unzufriedenheit wahrnehmen und äußern: „*Zufriedenheit hat also Spiel*“.

Die Ergebnisse für das Outcome-Kriterium allgemeine Lebenszufriedenheit, das ein Jahr nach dem klinischen Ereignis ermittelt wurde, entsprechen im wesentlichen den Ergebnissen zur Rehabilitationszufriedenheit der Patienten. Auch hier erwies sich ein geringes Ausmaß an Erwartungserfüllung als prädiktiv für eine allgemeine Unzufriedenheit. Allerdings ist anzunehmen, dass ein enger Zusammenhang zwischen den Konstrukten „Rehabilitationszufriedenheit“ und „allgemeiner Lebenszufriedenheit“ besteht. Für diese Vermutung sprechen auch die Ergebnisse von Jacob et al. (2001), die das Ausmaß der Erwartungserfüllung und die zum selben Messzeitpunkt erhobene Lebenszufriedenheit als fast gleichwertige Prädiktoren für die Rehabilitationszufriedenheit identifizierten.

Beim Outcome-Kriterium Berufliche Wiedereingliederung für die vor der Erkrankung noch berufstätigen Patienten, stellte sich das Alter als bedeutendster Prädiktor für die Aufgabe der Berufstätigkeit heraus. Hohe Erwartungen im Bereich *Krankheitsbewältigung* sind hier ebenfalls mit dem Risiko der Berufsaufgabe verbunden. Zu anderen Ergebnissen kamen Deck et al. (1999c), bei denen sich die Dimension *Krankheitsbewältigung* im Gegenteil als protektiver Faktor erwies. Für diesen Unterschied könnte die Indikations- bzw. die Verlaufsform der Erkrankung (s. Abschnitt 6.7) verantwortlich sein.

Für die weiteren Outcome-Kriterien „Auftreten klinischer Ereignisse“ und „Änderungen des Gesundheitsverhaltens“ konnte keine Abhängigkeit von den Rehabilitationserwartungen bzw. den nicht erfüllten Erwartungen festgestellt werden. Das Auftreten weiterer kardialer Ereignisse scheint plausiblerweise im wesentlichen von der Schwere der koronaren Herzerkrankung zu Beginn der Untersuchung abzuhängen.

Insgesamt konnte analog zu den Untersuchungen von Deck et al. (1999c), Polewka et al. (1995) und Alenhöner et al. (2001) festgestellt werden, dass zwischen den Erwartungen der Patienten und ihrer Erfüllung bzw. Nichterfüllung während der Reha-Maßnahme einerseits und den Outcome-Kriterien andererseits (bis auf die Reha-Zufriedenheit) kein oder ein nur geringer Zusammenhang besteht.

6.6 Diskussion zu den ermittelten geschlechtsspezifischen Unterschieden

Die Analyse geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Erwartungsstruktur von kardiologischen Patienten, die eine zentrale Fragestellung der Arbeit darstellte, ergab ein zunächst überraschendes Ergebnis. Bei der Überprüfung der Hypothesen zeigte sich, dass das Geschlecht weniger Einfluss auf die Ausbildung von Erwartungen vor Beginn einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme hatte als ursprünglich vermutet.

Auf Itemebene fanden sich in sechs Fällen geschlechtsspezifische Unterschiede (s. *Tabelle 18*), wobei die entsprechenden Items jeweils aus unterschiedlichen Dimensionen stammen.

In den eingangs aufgestellten Hypothesen wurde vermutet, dass bei Frauen ein höherer Bedarf an Gesprächsangeboten und Erfahrungsaustausch besteht als bei Männern. Bei den Items Nr.21 „Ich erwarte, dass man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert“ und Nr.27 „Ich erwarte, dass ich an vielen Gruppengesprächen und Beratungen teilnehme“ konnten tatsächlich signifikant höhere Erwartungen der Frauen an Gesprächsmöglichkeiten nachgewiesen und die Hypothese damit bestätigt werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Liebeck (1984), in dessen Studie besonders Frauen wünschten, „offener mit jemandem reden zu können“. Diese beiden Items repräsentieren aber neben der Erwartung an Kommunikation und Austausch auch das Bedürfnis nach Information. Diesbezüglich scheinen die hier untersuchten Frauen also ebenfalls höhere Erwartungen an die Rehabilitation zu stellen.

Entgegen unseren Erwartungen fanden sich aber auf Skalenebene keinerlei Unterschiede zwischen den von Frauen und Männern vor der Rehabilitation geäußerten Erwartungen. Dabei legten die in der Literatur beschriebenen Studienergebnisse geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Erwartungen von Patienten an die kardiologische Rehabilitation durchaus nahe. Hier sind vor allem die U.S.-amerikanischen Untersuchungen zum Rehabilitationszugang zu nennen, die mögliche Erwartungen der Patienten indirekt aus der Inanspruchnahme bzw. dem Abbruch kardiologischer Rehabilitationsmaßnahmen ableiteten (vgl. Liebermann et al., 1998; Limacher, 1998; Halm et al., 1999 und zusammenfassend Brezinka & Kittel, 1996; Härtel, 2000). In diesen Studien wurden signifikante Unterschiede bei den Präferenzen von Frauen und Männern beschrieben, allerdings bezogen diese sich überwiegend auf „logistische Aspekte“ einer Rehabilitationsteilnahme (z. B. Terminplanung, Verfügbarkeit eines Fahrzeugs, Fahrzeit etc.) und weniger auf „inhaltliche Aspekte“. Da das ambulante Rehabilitationssystem in den USA weder organisatorisch noch strukturell mit der in Deutschland überwiegend stationär durchgeführten Anschlussrehabilitation vergleichbar ist, sind auch die gefundenen geschlechtsspezifischen Präferenzen nicht auf die kardiologische Rehabilitation in Deutschland übertragbar. Dies könnte ein Grund für das Fehlen von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der vorliegenden Arbeit sein.

Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte zudem in der Methodik liegen, da die Erwartungen der Patienten in den zitierten Studien im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit nur indirekt erhoben wurden.

Die einzige U.S.-amerikanische Studie, in der die Erwartungen der Patienten ebenfalls direkt erhoben wurden (Moore & Kramer, 1996), zeigt nämlich eine weitgehende Ähnlichkeit der Erwartungshaltungen beider Geschlechter an die

kardiologische Rehabilitation. Die dort erhobenen Unterschiede schienen den Autoren zu gering, um eine geschlechtsspezifische Ausgestaltung von Rehabilitationsprogrammen zu rechtfertigen. Ähnliche Erwartungen und Ziele bei Frauen und Männern vor Beginn einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme sind auch das Ergebnis einer neueren Arbeit von Placzek (2001) aus Deutschland, der retrospektiv Patienten aus ambulanten Herzgruppen befragte.

Zusammengefasst zeigen die hier vorliegenden Ergebnisse also, dass Frauen und Männer im Vergleich allenfalls eine leicht unterschiedliche Präferenzstruktur aufweisen, dass sich ihre Erwartungshaltungen aber nicht grundsätzlich voneinander unterscheiden. Diese Feststellung deckt sich mit den Ergebnissen der zeitgleich durchgeführten Genderstudie von Grande und Mitarbeitern (2002b), die ebenfalls lediglich bei einzelnen Erwartungen und nicht bei der Grundeinstellung und –motivation der Patienten geschlechtsspezifische Unterschiede fanden.

Andererseits ergaben sich in mehreren deutschen Studien für andere Indikationsgebiete geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Rehabilitationserwartungen, z. B. an die Bereiche *Erholung*, *Beruf / Rente*, medizinische Maßnahmen, Gesprächsangebote etc. (vgl. Deck, 2001; Bergelt et al., 2000; Faller et al., 2000). So konnten z. B. von Deck (2001) in den für unseren Fragebogen unverändert übernommenen Skalen *Krankheitsbewältigung* und *Ruhe / Erholung* signifikant höhere Erwartungen bei Frauen ermittelt werden.

Diese unterschiedlichen Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Rehabilitationserwartungen könnten zum einen durch die Verschiedenartigkeit der Erhebungsinstrumente bedingt sein. Zum anderen muss die Frage gestellt werden, ob und welche zusätzlichen Faktoren Einfluss auf die Erwartungen vor einer Rehabilitationsmaßnahme haben.

Es liegt die Vermutung nahe, dass neben dem Geschlecht eine Vielzahl anderer Faktoren, wie z.B. Indikation, Alter, Chronizität der Erkrankung oder die Art der Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls von Bedeutung ist. Auf einige dieser Punkte soll im nächsten Abschnitt (6.7) noch näher eingegangen werden.

Außerdem besteht die Möglichkeit, dass sich das hier gemessene hohe Erwartungsniveau auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede kritisch ausgewirkt haben könnte. Bei einem generell hohen Erwartungsniveau ist im Sinne eines „Deckeneffektes“ keine Differenzierung zwischen den Erwartungen von Frauen oder Männern mehr möglich, da sich kein höheres Erwartungsmuster mehr erreichen lässt.

Unabhängig von den vor der Rehabilitation geäußerten Erwartungen scheinen Frauen die Maßnahme allerdings anders zu bewerten als Männer. Drei Monate nach Ende der Anschlussrehabilitation beurteilen die Frauen die Erfüllung der vorbestehenden Erwartungen in den Skalen *Erholung / Wohlbefinden* und *Krankheitsbewältigung* signifikant positiver als die Männer – dies scheinen also die Bereiche der Rehabilitationsbehandlung zu sein, in denen die Bedürfnisse von Frauen besonders gut getroffen werden. Möglicherweise ergibt sich ein größerer Erholungseffekt für die Frauen schon allein aufgrund des stationären Settings, das von Frauen im Vergleich zu ambulanten Maßnahmen bevorzugt wird. (vgl. Karoff & Röseler, 1997; Deck, 2001).

Ähnliche Ergebnisse konnten von Schmidt und Mitarbeitern (2000) für die orthopädische Rehabilitation ermittelt werden, wo Frauen eine positivere Bewertung der Rehabilitation abgaben, obwohl die objektiv gemessenen Erfolge von Frauen und Männern ähnlich waren.

Auch im Rahmen des Gesamtprojektes und der parallel laufenden Genderstudie von Grande und Mitarbeitern (2002b) waren insgesamt weniger geschlechtsspezifische Unterschiede greifbar als zunächst aufgrund der Literaturrecherchen vermutet worden war. Für Mittag (2002) spielen hierfür als Ursachen neben den Besonderheiten der Stichprobe die Unterschiede in den rehabilitativen Versorgungssystemen zwischen Deutschland und den U.S.A sowie die Unterschätzung eines bei Genderstudien wahrscheinlich häufig vorkommenden „publication bias“ eine Rolle. Nachdem über Jahre hinweg Untersuchungen zu Diagnostik und Therapie der KHK fast ausschließlich an Männern durchgeführt wurden, erschienen in den 1990er Jahren fast inflationär Studien zur Benachteiligung herzkranker Frauen, in denen geschlechtsspezifische Unterschiede besonders akzentuiert wurden.

Zwar wurden in beiden Projekten höhere psychische und soziale Belastungen der Frauen festgestellt, die auf andere Rehabilitationsbedürfnisse vor allem bei der psychosozialen Betreuung hinweisen – spezifisch „weibliche“ Rehabilitationsprogramme wären aber nur dann gerechtfertigt, wenn Frauen seltener Zugang zur Anschlussrehabilitation haben bzw. schlechtere Ergebnisse als Männer erzielen würden. Dies war jedoch in den beiden Studien nicht der Fall. Insgesamt hat sich in beiden Untersuchungen der Einfluss des Alters auf die verschiedenen Aspekte der Rehabilitation vom Zugang bis zum Rehabilitationsoutcome als wichtiger erwiesen als der Einfluss des Geschlechtes.

Zu einer anderen Einschätzung kommen Härtel und Mitarbeiter, die bei Frauen und Männern nach einem ersten Herzinfarkt in jedem Stadium der Rehabilitation geschlechtsspezifische Unterschiede, auch unabhängig vom Alter, feststellten und daher die Entwicklung frauenspezifischer Rehabilitationsprogramme befürworten (vgl. BMBF, 2002). Ob mit solchen frauenspezifischen Programmen bessere Rehabilitationsergebnisse zu erzielen sind, bleibt jedoch weiterhin offen.

6.7 Vergleich mit den Ergebnissen anderer Erwartungsstudien

Die ermittelten Rehabilitationserwartungen entsprechen im wesentlichen den bestehenden Behandlungskonzepten für die kardiologische Rehabilitation. Dabei zeigen sich einerseits Übereinstimmungen, andererseits aber auch Abweichungen zu den Ergebnissen anderer Erwartungsstudien. Bei den verschiedenen Studien besteht trotz unterschiedlicher Indikation eine übereinstimmend hohe und eher unspezifische Erwartungshaltung der Patienten. Dies ist nach Ansicht von Vogel et al. (1994) nicht unbedingt negativ zu bewerten, da auch unspezifische Behandlungsbausteine zum Erreichen der Behandlungsziele beitragen können. Die Wichtigkeit solcher unspezifischen Erwartungen sollte also anerkannt werden und ist zudem ein Argument für die Entwicklung indikationsübergreifender Erhebungsinstrumente.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Studien beruhen möglicherweise darauf, dass die Erhebungsinstrumente z. T. erheblich differierten und dass einige Aspekte in einzelnen Fragebögen nicht abgedeckt wurden. Allerdings sind auch bei der Verwendung gleicher bzw. ähnlicher Erhebungsinstrumente Unterschiede festzustellen, wie beim Vergleich der hier ermittelten Ergebnissen mit den Ergebnissen von Deck et al. (1998b). Diese sind meines Erachtens am ehesten auf besondere Merkmale der Stichprobe zurückzuführen. Daher soll im Folgenden exemplarisch die Bedeutung von Indikation, Verlaufsform, Manifestationszeitpunkt und Art der Erkrankung für die Ausbildung von Rehabilitationserwartungen diskutiert werden.

Indikation

Bei den einzelnen Indikationsgruppen unterscheiden sich auch die subjektiven Krankheitstheorien der Patienten. Es ist davon auszugehen, dass Patienten nach einem Herzinfarkt andere Vorstellungen von der Ursache ihrer Erkrankung, ihrer Behandlung und ihrer eigenen Rolle im Behandlungsverlauf haben als z.B. Patienten mit orthopädischen Erkrankungen. Von diesen subjektiven Krankheitskonzepten hängt auch die Ausbildung der Rehabilitationserwartungen entscheidend ab (vgl. Zenz et al., 1989).

Die von Dierks (1995a,b) durchgeführte Analyse des Bedürfnisspektrums von Patienten aus Allgemeinarztpraxen unterstützt diese Vermutung. Hier wurden bei Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern auch unterschiedliche Prioritäten bei den Behandlungserwartungen festgestellt. So gewichten Asthmapatienten in dieser Untersuchung ihre Erwartungen an „Information und Aufklärung“ besonders hoch, während z. B. ihre Erwartungen an intensive, persönliche Betreuung eher nachrangig sind. Bei Rheumapatienten hingegen rangieren z. B. die Erwartungen an die Persönlichkeitsmerkmale des Arztes (wie Ehrlichkeit, zuhören können) an erster Stelle.

Im allgemeinen Laienverständnis werden orthopädische Erkrankungen häufig mit einer eher passiven Patientenrolle in Verbindung gebracht. Demzufolge wäre es verständlich, wenn orthopädischen Patienten von einer Rehabilitationsbehandlung passive Maßnahmen (z.B. Massagen, Fango etc.) eher als das Erlernen aktiver Bewältigungsstrategien erwarten.

Dagegen scheint im Laienverständnis ein Zusammenhang zwischen eigenem Lebensstil und Auftreten der Herzerkrankung bei kardiologischen Patienten etablierter (vgl. Faller, 1989). Möglicherweise besteht hier häufig eine größere

Einsicht in die Notwendigkeit einer Änderung des Lebensstils zur Reduktion von Risikofaktoren (z.B. Einstellen des Nikotinkonsums, Ernährungsumstellung etc.). Folgt man diesen Überlegungen und geht davon aus, dass subjektive Krankheitstheorien großen Einfluss auf die Rehabilitationserwartungen haben, wäre die Entwicklung bzw. Anwendung indikationsübergreifender Instrumente wenig sinnvoll. Allerdings sprechen die Ergebnisse der bisher durchgeführten Erwartungsstudien, in denen verschiedene Diagnosegruppen mit gleichen Instrumenten verglichen wurden, eher gegen einen wesentlichen Einfluss der Indikation auf die Erwartungen der Patienten. So stellten Faller und Mitarbeiter (2000) bei einem Vergleich von orthopädischen und onkologischen Patienten ähnliche Erwartungsstrukturen fest. Des Weiteren ergaben die Untersuchungen von Kruschke et al. (1996b) und Bergelt et al. (2000), dass von den Patienten eher unspezifische Therapiebausteine bevorzugt wurden. Dennoch scheint es auch wichtig, die Erwartungsstrukturen spezieller Indikationsgruppen zu überprüfen, um die Anwendung spezifischer Behandlungsbausteine zu optimieren.

Verlaufsform

Alle Patienten der vorliegenden Studie wurden zwei bis drei Wochen nach dem Koronareignis zu ihren Rehabilitationserwartungen befragt, ein großer Teil von ihnen noch in der Akutklinik.

Die hohe Zustimmungsquote zu Item 22 (Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen) lässt vermuten, dass ein Großteil der Patienten bis zum Befragungszeitpunkt noch keine konkreten Erwartungen ausgebildet hat. Die Patienten haben sich in der Akutsituation noch nicht mit dem Thema „Rehabilitation“ befasst. Vergewenigt man sich die Ausgangssituation von Patienten, die ein so gravierendes, z. T. auch lebensbedrohliches Ereignis wie einen akuten Herzinfarkt oder einen herzchirurgischen Eingriff hinter sich haben, ist dies durchaus verständlich.

Hinzu kommt, dass die hier untersuchten Patienten aufgrund der Akutsituation in der Regel über längere Zeit immobilisiert und daher auf die Versorgung mit Informationen durch andere Personen angewiesen waren – da diese, wie berichtet, oft mangelhaft war, könnte hierin eine weitere Ursache für die unspezifische Erwartungsbildung der Patienten liegen.

Im Gegensatz hierzu haben z. B. die von Deck et al. (1998b) untersuchten orthopädischen Patienten meist eine längere Krankheitsgeschichte und damit eine längere, die Erwartungen beeinflussende Vorlaufzeit, hinter sich.

Möglicherweise können in der Akutsituation noch keine stabilen Erwartungsmuster ausgebildet und somit auch keine Geschlechtsdifferenzen abgebildet werden. Dies mag auch erklären, warum bei der anschließenden Bewertung der Maßnahme sehr wohl in den Skalen *Krankheitsbewältigung* und *Ruhe / Erholung* geschlechtsspezifische Unterschiede nachweisbar waren.

Vermutlich zeigt sich die unterschiedliche Bedeutung der beiden Bereiche für Frauen und Männer erst nach einer entsprechenden Vorlaufzeit.

Der Aspekt der Akuität spielt meines Erachtens nicht nur für den Zeitraum der Erwartungsbildung, sondern auch für die Art der Rehabilitationserwartungen eine wesentliche Rolle.

Angesichts der Bedrohlichkeit der Erkrankung ist es verständlich, dass die Patienten die höchsten Erwartungen in medizinische Maßnahmen setzen (vgl. Faller, 1988). Das wichtigste Ziel der kardiologischen Patienten ist zunächst eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, ihr Augenmerk ist hauptsächlich

auf Genesung gerichtet.

Dass dabei z. B. die Klärung der Renten- bzw. Berufssituation in den Hintergrund tritt, ist durchaus einleuchtend.

Patienten mit längerem Krankheitsverlauf wie z. B. bei orthopädischen Erkrankungen haben dagegen häufig schon erfahren müssen, wie sehr sich die Erkrankung einschränkend auf ihr alltägliches und berufliches Leben auswirkt. Ihr Interesse ist daher eher darauf gerichtet, die chronische Erkrankung in den Alltag zu integrieren und zu lernen, mit ihr zu leben.

Den Herzpatienten ist die Chronizität der koronaren Herzerkrankung in diesem Stadium zunächst nicht bewusst bzw. sie spielt zumindest bei der Ausbildung von Rehabilitationserwartungen noch keine Rolle. Vordringliches Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist jedoch die Behandlung der KHK als chronischer Erkrankung, wobei der Vermeidung von Sekundärereignissen eine besondere Bedeutung zukommt.

Während Herzpatienten (nach Infarkt oder Bypass-Op) im Rahmen der Akutphase überwiegend immobilisiert sind, sich passiv verhalten sollen und dem Behandlungsteam mehr oder weniger „ausgeliefert“ sind, sollen sie sich in der Rehabilitation als „chronisch Kranke“ aktiv und eigenverantwortlich verhalten. Gerade Aktivität wurde ihnen aber in der Regel während der Akutsituation verwehrt. Es ist anzunehmen, dass die Neuorientierung des Patienten hin zum „chronisch Kranken“ nur in einem längerfristigen Lernprozess geschieht.

In dieser Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsstatus liegt eine enorme Herausforderung für die kardiologische Rehabilitation und insbesondere für das therapeutische Team (vgl. Halhuber, 1992), vor allem angesichts des drastischen Rückgangs der Verweildauer von Herzpatienten auf oft weniger als zehn Tage im Akutkrankenhaus. Zum anderen wird sich der fundamentale Unterschied zwischen der Situation eines „akut“ und eines „chronisch“ Kranken auch auf Seiten des Patienten auswirken.

Die besondere Situation von kardiologischen Akutpatienten hat daher einen erheblichen Einfluss auf die untersuchten Rehabilitationserwartungen und zwar sowohl bezüglich der Höhe, des Inhaltes und ihrer Spezifität.

Erstmanifestation

Dass die hier untersuchte Stichprobe ausschließlich Patienten nach einer Erstmanifestation der koronaren Herzkrankheit umfasst, wirkt sich im Vergleich zu anderen Stichproben wahrscheinlich ähnlich auf die Ausbildung von Rehabilitationserwartungen aus wie die Akuität der Erkrankung. Da die Patienten sich zum ersten Mal mit der Herzerkrankung auseinandersetzen müssen, können sie noch nicht auf frühere Erfahrungen zurückgreifen. Im Gegensatz zu den z. B. von Deck et al. (1999b) untersuchten orthopädischen Patienten ist die Vorlaufzeit für die Ausbildung von Rehabilitationserwartungen also auch aufgrund der Erstmanifestation sehr gering. Zusätzlich hatten die meisten Patienten auch noch nicht an Rehabilitationsmaßnahmen anderer Indikationsgebiete teilgenommen und somit keine Vorerfahrung. Bemerkenswert erscheint mir, dass die wenigen Patienten, die über Vorerfahrungen aus früheren Maßnahmen (zumeist orthopädischer Indikation) verfügten, in ihren Erwartungen an Ruhe und Erholung signifikant häufiger enttäuscht wurden als diejenigen ohne Vorerfahrung. Theoretisch hätte man annehmen müssen, dass Patienten mit Rehabilitationserfahrung eine „realistischere“ Einschätzung zeigen und damit

ihre Erwartungen seltener enttäuscht werden. Sicher wäre es möglich, dass bei Rehabilitationsmaßnahmen anderer Indikationsgebiete für die Patienten mehr Möglichkeit zur Erholung bestand, zumal der Zeitrahmen früherer Maßnahmen mit 4-6 Wochen hierzu mehr Raum bot. Wahrscheinlicher erscheint mir, dass die Patienten bei den Angaben zu ihrer Vorerfahrung nicht ausreichend zwischen früheren Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden haben und im Interview keine ausreichende Differenzierung gelang.

Art der Maßnahme

Während für die hier untersuchte Stichprobe nach dem Akutereignis in der Regel das Verfahren der „Anschlussrehabilitation“ als Behandlungsmaßnahme in Frage kommt, waren für die Patienten in anderen Studien auch „Heilverfahren“ als Maßnahmen vorgesehen. Dieser Unterschied könnte sich ebenfalls auf die Ausbildung von Rehabilitationserwartungen auswirken. In der Regel wird bei Patienten, die die Hürde der Antragstellung für ein Heilverfahren auf sich nehmen, bereits ein gewisses Erwartungsmuster ausgebildet sein. Diese Patienten haben schon bestimmte Vorstellungen davon, welche Ziele sie erreichen möchten bzw. was während der Maßnahme auf sie zukommen könnte. In diesem Zusammenhang folgern Deck und Mitarbeiter (1999b), dass bei Patienten, die sich dem z.T. schwierigen Antragsverfahren für ein Heilverfahren unterziehen, bereits eine gewisse Grundmotivation bestehen muss.

Wenn auch die kardiologischen Patienten in der Akutklinik den Antrag für die Anschlussrehabilitation von Rechts wegen selbst (d.h. in der Regel durch ihre Unterschrift) stellen, so wird ihnen die Antragstellung doch meist im wesentlichen vom Stationsarzt bzw. Sozialdienst der Akutklinik abgenommen. Sinn der ursprünglich als „Anschlussheilbehandlung“ konzipierten Verfahren war es ja gerade, die Hürde möglichst niedrig zu halten. Da aber die Antragstellung nicht aktiv vom Patienten aus betrieben werden muss, ist es denkbar, dass auch die Erwartungsausbildung verzögert ist. Hieraus resultiert u.U. auch das Gefühl der mangelhaften Information.

Zusammengefasst deuten diese Überlegungen darauf hin, dass das Geschlecht nur eine (kleine) Teilkomponente zur Erklärung von Art und Ausprägung der Rehabilitationserwartungen kardiologischer Akutpatienten darstellt. Daneben sind wahrscheinlich eine Vielzahl anderer Faktoren, wie das Alter oder die hier beschriebenen Besonderheiten der Stichprobe für die Ausbildung von Rehabilitationserwartungen wichtig. Zudem ist zu bedenken, dass Erwartungen nicht statisch, sondern durch viele Einflüsse veränderbar sind und daher einen durchaus dynamischen Charakter haben.

6.8 Fazit und Ausblick

Wegen einiger methodischer Einschränkungen, auf die in Abschnitt 6.9 noch näher eingegangen wird, müssen die vorgelegten Ergebnisse eher zurückhaltend interpretiert werden und sind z.T. als explorativ anzusehen. Die Frage nach dem möglichen Einfluss von Rehabilitationserwartungen auf die Teilnahmeentscheidung konnte aufgrund der für das Gesamtprojekt notwendig gewordenen Änderung des Rekrutierungsschemas leider nicht bearbeitet werden.

Zusammenfassend lassen die vorliegenden Befunde dennoch folgendes Fazit zu:

(1) Auf methodischer Ebene wurden wesentliche Teile (Skalen *Ruhe / Erholung, Krankheitsbewältigung, Rente / Beruf*) des von Deck et al. (1998b) entwickelten Fragebogens zur Ermittlung von Rehabilitationserwartungen an einer anderen Indikationsgruppe im Sinne einer „Kreuzvalidierung“ überprüft. Dabei konnte die faktorielle Validität des Instrumentes nachgewiesen werden. Die in beiden Diagnosegruppen recht ähnlichen Erwartungsmuster weisen zudem auf das Vorhandensein von „typischen“, eher unspezifischen und nicht indikationsbezogenen Rehabilitationserwartungen hin.

(2) Auf inhaltlicher Ebene wurden die Erwartungen von kardiologischen Akutpatienten identifiziert. Die in Abschnitt 3.2 aufgestellten Hypothesen konnten dabei nicht in allen Punkten bestätigt werden. So zeigte sich, dass bei Frauen und Männern weitgehend ähnliche Erwartungshaltungen vor Beginn einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme bestehen. Zudem war es möglich, den Stellenwert der Rehabilitationserwartungen für Rehabilitationsverlauf und –ergebnis einzuschätzen. Die Befundlage zeigt einen großen Einfluss auf die Rehabilitationszufriedenheit, während der Einfluss auf die Outcome-Kriterien eher als gering einzuschätzen ist. (Allerdings ist die Interpretation der Prädiktoreigenschaft von Rehabilitationserwartungen aufgrund der nur sehr geringen Zellenbesetzung nur eingeschränkt möglich.) Darüber hinaus weist die unzureichende Patienteninformation auf ein Beratungsdefizit an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitationsmaßnahme hin. Die mangelnde Erfüllung der Rehabilitationsziele der Patienten deutet auf weitere Defizite beim Übergang von der Rehabilitationsmaßnahme zur späteren ambulanten Versorgung hin.

Als Konsequenz aus den ermittelten Ergebnissen lassen sich daher einige Empfehlungen für die Praxis ableiten. Die Vorschläge betreffen dabei nicht nur die Ausgestaltung der Rehabilitationsprogramme während der Maßnahme - notwendig erscheinen in Anbetracht der Befundlage auch Veränderungen vor und nach der Maßnahme, um den Rehabilitationserfolg langfristig zu sichern und Schnittstellenprobleme zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation und Nachsorge zu reduzieren:

- Ein Aspekt, der die Phase vor der Rehabilitation betrifft, ist der von den Patienten beklagte Informationsmangel. Auch wenn das Informationsdefizit sich scheinbar nicht unmittelbar auf das Rehabilitationsergebnis auswirkt, scheinen hier Veränderungen notwendig. Den Patienten muss eine breite Informationspalette zur Verfügung gestellt

werden. Hierbei ist neben der schriftlichen Information durch Broschüren, wie sie ja im wesentlichen der bisherigen Praxis entspricht, zum Beispiel auch der Einsatz von Videoclips, Filmen etc. oder von Internetangeboten denkbar.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Information an die Patienten herangetragen werden muss, da die selbständige Informationsbeschaffung aufgrund der Akutsituation (wie beschrieben) nur selten möglich ist. Auch das zunehmend breitere Informationsangebot in alten und neuen Medien (z. B. Presse und Internet) kann von diesen Patienten nur eingeschränkt abgerufen werden.

- Eine verstärkte Information allein durch die Rehabilitationsträger und –kliniken wird dabei nicht ausreichend sein, zumal solche Informationen nur allgemeiner Natur sein können. Wichtig ist vielmehr eine intensivere, auf den Patienten und sein individuelles Risikoprofil zugeschnittene Beratung, die ihm im Sinne einer „evidence based information“ eine informierte Entscheidungsbildung ermöglicht. Damit kann bereits in der Informationsphase die Eigenverantwortlichkeit der Patienten gefördert werden. Hier müssen die Ärzte aus der Akutversorgung, die ja auch die Teilnahmeentscheidung der Patienten maßgeblich beeinflussen, verstärkt eingebunden werden. Weil mit jeder allgemeinen Information der Bedarf an individueller Information wächst, besteht darin eine große und auch zeitintensive Herausforderung für die Akutkliniken.

Da vor allem am Anfang einer Patientenkarriere oft qualifizierte Informationen über die Weiterbehandlung fehlen, wäre gerade an dieser Stelle auch der Einsatz von sogenannten „Gesundheitslotsen“ sinnvoll (vgl. Jäger, 1999).

- Nach den Befunden von Vogel und Mitarbeitern (1997), die Einstellungen von Krankenhausärzten zu Anschlussheilbehandlungen nach Herzinfarkt untersuchten, erscheint jedoch fraglich, inwieweit Ärzte in der Akutversorgung die Patienten adäquat über die Rehabilitation informieren können. Zwar bestanden bei den teilnehmenden Ärzten überwiegend sachgerechte Informationen über die Inhalte und Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen, dennoch war eine deutliche Diskrepanz zwischen „reha-erfahrenen“ und „nicht reha-erfahrenen“ Ärzten zu erkennen.

Um eine noch bessere Beratung zu ermöglichen, müssten entsprechende Schulungen durchgeführt werden. Meines Wissens existieren bisher keinerlei Leitlinien für eine Beratung von Patienten vor einer Rehabilitationsmaßnahme. An dieser Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin besteht Handlungsbedarf.

- Die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Ausgestaltung von kardiologischen Rehabilitationsprogrammen in Deutschland wird zur Zeit noch kontrovers diskutiert. Ob frauenspezifische Bewegungs- und Ernährungsprogramme sowie speziell auf Frauen zugeschnittene psychologische Maßnahmen in der Rehabilitation zu besseren Ergebnissen führen, wird zur Zeit im Rahmen einer Interventionsstudie in Klinik und ambulanter Nachsorge getestet (Härtel et al., 2002). Die Ergebnisse dieser Untersuchung bleiben abzuwarten.

Die in der vorliegenden Arbeit erhobenen Patientenerwartungen an die kardiologische Rehabilitation rechtfertigen die Entwicklung spezieller

Programme für Frauen jedenfalls nicht.

Allerdings legt die höhere Bewertung des Erholungsaspektes und der Krankheitsbewältigung durch die Frauen nach der Maßnahme eine individuellere Ausgestaltung der Programme zumindest in diesen Teilbereichen nahe. Wichtig scheint auch hier die Entwicklung von patientenzentrierten und damit individuelleren Angeboten.

- An der Erfüllung der Rehabilitationsziele wird deutlich, dass durch die Maßnahme nicht die zuvor erhofften Veränderungen im Alltag erreicht werden konnten. Der mangelhafte Alltagstransfer zeigt, dass die Beratung während der Rehabilitation mehr auf die Umsetzungsmöglichkeiten in den Alltag ausgerichtet werden muss. Hier ist eine individuellere Beratung zu fordern, die die Anforderungen des einzelnen Patienten berücksichtigt und ihm konkrete Handlungsanleitungen für die Umsetzung des Erlernten in den Alltag und die Bewältigung der dabei entstehenden Schwierigkeiten vermittelt.
- Darüber hinaus scheint eine weitere Begleitung des Patienten in Form ambulanter Maßnahmen über die Teilnahme an Herzsportgruppen hinaus sinnvoll. Zu fordern ist also die Entwicklung adäquater Nachsorgestrukturen, die dem Patienten durch individuelle Beratung Unterstützung bei der Lebensstiländerung bieten können. Die mit dieser Lebensstiländerung verbundenen Schwierigkeiten können möglicherweise während der Reha-Maßnahme noch gar nicht vorhergesehen werden. Das bereits bestehende flächendeckende Netz aus ambulanten Herzgruppen könnte dabei durchaus als Ausgangsbasis für den Aufbau einer umfassenden ambulanten Nachsorge dienen (vgl. Benesch, 1996). Berücksichtigt werden sollte bei solchen Entwicklungen jedoch, dass die Begleitung von Patienten durch Nachsorgeprogramme durchaus problematisch sein kann und dass hierbei evtl. sogar kontraproduktive Mechanismen wirksam werden könnten. So lassen z. B. die Ergebnisse einer internationalen Interventionsstudie von Frasure-Smith und Mitarbeitern (1997) vermuten, dass unter einer intensiven Nachbetreuung und Beratung vor allem bei Frauen ansonsten erfolgreiche Bewältigungsmechanismen (wie Ablenkung, Bagatellisieren etc.) gestört und somit eher negative Outcomes erzeugt werden.
- Es muss gelingen, den Patienten während der Maßnahme zu aktiver Mitarbeit zu befähigen, die auch nach der Maßnahme weiterbesteht – nur so kann der Rehabilitationserfolg langfristig bestehen. Möglicherweise hemmen die strukturellen Bedingungen das Entwickeln und Erleben persönlicher Kompetenz eher. Starre Behandlungsschemata führen dabei allenfalls zu „compliance“, im Sinne von passiver Erduldung der Behandlung, nicht jedoch zu „adherence“ als dauerhafter, persönlicher Umsetzung von Therapie. Damit werden die Rehabilitationsziele jedoch nicht erreicht. Für die in der Rehabilitation tätigen Ärzte und Therapeuten müssen Handlungsmodelle entwickelt werden, wie sie den Patienten die nötige Eigenverantwortlichkeit und Aktivität vermitteln können.

Gefordert werden muss aufgrund dieser Ergebnisse und Überlegungen also nicht etwa eine geschlechtsspezifische Ausgestaltung der Rehabilitationsprogramme, sondern darüber hinaus viel mehr eine individuellere Ausformung der Maßnahmen. Inwieweit diese Forderung nach mehr Individualisation erfüllt werden kann, muss sich unter den sich kontinuierlich verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den kommenden Jahren erst zeigen.

Über diese Empfehlungen hinaus ergeben sich Anregungen für weitere Forschungsvorhaben:

Art und Ausprägung von Rehabilitationserwartungen hängen von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab. Weitere Studien sollten sich mit der Bedeutung und Gewichtung einzelner Einflussfaktoren beschäftigen. Dabei erscheint die Berücksichtigung des Faktors „Alter“ besonders interessant, zumal die demographische Entwicklung zu neuen Herausforderungen an die Rehabilitation in Deutschland führt.

Darüber hinaus sollten sich weitere wissenschaftliche Arbeiten der Untersuchung des auf Seiten der Patienten ermittelten Informationsdefizits widmen. Hierbei erscheint es sinnvoll, das Informationsbedürfnis der Patienten differenzierter zu analysieren als es in der vorliegenden Arbeit möglich war.

Ein weiterer interessanter Aspekt wäre die Entwicklung und Evaluation von Schulungsprogrammen für das Personal der Akutkliniken. Hierdurch könnten Leitlinien zur Verbesserung der Patientenberatung erstellt werden.

Weitere Forschungsvorhaben sollten darauf ausgerichtet sein, den Alltagstransfer des in der Rehabilitation Erlernten sicher zu stellen. Dabei sollte der Blick sowohl auf die Ausgestaltung ambulanter Nachsorgeprogramme als auch auf ihre Folgen für das langfristige Rehabilitationsergebnis gerichtet sein.

6.9 Bewertung der Methodik

6.9.1 Stichprobe

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Stichprobe muss in mehrfacher Hinsicht kritisch betrachtet werden:

Eine methodische Einschränkung besteht möglicherweise in der „Freiwilligkeit“ der Studienteilnahme, die auf Seiten der Patienten ein hohes Engagement und Kooperationsbereitschaft voraussetzt. Es ist durchaus denkbar, dass vor allem besonders motivierte und engagierte Patienten an der Untersuchung teilgenommen haben. Eine dahingehende „Selektivität“ der Stichprobe könnte sich möglicherweise auf Art und Ausmaß der von den Patienten geäußerten Erwartungen auswirken. So könnte z. B. das hier ermittelte hohe Erwartungsniveau zumindest zum Teil dadurch begründet sein, dass auch nur hoch motivierte Patienten teilgenommen haben. Zudem wurden die „Studienverweigerer“ nicht systematisch im Hinblick auf soziodemographische und medizinische Merkmale, sowie den Grund für die Ablehnung erfasst, so dass auch diesbezüglich eine Selektivität der Stichprobe möglich ist.

Die hier untersuchte Stichprobe sollte ursprünglich nur Akutpatienten einschließen. Die Rehabilitationserwartungen der Patienten sollten idealerweise zu einem Zeitpunkt erfasst werden, an dem noch kein Kontakt zur Rehabilitationsmaßnahme bestand. Um die Durchführung des Gesamtprojektes in einer angemessenen Zeit nicht zu gefährden, wurden jedoch ab Oktober 1999 auch Patienten, die am Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme standen, in die Untersuchung eingeschlossen (vgl. Abschnitt 4.4). Zu bedenken bleibt weiterhin, dass die Untersuchung nur in ausgewählten Kliniken erfolgte und auch die meisten Akutpatienten in den beiden Häusern mit angeschlossener Rehabilitationsabteilung rekrutiert wurden.

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Erwartungsfragebogens ist also zu berücksichtigen, dass ein Teil der Patienten zum Zeitpunkt T1 bereits über erste Erfahrungen in der Rehabilitationsklinik verfügte. Die im Literaturteil geäußerte Kritik an der retrospektiven Erhebungsmethode der meisten Studien trifft damit zum Teil auch auf diese Arbeit zu. Um den Einfluss bereits gemachter Erfahrungen möglichst gering zu halten, wurde jedoch versucht, die Rehabilitationspatienten möglichst früh am Beginn der Maßnahme zu erreichen.

Zur Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Rehabilitationserwartungen wären annähernd gleich große Gruppen von Frauen und Männern wünschenswert gewesen - die Gruppe der Männer war hier annähernd doppelt so groß wie die der Frauen.

Ferner muss bei der Interpretation der Ergebnisse die Unterschiedlichkeit der beiden Gruppen in Bezug auf die Berufstätigkeit und den signifikanten Altersunterschied berücksichtigt werden. Der Altersunterschied betrug allerdings nur 2 Jahre, zudem erfolgte in den statistischen Analysen eine Kontrolle für das Alter.

Zur Untersuchung der Prädiktoreigenschaft von Rehabilitationserwartungen wurde zunächst versucht, für Frauen und Männer getrennte logistische Regressionsanalysen zu berechnen. Aufgrund vieler fehlender Werte in den einzelnen Variablen zum Messzeitpunkt T3 entstanden hierbei jedoch zu

geringe Zellenbesetzungen, so dass auf eine getrennte Berechnung für Frauen und Männer verzichtet wurde.

6.9.2 Erhebungsverfahren

Auf die möglichen Vor- und Nachteile bei der Wahl von strukturiertem Interview und Fragebogen als Erhebungsverfahren wurde bereits in Kapitel 4 ausführlich hingewiesen.

Beiden Verfahren gemeinsam ist dabei das mögliche Auftreten von Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit. Trotz zugesicherter Anonymität ist es möglich, dass das Antwortverhalten der Patienten sowohl im Interview als auch beim Ausfüllen des Fragebogens hierdurch beeinflusst wurde.

Ein weiteres Problem beider Erhebungsmethoden liegt in einer gewissen „Reaktivität der Messung“. So könnte z. B. im Interview allein durch die Frage nach der Teilnahmebereitschaft bei Patienten, die sich bis dahin noch keine Meinung gebildet hatten, ein Teilnahmewunsch geweckt worden sein.

Dieses Phänomen kann auch bei der Beantwortung des Fragebogens eine Rolle gespielt haben und somit das Ergebnis der Erwartungsausprägung verzerren.

Patienten, die bis zum Zeitpunkt der Befragung noch keine konkreten Erwartungen ausgebildet hatten, wurden durch Vorgabe der einzelnen Items evtl. erst zur Erwartungsbildung angeregt. In diesem Zusammenhang halte ich es durchaus für möglich, dass die Ausprägungen für das von Frauen und Männern unterschiedlich beantwortete Item 22 „Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen“ eher zu niedrig gemessen wurden.

6.9.2.1 Interview

Ein methodische Einschränkung des Interviews, das nur für die Akutpatienten ausgewertet wurde, liegt vor allem im Interviewzeitpunkt. Hier bestand eine Spannweite von ca. 10-20 Tagen nach dem Akutereignis, da es nicht möglich war, alle Patienten zum gleichen Zeitpunkt zu befragen. Insbesondere die Ergebnisse zu Information und Aufklärung der Patienten müssen unter diesem Aspekt kritischer bewertet werden.

6.9.2.2 Fragebogen

Die im Rahmen der Fragebogenentwicklung durchgeführten Pretests sind in Abschnitt 4 näher erläutert worden. Sie dienten dazu, mögliche Boden-Decken-Effekte und den Anteil der Missing Values, sowie tendenziell geschlechtsspezifisches Antwortverhalten abzuschätzen.

Die in die Hauptuntersuchung übernommene zweite Version des Fragebogens enthielt im Hinblick auf Itemschwierigkeiten und den Anteil fehlender Werte noch durchaus kritische Items. Allerdings sollten die von Deck et al. (1998b) übernommenen Items beibehalten werden, um einen Vergleich zu der dort untersuchten orthopädischen Stichprobe zu ermöglichen; andere kritische Items wurden übernommen, da ein sich abzeichnendes geschlechtsspezifisches Antwortverhalten in der Hauptuntersuchung näher analysiert werden sollte.

Bei den Pretests bestanden die Stichproben jeweils aus neu in die kardiologische Klinik aufgenommenen Rehabilitationspatienten ohne Differenzierung nach Diagnose, Altersbegrenzung oder Vorerfahrungen mit kardiologischer Rehabilitation. Die mangelnde Vergleichbarkeit mit der für die Hauptuntersuchung geplanten Stichprobe muss also ebenfalls als Einschränkung betrachtet werden.

Der Versuch, neue Itemvorschläge durch freie Formulierungen der Patienten zu

erhalten, war von uns bereits von vorneherein skeptisch betrachtet worden. Die vorgegebenen Items waren für die Erwartungsbildung der Patienten anscheinend schon richtungsweisend. Die beiden Voruntersuchungen hatten daher im wesentlichen orientierende Funktion.

Eine weitere im Rahmen der Hauptuntersuchung auftretende Begrenzung ist in dem hohen Anteil fehlender Werte zu sehen. In der Dimension *Beruf / Rente* ist dies sicherlich durch den hohen Anteil bereits berenteter Personen bedingt, die diese Kategorie dann insgesamt nicht beantwortet haben.

Ein hoher Ausfall ist auch bei dem zu T2 vorgegebenen Bewertungsfragebogen zu verzeichnen. Hierbei spielt möglicherweise auch die Platzierung des Fragebogens im besonders umfangreichen Fragebogenkatalog des Gesamtprojektes zu T2 eine Rolle. Die genauen Gründe für den hohen Anteil fehlender Werte bleiben jedoch offen.

6.9.3 Verlauf der Untersuchung

Durch die Änderung des Rekrutierungsschemas im Rahmen des Gesamtprojektes war die Beantwortung einiger Fragen nur noch eingeschränkt möglich. Dies betraf vor allem die Schnittstellenproblematik (akut-Reha) und die Überlegung, inwieweit sich die Patientenerwartungen auf eine Teilnahmeentscheidung auswirken.

Andere Aspekte gewannen im Laufe der Untersuchung (zunehmend) an Bedeutung. Hier erscheint mir vor allem das ermittelte Informationsdefizit der Patienten und der Vergleich mit der von Deck et al. (1998b) untersuchten orthopädischen Stichprobe hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren wie Indikation und Verlaufsform interessant.

Die in diesem Abschnitt dargestellten methodischen Einschränkungen könnten sich möglicherweise verzerrend auf die Untersuchungsergebnisse ausgewirkt haben. Die untersuchte Stichprobe ist nicht unbedingt repräsentativ für kardiologische Akutpatienten. Eine Interpretation der Ergebnisse ist nur vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen sinnvoll.

Die Untersuchung hatte daher, trotz der Vorgabe von Hypothesen, durchaus auch explorativen Charakter.

7 Zusammenfassung

Die zunehmende Diskussion über die Effektivität der medizinischen Rehabilitation in Deutschland führte in den letzten Jahren zu einer Verstärkung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Hierbei rückt auch die Sichtweise des Patienten vermehrt in den Mittelpunkt, da seine Mitarbeit von zentraler Bedeutung für den Rehabilitationserfolg ist.

Der Einfluss von Patientenerwartungen auf den Verlauf und das Ergebnis medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewinnt daher auch in der rehabilitationswissenschaftlichen Literatur vermehrt Beachtung.

Während in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung die Erhebung von Patientenerwartungen und die Entwicklung geeigneter Messinstrumente bereits seit längerer Zeit Gegenstand der Forschung sind, gibt es für andere Indikationsbereiche bisher nur wenige Studien, in denen die Patientenerwartungen an die stationäre Rehabilitation untersucht wurden. Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements für die kardiologische Rehabilitation wird seit einigen Jahren zudem die Bedeutung geschlechtsspezifischer Unterschiede für die Inanspruchnahme und den Erfolg kardiologischer Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne einer möglichen Unterversorgung von Frauen diskutiert.

Aus der Verknüpfung dieser beiden Aspekte miteinander entstand die Fragestellung der hier berichteten Arbeit, die im Rahmen des Forschungsprojektes „Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern“ (Förderkennzeichen: 01 GD 9809; Projektleiter Dr. Oskar Mittag) durchgeführt wurde. In der vorliegenden Arbeit „Erwartungen an die kardiologische Rehabilitation bei Frauen und Männern nach einem koronaren Erstereignis“ sollte ein erster Schwerpunkt in der Erfassung von Rehabilitationserwartungen und der Analyse geschlechtsspezifischer Erwartungsmuster liegen. Ein zweiter Schwerpunkt sollte sich mit dem Zusammenhang zwischen Erwartungen und Rehabilitationserfolg beschäftigen.

In einem prospektiven Längsschnittdesign wurden 310 Patienten (104 Frauen und 206 Männer) nach einem ersten Myokardinfarkt, erster PTCA oder Bypass-Operation zu drei Messzeitpunkten (T1: 2-3 Wochen nach dem Akutereignis; T2: 3 Monate nach dem Akutereignis; T3: 1 Jahr nach dem Ereignis) befragt.

Die Erwartungen der Patienten an eine bevorstehende Rehabilitation wurden zu T1 mit einer eigens für den Einsatz an kardiologischen Patienten erweiterten Fassung des Instrumentes von Deck et al. (1998b) erhoben; Daten zur Teilnahmeentscheidung und zu Aufklärung und Information wurden mittels eines strukturierten Interviews erfasst. Die Bewertung der Rehabilitation durch die Patienten erfolgte zu T2 mit Hilfe eines Fragebogens zur Erfüllung der Rehabilitationserwartungen und zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation. Zur Untersuchung der Prädiktoreignung von Rehabilitationserwartungen wurden die im Rahmen des Gesamtprojektes zu T3 erhobenen Outcome-Kriterien Lebenszufriedenheit, Wiederaufnahme der Arbeit, Lebensstiländerung und weiterer klinischer Verlauf herangezogen.

Der aus dem Instrument von Deck et al. (1998b) weiterentwickelte Fragebogen erwies sich unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen auch für die Erfassung von Erwartungen bei kardiologischen Akutpatienten als praktikabel.

Bis auf den Bereich *Beruf / Rente* waren die Erwartungen der Patienten durchweg hoch ausgeprägt - als wichtigste Erwartung vor Beginn der Rehabilitation fand sich die Hoffnung der Patienten auf positive Auswirkungen der Maßnahme für den Alltag (*Rehabilitationsziele*), weiterhin kristallisierten sich die Erwartungen an *medizinische Maßnahmen* sowie an *Ruhe und Erholung* als besonders bedeutend heraus. Ferner konnten Zusammenhänge zwischen Rehabilitationserwartungen und einigen soziodemographischen Merkmalen (Alter, Einkommen, Erwerbstätigkeit, Familienstand) festgestellt werden. Signifikante Geschlechtseffekte zeigten sich bei den vor der Rehabilitation geäußerten Erwartungen zwar bei einzelnen Items, jedoch nicht auf Skalenebene – dies unterstützt die Vermutung, dass Frauen und Männer allenfalls eine leicht unterschiedliche Präferenzstruktur aufweisen, dass sich ihre Erwartungshaltungen aber nicht grundsätzlich voneinander unterscheiden. Bei der Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme nach drei Monaten waren die Erwartungen der Patienten in den Bereichen *Ruhe / Erholung*, *Krankheitsbewältigung* und *Diagnose / Therapie* übertroffen worden, während die Erfahrungen in den vier anderen Dimensionen (*Rehabilitationsziele*, *-inhalte*, *-ablauf* und *Beruf / Rente*) hinter den Eingangserwartungen zurückblieben. Besonders groß war diese Erfüllungsdiskrepanz im Bereich „*Rehabilitationsziele*“, d.h. die von der Maßnahme erwarteten positiven Effekte blieben im Alltag weitgehend aus. Allerdings zeigen sich bei der Bewertung der Maßnahme signifikante Geschlechtsunterschiede - vor allem in den Bereichen *Ruhe / Erholung* und *Krankheitsbewältigung* wurde die Rehabilitationsmaßnahme den Bedürfnissen der Frauen eher gerecht. Bei der Analyse möglicher Prädiktoren des Rehabilitationsergebnisses zeigte sich, dass die vorbestehenden Rehabilitationserwartungen insgesamt nur sehr geringe Erklärungskraft für die einzelnen Outcome-Variablen hatten. Deutlich war dagegen der Einfluss bei „Nicht-erfüllt-werden“ der Erwartungen auf die beiden ausgewählten Zufriedenheitsparameter (Zufriedenheit mit der Rehabilitation; allgemeine Lebenszufriedenheit).

Hinsichtlich des Teilnahmewunschs der Patienten, der Rehabilitationsempfehlung durch die Klinikärzte sowie der tatsächlichen Teilnahmequote fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede – dies ist am ehesten durch die weitgehende Standardisierung des Rehabilitationszugangs in Deutschland zu erklären.

Überraschend hoch war das von den Patienten beklagte Informationsdefizit, so dass eine Intensivierung von Beratungsmaßnahmen im Vorfeld der Maßnahme unbedingt notwendig erscheint.

Insgesamt waren weniger geschlechtsspezifische Unterschiede nachweisbar, als zunächst aufgrund der Literaturrecherche vermutet wurden. Im Vergleich hierzu schien das Alter der Patienten eine weitaus wichtigere Determinante für die Rehabilitationserwartungen zu sein. Anscheinend sind an der Ausbildung von Rehabilitationserwartungen viele Komponenten beteiligt, zu denen neben soziodemographischen Merkmalen und personalen Wirkfaktoren (wie Depressivität und Coping-Stil) auch Indikation und Verlaufsform der Erkrankung gehören. Hierdurch lassen sich auch Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen verschiedener Erwartungsstudien erklären.

Mögliche Konsequenzen, die sich aus den erhobenen Befunden ableiten lassen, betreffen

- eine Intensivierung der Beratungsleistungen vor Beginn der Rehabilitation sowie evtl. Schulungen des beratenden Personals,
- eine verstärkte Individualisierung der Rehabilitationsprogramme und die Entwicklung von patientenzentrierteren Angeboten,
- die Entwicklung adäquater Nachsorgestrukturen zur Langzeitversorgung der Patienten.

Wesentliches Ziel der Rehabilitation im allgemeinen ist die Befähigung des Patienten zu Eigenverantwortlichkeit und Selbstmanagement - wesentliches Ziel der kardiologischen Rehabilitation im speziellen ist die Befähigung des Patienten zu einer dauerhaften Umsetzung der Lebensstiländerung im Rahmen der Sekundärprävention – hierfür ist die Kenntnis der Erwartungen und persönlichen Ziele des Patienten unverzichtbar.

8 Literaturverzeichnis

Ades, P.A., Waldmann, M.L., Polk, D.M. & Coflesky, J.T. (1992). Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged ≥ 62 years. *The American Journal of Cardiology*, 69, 1422-1425.

Altenhöner, T., Leppin, A., Grande, G. & Romppel, M. (2001). Die Bedeutung von Patienteneinstellungen für die Erreichung subjektiver Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation. In: DRV (Hrsg.), Bd. 26, Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis, 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12.-14. März 2001 in Halle / Saale, DRV: Frankfurt

Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.) (1980). *Lexikon der Psychologie.*, Freiburg i. Br.: Herder.

Arnstein, P.M., Florentino Buselli, E. & Rankin, S.H. (1996). Women and heart attacks: prevention, diagnosis, and care. *Nurse Practitioner*, 21 (5), 57-71.

Aschoff, R. & Schabacker, M. (1977). Stationäre Heilverfahren. Subjektive Einschätzung von Gesundheitszustand und Kurerfolg. *Medizinische Welt*, 28, 963-966.

Baberg, H.T., Jäger, D., Bojara, W., Lemke, B., von Dryander, S., de Zeeuw, J., Barmeyer, J. & Kugler, J. (2001). Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. *Gesundheitswesen*, 63, 297-301.

Badura, B. (1996). Systemprobleme in der Rehabilitation. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.-J., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.). *Neue Wege in der Rehabilitation* (S.12-19). Weinheim: Juventa.

Barth, M., Koch, U., Hoffmann- Markwald, A. & Wittmann, W.W. (1991). Das Antragsverhalten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation (Teil II) – Die Sicht der Versicherten. *Deutsche Rentenversicherung*, 2-3, No. 140, 120-140.

Beckmann, U. (1994). Methodische Ansätze zur internen Qualitätssicherung in der kardiologischen Rehabilitation. In: Müller-Farnow, W. (Hrsg.). *Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung* (S. 159-174)., Weinheim: Juventa.

Benesch, L. (1996). Kardiologische Rehabilitation: Eine Standortbestimmung. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.-J., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.). *Neue Wege in der Rehabilitation* (S. 91-99). Weinheim: Juventa.

Bergelt, C., Welk, H. & Koch, U. (2000). Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation*, 39, 338-349.

- Bjarnason-Wehrens, B. & Rost, R. (1999). Ambulante kardiale Rehabilitation der Phase II „Kölner Modell“. *Prävention und Rehabilitation*, 11 (3), 111-114.
- Bodenbender, W. (1996). Reformbedarf in der medizinischen Rehabilitation. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.-J., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.). *Neue Wege in der Rehabilitation* (S. 57-64). Weinheim: Juventa.
- Bohner, G. (2002). Einstellungen., In: Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M. (Hrsg.). *Sozialpsychologie* (S. 266-315), Berlin: Springer
- Boogard, M.A.K. (1984). Rehabilitation of the female patient after myocardial infarction. *Nursing Clinics of North America*, 19, 433 – 440.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (S.237-262), Berlin: Springer.
- Brezinka, V. & Kittel, F. (1995). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. *Social Science and Medicine*, 42, 1351-1365
- Brühl, A., Wirth, A., Lehr, D. & Feser, H. (1995). Erwartungserhebung innerhalb von Patientenbefragungen. In: DRV (Hrsg.) 5/95. *Zusammenarbeit von Forschung und Praxis*. 5. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 6.-8. März 1995 in Freyung, Frankfurt: DRV
- Budde, H.-G. (1984). Rehabilitation: Grundlagen und psychologische Methoden. In: Schmidt, L.R. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S.412 ff.), Stuttgart: Enke
- Bührlen-Armstrong, B., de Jager, U., Schochat, T. & Jäckel, W.H. (1998). Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen – Einfluß von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Meßzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. *Rehabilitation*, 37, Suppl. 1, 38-46.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000.*, URL: <http://www.bar-frankfurt.de/publik/publik> (aufgerufen am 06.04.04)
- BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2002). *Gesundheitsforschung – Forschung für den Menschen. Akutbehandlung und Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit – gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen?*, URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de> (aufgerufen am 19.01.04)
- Buschmann-Steinhage, R. (1996). Einrichtungen der Rehabilitation und ihre Aufgaben. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) *Rehabilitationsmedizin – Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten* (S. 73-89). München: Urban & Schwarzenberg.
- Cannistra, L.B., Balady, G.J., O'Malley, C.J., Weiner, D.A. & Ryan, T.J. (1992). Comparison of the clinical profile and outcome of women and men in

cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology*, 69, 1274-1279.

Carhart, R.L. & Ades, P.A. (1998). Gender differences in cardiac rehabilitation. *Cardiology Clinics*, 16, 37-43.

Conn, V.S., Taylor, S.G. & Abele, P.B. (1991). Myocardial infarction survivors: Age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1026-1034.

Deck, R. (2002). Erwartungen und Motivationen bei Rehabilitationspatienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.). *Motivation – Basis der Rehabilitation. Beiträge zur 20. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 2. bis 4. März 2001 im Rehazentrum Bad Eilsen der LVA Hannover (S. 90-117)*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Deck, R. (2001). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation unspezifischer Rückenschmerzen. In: Worringer U. & Zwingmann C. (Hrsg.), *Rehabilitation weiblich – männlich*, (S. 93-125), Weinheim: Juventa.

Deck, R., Zimmermann, M. & Raspe, H. (2000). Zufriedene oder unzufriedene Patienten: Welche Merkmale bestimmen die Zufriedenheit mit einer Rehabilitationsmaßnahme? In: DRV (Hrsg.), Bd. 20, *Individualität und Reha-Prozess*, 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13.-15. März 2000 in Würzburg, DRV: Frankfurt

Deck, R. (1999 a). Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation: Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Diss., Universität Marburg. Jacobs Verlag

Deck, R., Zimmermann, M. & Raspe, H. (1999 b). Erwartungen und Motivationen vor, während und nach Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten mit chronischen Dorsopathien in Schweden und Deutschland. Ergebnisse des deutschen Studienteils. Lübeck: Medizinische Universität, Institut für Sozialmedizin.

Deck, R., Zimmermann, M. & Raspe, H. (1999c). Berufsstatus 12 Monate nach einer Rehabilitationsmaßnahme: wie gut präzisieren rehabilitationsbezogene Erwartungen Frühberentung und Aufgabe der Arbeit. In: DRV (Hrsg.) Bd.12, *Reha-Bedarf - Effektivität - Ökonomie*, 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 1999 auf Norderney, Frankfurt: DRV.

Deck, R., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998 a). Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6 (3), 101-108.

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998 b). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*, 37, 140-146.

DÄB (2004). *Deutsches Ärzteblatt – Bekanntgaben der Herausgeber: Anlage 3. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und*

Gesundheit (ICF). Deutsches Ärzteblatt, 101 (17), A1198-A1200.

DGPR (2003). Die DGPR. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V., URL: http://www.herzgruppen-sh.de/die_dgpr.htm, (aufgerufen am 27.08.03)

DGPR (2002). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 4) Edukative Ebene. Zeitschrift für Kardiologie, 91, 99-102.

DGPR (2000a). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 3) Soziale Ebene. Herz Kreislauf, 32, 378-380.

DGPR (2000b). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 2) Psychische Ebene. Herz Kreislauf, 32, 294-297.

DGPR (2000c). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 1) Somatische Ebene. Herz Kreislauf, 32, 141-145.

Denolin, H. (1986). Changing patterns in rehabilitative care. In: Wenger, N.K. (ed.). Rehabilitation, a component of comprehensive cardiac care. Bibliotheca cardiologica, 40, 1-7, Basel: Karger.

Dierks, M.-L., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W. & Haase, I. (1995 a). Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung. Ergebnisse einer Pilotstudie (Teil 1). Niedersächsisches Ärzteblatt, 68 (11), 3-5.

Dierks, M.-L., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W. & Haase, I. (1995 b). Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung. Ergebnisse einer Pilotstudie (Teil 2). Niedersächsisches Ärzteblatt, 68 (12), 17-20.

Duden (2001a). Das Herkunftswörterbuch: Etymologie der deutschen Sprache, Bd.7, Mannheim: Dudenverlag.

Duden (2001b). Das Fremdwörterbuch, Bd. 5, Mannheim: Dudenverlag.

Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary disease patients. Health Psychology, 18 (5), 506-519.

Ende, J., Kazis, L., Ash, A. & Moskowitz, M.A. (1989). Measuring patients' desire for autonomy. Decision making and information-seeking preferences among medical patients. Journal of General Internal Medicine, 4, 23-30.

Engelhardt, K. (1987). Das Krankheitsverständnis des Patienten und seine Erwartungshaltung. In: Engelhardt, K., Wirth, A. & Kindermann, L.. Kranke im Krankenhaus: Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwiss.-techn. Medizin (S. 120-145)., Stuttgart: Enke.

- Engelhardt, D. von (1990). 100 Jahre Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung (9-10), 572-588.
- Evenson, K.R., Rosamond, W.D. & Luepker, R.V. (1998). Predictors of outpatient cardiac rehabilitation utilization: The Minnesota Heart Survey Registry. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18, 192-198.
- Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B. (2000). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation*, 39, 205-214.
- Faller, H. & Vogel, H. (1997). Patientenerwartungen und Krankheitsbewältigung in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen. In: Bürckstümmer, E., Hoener, A., Keller, U. & Würthner, K. (Hrsg.). *Rehabilitation quo vadis*. (S. 42-59). Regensburg: S. Roderer-Verlag.
- Faller, H. (1989). Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarktes. In: Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. (S. 49-59) Stuttgart: Huber.
- Faller, H. (1988). Erwartungen an die Herzinfarkt-rehabilitation aus Sicht der Patienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 3, 210-218.
- Fleury, J. & Cameron-Go, K. (1997). Women`s rehabilitation and recovery. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 9, 577-587.
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test.
- Franz, I.-W. (1996). Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) *Rehabilitationsmedizin – Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten* (S. 135-185). München: Urban & Schwarzenberg.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Prince, R.H., Verrier, P., Garber, R.A., Juneau, M., Wolfson, C. & Bourass, M.G. (1997). Randomised trial of home-based psychological nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350, 473-479.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe) 2004. URL: <http://www.gbe-bund.de> (aufgerufen am 21.06.2004)
- Ginzel, A.R. (1996). Women`s compliance with cardiac rehabilitation programs. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 11, 30-35.
- Graf, U. (1989). Erwartungen an die Kur und kurzfristige Anpassungen an die Kurbedingungen. Diss., Universität Freiburg.
- Grande, G., Leppin, A., Romppel, M. Althenhöner, T. & Mannebach, H. (2002 a). Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland

geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen?. *Rehabilitation*, 41, 320-328.

Grande, G., Leppin, A., Mannebach, H., Romppel, M. & Altenhöner, T. (2002 b). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation. Abschlußbericht. Universität Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Grande, G. & Badura, B. (2001). Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive. Frankfurt / Main: VAS.

Grande, G., Schott, T. & Badura, B. (1998). Die kardiologische Rehabilitation: Entwicklung, Konzepte, Maßnahmen und Erfolge. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 126-136.

Gülich, M. (1996). Sind individuelle Therapieziele einer explorativen Analyse zugänglich ? In: DRV (Hrsg.) 5/96. Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4.-6. März 1996 in Bad Säckingen, Frankfurt: DRV.

Häcker, H. & Stapf, K.H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.

Härtel, U., Gehring, J.; Klein, G. & Weber, R. (2002). Untersuchung geschlechtsspezifischer, biomedizinischer und psychosozialer Einflüsse auf den langfristigen Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit akuter koronarer Herzkrankheit. Anschlussvorhaben mit Interventionsstudie. In BMBF & VDR (Hrsg.), Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde (S.30). Bonn / Frankfurt: DLR / VDR (Broschüre).

Härtel, U. (2000). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation: Das Beispiel koronare Herzkrankheit. In: Bengel, J. & Koch U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S.215-238). Berlin: Springer.

Härter, M. & König, M. (1995). Erwartungen von Patienten mit Dorsopathien an die Rehabilitation: Ein Beitrag zur Therapiezieldefinition und Behandlungsplanung. In: DRV (Hrsg.) 5/95. Zusammenarbeit von Forschung und Praxis. 5. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 6.-8. März 1995 in Freyung, Frankfurt: DRV.

Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. & Bengel, J. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Rehabilitation*, 40, 3-11.

Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 12, 1-10.

Hafen, K., Bengel, J., Nübling, R. & Jastrebow, J. (1999). Indikatoren der Reha-Motivation. In: DRV (Hrsg.) Bd.12, Reha-Bedarf – Effektivität - Ökonomie, 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 1999 auf Norderney, Frankfurt: DRV.

- Halhuber, C. (1992). Klinische Rehabilitationskonzepte: Kardiologie. In: BfA (Hrsg.): Rehabilitation 1992 (S.127-141). Berlin: BfA.
- Halm, M., Penque, S., Doll, N. & Beahrs, M. (1999). Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 13 (3), 83-92.
- Haupt, E. (1992). Rehabilitationskonzepte und ihre Weiterentwicklung. In: BfA (Hrsg.): Rehabilitation 1992 (S.105-112). Berlin: BfA
- Haupt, E. & Delbrück, H. (1996). Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.). *Rehabilitationsmedizin – Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten* (S. 15-24). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hoffmann-Markwald, A. & Koch, U. (1994). Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus Experten- und Versichertensicht. In: Müller-Farnow, W. (Hrsg.). *Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung* (S. 25-36), Weinheim: Juventa.
- Jacob, G., Scheck, C. & Bengel, J. (2001). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Zusammenhänge mit Depressivität, Lebenszufriedenheit, subjektiver Gesundheit und Erwartungen. In: DRV (Hrsg.) Bd.26, *Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis*, 10. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12.-14. März 2001 in Halle / Saale*, Frankfurt: DRV.
- Jäger, H. (1999). Stärkung der Patientenposition – Eine neue Herausforderung im Gesundheitswesen. *Gesundheitswesen*, 61, 269-273.
- Jochheim, K.-A. (1996). Historische Entwicklung der Rehabilitation. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) *Rehabilitationsmedizin – Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten* (S. 607-612). München: Urban & Schwarzenberg.
- Jolliffe, J.A., Rees, K., Taylor, R.S., Thompson, D., Oldridge, N. & Ebrahim, S. (2003). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update software.
- Karoff, M. (Hrsg.) (1999). *Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation: am Beispiel der Klinik Königsfeld der LVA Westfalen*. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.
- Karoff, M. & Röseler, S. (1997). Flexibilisierung in der kardiologischen Rehabilitation am Beispiel des Königsfelder (Ennepetal) Modells. *Versicherungsmedizin*, 49, 14-19.
- Keck, M. & Budde, H.-G. (1997). Soziale Situation, Nachsorgeverhalten und Befinden chronisch herzkranker Frauen nach stationärer kardiologischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 40, 25-33.

- Kolenda, K.-D. (1997). Was wird aus der Rehabilitation?. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 50 (1), 11-14.
- Krischke, N., Niebrügge, S., Petermann, F. & Schuler, O. (1996 a). Prädiktoren für den Erfolg stationärer medizinischer onkologischer Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 8, 109-117.
- Krischke, N., Niebrügge, S. & Petermann, F. (1996 b). Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung der Lebensqualität, Programmerwartung und – beurteilung von Krebspatienten. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 35, 186-193.
- Kühn, A., Pannicke, L., Mohs, A. & Schneider, H. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation – Erste Ergebnisse der Skalenentwicklung. Rehabilitation, 40, 165-174.
- Lachwitz, K., Schellhorn, W. & Welti, F. (Hrsg.) (2001). SGB IX-Rehabilitation: Textausgabe des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen., Neuwied: Luchterhand
- Lavie, C.J. & Milani, R.V. (1995). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics and quality of life in women. The American Journal of Cardiology, 75, 340-343.
- Lehr, D., Krause, H., Niebrügge, S., Bartram, M. & Wirth, A. (1996). Behandlungserwartungen von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen an die stationäre Rehabilitation. In: DRV (Hrsg.), Bd. 6, Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4.-6. März 1996 in Bad Säckingen, Frankfurt: DRV.
- Liebeck, H. (1984). Erwartungen von Patienten an einen Kuraufenthalt. Öffentliches Gesundheitswesen, 46, 217-221.
- Liebermann, L., Meana, M. & Stewart, D. (1998). Cardiac rehabilitation: Gender differences in factors influencing participation. Journal of Women's Health, 7, 717-723.
- Limacher, M.C. (1998). Exercise and rehabilitation in women. Cardiology Clinics, 16 (1), 27-36.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and Medicine, 16, 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Research note. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. Social Science and Medicine, 16, 583-589.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen:

Hogrefe.

Mc Hugh Schuster, P. & Waldron, J. (1991). Gender differences in cardiac rehabilitation patients. *Rehabilitation Nursing*, 16 (5), 248-253.

Mittag, O. (2003). Ergebnisse zur Versorgungsqualität in der kardiologischen Rehabilitation bei Frauen und Männern: Sind Frauen benachteiligt? *Rehabilitation*, 42, 204-210.

Mittag, O. (2002). Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern. B1-Projekt im NVRF (1. Förderphase) – Abschlußbericht., Lübeck: Medizinische Universität, Institut für Sozialmedizin

Moore, S.M. (1996). Women`s view of cardiac rehabilitation programs. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 123-129.

Moore, S.M. & Kramer, F.M. (1996). Women`s and men`s preferences for cardiac rehabilitation program features. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 163-168.

Muthny, F.A. (1989). Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim: Beltz.

Nübling, R. (1992). Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt/ Main: VAS

Olandt, H. & Krentz, H. (1998). Patientenzufriedenheit – subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. *Gesundheitswesen*, 60, 721-728.

Oldridge, N.B., Guyatt, G.H., Fischer, M.E. & Rimm, A.A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomised trials. *Journal of the American Medical Association*, 260, 945-950.

Orde, A. vom, Schott, T. & Iseringhausen, O. (2002). Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen – Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Rehabilitation*, 41, 119-129.

Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L. W., Billings, J.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A., Mclanahan, S.M., Kirkeeide, R.L., Brand, R.J. & Gould, K.L. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336, 129-133.

Petermann, F. & Koch, U. (1998). Rehabilitationsforschung – welchen Beitrag kann die Gesundheitspsychologie leisten? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6 (3), 151-156.

Petermann, F., Niebank, K. & Bergmann, K.-C. (1996). Patientenerwartungen an die pneumologische Rehabilitation. *Rehabilitation*, 35, 224-227.

- Peters, M. & Löwenberg, H. (1993). Erwartungen an die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 39, 38-50.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie* (S. 45f.). Weinheim: Beltz.
- Placzek, T. (2001). *Patientenerwartungen und Patientenziele in der Rehabilitation – Inwieweit beeinflussen die Erwartungen und Ziele der Rehabilitanden den Erfolg der Behandlung?* Diss., Universität Würzburg.
- Polewka, M., Prostka, W. & Jacobi, C. (1995). Motivation und Ergebnisqualität. Zusammenhänge zwischen Eingangsmotivation und Therapieergebnissen bei Patienten einer verhaltensmedizinisch-psychosomatischen Fachklinik. In: DRV (Hrsg.) 5/95. *Zusammenarbeit von Forschung und Praxis. 5. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 6.-8. März 1995 in Freyung*, Frankfurt: DRV.
- Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U. & Meier-Rebentisch, K. (1996). Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator?, *Gesundheitswesen*, 58, 372-378.
- Reinhardt, G., Seidel, H.-J., Sonntag, H.-G., Gaus, W., Hingst, V. & Mattern, R. (1998). *Sozialmedizinische Probleme der Rehabilitation*. In: Bob, A. & Bob, K. (Hrsg.). *Ökologisches Stoffgebiet. Duale Reihe*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Riedel, W.-P. (1989). *Therapiemotivation und Therapieerfolg: Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Romppel, M., Krause, H., Grande, G. & Leppin, A. (2000). *Wodurch wird die Empfehlung des Arztes zur Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme beeinflusst?* In: DRV (Hrsg.), *Bd. 20, Individualität und Reha-Prozess, 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13.-15. März 2000 in Würzburg*, DRV: Frankfurt.
- Scheuermann, W. & Ladwig, K.-H. (1998). *Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung*. *Zeitschrift für Kardiologie*, 87, 528-536.
- Schliehe, F. & Müller, D. (1996). *Neue Wege in der Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung*. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.-J., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.). *Neue Wege in der Rehabilitation* (S. 235-248). Weinheim: Juventa.
- Schmidt, B., Kolip, P. & Greitemann, B. (2000). *Geschlechtsspezifische Unterschiede in der stationären kardiologischen Rehabilitation*. In: DRV (Hrsg.), *Bd. 20, Individualität und Reha-Prozess, 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13.-15. März 2000 in Würzburg*, DRV: Frankfurt.

- Schneider, W., Beisenherz, B. & Freyberger, H.J. (1990). Therapy expectation in different groups of patients with chronic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 1-7.
- Schneider, K. & Schmalt, H.-D. (2000). *Motivation* (S. 11ff.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schott, T. (1996). *Rehabilitation und die Wiederaufnahme von Arbeit: eine sozioepidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankung bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit*. Weinheim: Juventa.
- Schubmann, R., Vogel, H., Soergel, T. & Placzek, T. (2000). *Kardiologische Rehabilitation – Erwartungen und Einschätzungen von Patienten*. In: DRV (Hrsg.), Bd. 20, *Individualität und Reha-Prozess*, 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13.-15. März 2000 in Würzburg, DRV: Frankfurt
- Schuler, G. & Hambrecht, R. (1998). *Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung. Die Rolle der Rehabilitation*. *Deutsches Ärzteblatt*, 95, A-1233-1240 [Heft 20].
- Schuler, G., Hambrecht, R., Schlierf, G., Niebauer, J., Hauer, K., Neumann, J., Hoberg, E., Drinkman, A., Bacher, F., Grunze, M. & Kübler, W. (1992). Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17, 157-162.
- Schwager, H.J. (1996). „Rehabilitation“ – dient der Begriff noch einer Verständigung?. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.-J., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.). *Neue Wege in der Rehabilitation* (S. 29-55). Weinheim: Juventa.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Seidel, H.J. (1999). *Sozialmedizin*. In: Gaus, W., Hingst, V.; Mattern, R.; Reinhardt, G.; Seidel, H.J. & Sonntag, H.-G.. *Ökologisches Stoffgebiet* (Teil C, S. 254-263), Stuttgart: Hippokrates-Verlag
- Statistisches Bundesamt (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*. URL: <http://www.gbe-bund.de/ergebnisse.prc> (aufgerufen am 27.08.03).
- Tegtbur, U., Busse, M.W., Tewes, U. & Brinkmeier, U. (1999). *Ambulante Langzeitrehabilitation von Herzpatienten*. *Herz*, 24 Suppl. I, 89-96.
- Thomas, R.J., Houston Miller, N., Lamendola, C., Berra, K., Hedbäck, B., Durstine, J.L. & Haskell, W. (1996). National survey on gender differences in cardiac rehabilitation programs. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 402-412.
- Thomeit, W. (1999). *Informationsstand und Einstellungen zur Rehabilitation in der Bevölkerung*. *Rehabilitation*, 38, Suppl. 2, 116-121.

Tiedt, G. (1996). Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) Rehabilitationsmedizin – Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten (S.27-50). München: Urban & Schwarzenberg.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004). Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2003. URL: <http://www.vdr.de/vdr/stat-akt.nsf> (aufgerufen am 21.06.2004)

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1992). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung: Bericht der Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Frankfurt: VDR.

Vogel, H., Faller, H., Zimmermann, R. & Holderied, A. (1997). Ärztliche Einstellungen zu Anschlußheilbehandlungen bei Herzinfarktpatienten. Prävention und Rehabilitation, 9 (4), 139-146.

Vogel, H., Tuschoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung (11), 751-765.

Weidemann, H., Halhuber, M.J., Gehring, J., Keck, M., Matthes, P., Hofmann, H., Brusis, O. & Held, K. (1991). Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.: Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO. Herz / Kreislauf, 23, 337-341.

Weiner, B. (1992). Human Motivation. Metaphors, Theories, and Research. (S. 343 ff.), Newsbury Park, California: SAGE Publications

Welti, F. & Raspe, H. (2004). Zur Feststellung von individuellem Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Deutsche Rentenversicherung (1-2), 76-96.

Welti, F.(2003). SGB IX: Neues Fundament für die medizinische Rehabilitation. Tagung der LVA Schleswig-Holstein, 16.01.2003.

Wendt, T., Busch, B., Crespo, U., Edelmann, A., Falkenbach, A., Gilbert, K., Heun, I. & Winten, G. (1999). Ambulante Phase- II- Rehabilitation Herzkranker an einem im Ballungsraum Rhein-Main gelegenen Akutkrankenhaus: das Frankfurter Modell. Herz, 24 Suppl. I, 24-31.

Wenger, N.K. (1994). Coronary heart disease in women: Gender differences in diagnostic evaluation. Journal of the American Medical Women's Association, 49, 181-185, 197.

WHO (1993). Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. (S. 5 ff.) Report on two WHO Consultations: Udine (Italy), 28.-30.4.1992, Tours (France) 09.07.1992. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Wille, G. (1992). Medizinische Rehabilitation – mehr als ein punktuelles Ereignis. In: BfA (Hrsg.). Rehabilitation 1992 (S.25-43). Berlin: BfA
- Wirth, A. (1990). Rehabilitation statt Kur. Deutsches Ärzteblatt, 87, B 1628-1630.
- Wirth, A. (1995). Kur oder Rehabilitation?. Deutsches Ärzteblatt, 92, A-582-587.
- Zeithaml, V. & Bitner, M.J. (1996). Service marketing. New York: Mc Graw Hill
- Zenz, H., Bischoff, C., Fritz, J., Duvenhorst, W. & Keller, K. (1989). Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. (S. 148- 160) Stuttgart: Huber.
- Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (1999). Psychologie. Berlin: Springer.

FRAGEBOGEN ERWARTUNGEN PRETEST I (SEITE 1)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten an eine Rehabilitationsmaßnahme nach Herzinfarkt oder Bypass-Operation beschreiben. Sicherlich haben auch Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an eine Rehabilitationsmaßnahme. Und sicherlich haben Sie auch bestimmte Vorstellungen davon, was eine Rehabilitationsmaßnahme langfristig bewirken soll (z.B. im nächsten Jahr in Beruf und Alltag).

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

Angaben zur Person

Geschlecht: m [] w []
 Alter: Jahre

Wohlbefinden , Erholung

	stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...				
1. ich Abstand vom Alltag gewinne.....	[]	[]	[]	[]
2. ich mich erhole.....	[]	[]	[]	[]
3. ich mich eine Zeitlang um nichts kümmern muß	[]	[]	[]	[]
4. der Ort ansprechend ist (z.B. Lage, Umgebung, Ausflugsmöglichkeiten etc.).....	[]	[]	[]	[]
5. es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas zu unternehmen (z.B. Cafes, Geschäfte, Musik)	[]	[]	[]	[]

Krankheitsbewältigung

Ich hoffe/ ich erwarte, daß...				
1. ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.....	[]	[]	[]	[]
2. mein Selbstvertrauen gestärkt wird und daß man mir Mut macht.....	[]	[]	[]	[]
3. ich Streß aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	[]	[]	[]	[]
4. ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.....	[]	[]	[]	[]

Beruf,Rente

Ich hoffe/ ich erwarte, daß...				
1. man mir bei arbeits-und sozialrechtlichen Fragen hilft	[]	[]	[]	[]
2. man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.....	[]	[]	[]	[]
3. ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.....	[]	[]	[]	[]
4. man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.....	[]	[]	[]	[]
5. man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. für die häusliche Pflege berät.....	[]	[]	[]	[]

FRAGEBOGEN ERWARTUNGEN PRETEST I (SEITE 2)**Diagnose, Therapie**

	stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...				
1. man weitere Untersuchungen (z.B. Herzkatheter, EKG Ultraschall etc.) durchführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ich Medikamente bekomme, die meinen Zustand verbessern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. meine körperliche Belastbarkeit getestet wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rehabilitationsablauf

Ich hoffe / ich erwarte, daß ...

1. ich das Trainings-und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. meine Familie/ mein(e) Partner(in) in das Rehabilitations- programm einbezogen wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. meine Fortschritte überprüft und besprochen werden...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse erst einmal alles auf mich zukommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rehabilitationsinhalte

Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...

1. ich körperlich sehr gefordert werde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. das Trainingsprogramm nicht zu beschwerlich und anstrengend ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. die Übungen leicht zu erlernen sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich lerne, mich zu entspannen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ich lerne, gesünder zu leben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. mehr Gespräche und Beratungen als körperliche Trainingsstunden stattfinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rehabilitationsziele

Ich hoffe/ich erwarte, daß ...

1. ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ich bald wieder wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich die Therapien nach Abschluß der Rehabilitation im Alltag umsetzen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls sie weitere Wünsche und Erwartungen an eine Rehabilitationsmaßnahme haben, die bisher noch nicht genannt wurden, teilen Sie uns diese doch bitte ebenfalls mit:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank!

FRAGEBOGEN ERWARTUNGEN PRETEST II (SEITE 1)**Erwartungen**

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten an eine Rehabilitationsmaßnahme nach Herzinfarkt oder Bypass-Operation beschreiben. Sicherlich haben auch Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an eine Rehabilitationsmaßnahme. Und sicherlich haben Sie auch bestimmte Vorstellungen davon, was eine Rehabilitationsmaßnahme langfristig bewirken soll (z.B. im nächsten Jahr in Beruf und Alltag).

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

Angaben zur Person

Geschlecht: m [] w []
 Alter: Jahre

Wohlbefinden , Erholung

	stimmt Genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Ich hoffe/ ich erwarte, daß...				
1. ich Abstand vom Alltag gewinne.....	[]	[]	[]	[]
2. ich mich erhole.....	[]	[]	[]	[]
3. ich mich eine Zeitlang um nichts kümmern muß.....	[]	[]	[]	[]
4. der Ort ansprechend ist (z.B. Lage, Umgebung, Ausflugsmöglichkeiten etc.).....	[]	[]	[]	[]
5. es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas zu unternehmen (z.B. Cafes, Geschäfte, Musik	[]	[]	[]	[]

Krankheitsbewältigung

Ich hoffe/ ich erwarte, daß...

1. ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.....	[]	[]	[]	[]
2. mein Selbstvertrauen gestärkt wird und daß man mir Mut macht.....	[]	[]	[]	[]
3. ich Streß aus Haushalt und Beruf abbauen kann.....	[]	[]	[]	[]
4. ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.....	[]	[]	[]	[]

Beruf,Rente

Ich hoffe/ ich erwarte, daß...

1. man mir bei arbeits-und sozialrechtlichen Fragen hilft.....	[]	[]	[]	[]
2. man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.....	[]	[]	[]	[]
3. ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.....	[]	[]	[]	[]
4. man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.....	[]	[]	[]	[]
5. man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. für häusliche Pflege berät.....	[]	[]	[]	[]

FRAGEBOGEN ERWARTUNGEN PRETEST II (SEITE 2)**Diagnose, Therapie**

	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...				
1. man weitere Untersuchungen (z.B. Herzkatheter, EKG, Ultraschall etc.) durchführt	[]	[]	[]	[]
2. ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige.....	[]	[]	[]	[]
3. die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden.....	[]	[]	[]	[]
4. man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet.....	[]	[]	[]	[]

Rehabilitationsablauf

Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...				
1. ich das Trainings-und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.....	[]	[]	[]	[]
2. meine Familie/ mein(e) Partner(in) in das Rehabilitations- programm einbezogen werden.....	[]	[]	[]	[]
3. man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert.....	[]	[]	[]	[]
4. Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal alles auf mich zukommen.....	[]	[]	[]	[]

Rehabilitationsinhalte

Ich hoffe/ ich erwarte, daß ...				
1. ich körperlich sehr gefordert werde.....	[]	[]	[]	[]
2. ich psychologisch betreut werde.....	[]	[]	[]	[]
3. ich ein Entspannungstraining erlerne.....	[]	[]	[]	[]
4. ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne.....	[]	[]	[]	[]
5. ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme	[]	[]	[]	[]

Rehabilitationsziele

Im Folgenden sind verschiedene Erwartungen noch einmal zusammengefaßt.

Wenn für Sie die Erwartung überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte das Kästchen [0] an.

Wenn die Erwartung für Sie ganz stark zutrifft, kreuzen Sie [10] an.

Sonst kreuzen Sie eine entsprechende Zahl dazwischen an.

Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, daß.....

1. sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
erwarte ich
überhaupt nicht
erwarte ich ganz stark

FRAGEBOGEN ERWARTUNGEN PRETEST II (SEITE 3)

Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, daß...

2. ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
erwarte ich erwarte ich
überhaupt nicht ganz stark

3. ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
erwarte ich erwarte ich
überhaupt nicht ganz stark

4. ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
erwarte ich erwarte ich
überhaupt nicht ganz stark

5. ich nach der Rehabilitation ein gesundes Leben führe.

[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
erwarte ich erwarte ich
überhaupt nicht ganz stark

Falls Sie noch weitere Wünsche und Erwartungen an eine
Rehabilitationsmaßnahme haben, die bisher noch nicht genannt wurden, teilen
Sie uns diese doch bitte ebenfalls mit:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank !

FRAGEBOGENTEIL ERWARTUNGEN AN DIE REHABILITATION: HAUPTUNTERSUCHUNG (T1)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten an eine Rehabilitationsmaßnahme nach Herzinfarkt oder Bypass-Operation beschreiben. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen der Reihe nach durch und kreuzen Sie bei jeder Aussage an, in welchem Maße die genannten Erwartungen und Wünsche auf Sie zutreffen.

Bitte beantworten Sie diese Fragen auch dann, wenn bei Ihnen derzeit keine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme geplant ist.

30. Ich hoffe / ich erwarte, daß ...

	stimmt genau		stimmt überhaupt nicht	
Ich Abstand vom Alltag gewinne	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich mich erhole	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich mich eine Zeitlang um nichts kümmern muß	(1)	(2)	(3)	(4)
Der Ort ansprechend (z.B. Lage, Umgebung, Ausflugsmöglichkeiten etc.)	(1)	(2)	(3)	(4)
Es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas zu unternehmen (z.B. Cafes, Geschäfte, Musik)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme	(1)	(2)	(3)	(4)
Mein Selbstvertrauen gestärkt wird und daß man mir Mut macht	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich Streß aus Haushalt und Beruf abbauen kann	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen	(1)	(2)	(3)	(4)
Man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft	(1)	(2)	(3)	(4)
Man mir bei einer Rentenantragstellung hilft	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme	(1)	(2)	(3)	(4)
Man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät	(1)	(2)	(3)	(4)
Man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. für die häusliche Pflege berät	(1)	(2)	(3)	(4)
Man weitere Untersuchungen (z.B. Herzkatheter, EKG, Ultraschall etc.) durchführt	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige	(1)	(2)	(3)	(4)
Die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden	(1)	(2)	(3)	(4)
Man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann	(1)	(2)	(3)	(4)
Meine Familie/ mein Partner in das Rehabilitationsprogramme einbezogen werden	(1)	(2)	(3)	(4)
Man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und ich mich über meine Fortschritte informiert	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich körperlich sehr gefordert werde	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich psychologisch betreut werde	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich ein Entspannungstraining erlerne	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme	(1)	(2)	(3)	(4)

**FRAGEBOGENTEIL ERWARTUNGEN AN DIE REHABILITATION (ZIELE):
HAUPTUNTERSUCHUNG (T1)**

Im Folgenden sind verschiedene Erwartungen noch einmal zusammengefaßt. Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Maße die genannten Erwartungen und Wünsche auf Sie zutreffen.

31. Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, daß ...

erwarte ich
überhaupt nicht

erwarte ich
ganz stark

Sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ich nach der Rehabilitation ein gesundes Leben führe	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

LEITFADEN INTERVIEW SEITE 1: HAUPTUNTERSUCHUNG (T1)

Forschungsprojekt „Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster PTCA oder ACVB-Op bei Frauen und Männern mit/ ohne Rehabilitation...“

Interview

1. Ihr stationärer Aufenthalt in dieser Klinik wird in absehbarer Zeit zu Ende sein.
Ist bisher die Möglichkeit einer Rehabilitationsbehandlung angesprochen worden?

Ja
Nein

2. Wurde Ihnen eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen und als wie dringlich/intensiv haben sie diese Empfehlung empfunden?

Von einer Teilnahme wurde eindringlich abgeraten
Die Teilnahme wurde nicht empfohlen
Die Teilnahme wurde mäßig empfohlen
Die Teilnahme wurde ausdrücklich empfohlen
Die Teilnahme wurde eindringlich empfohlen

3. Falls ja, von wem kam der erste Anstoß/ die erste Anregung über eine Rehabilitationsmaßnahme zu sprechen?

Klinikerzt
Pflegepersonal
Sozialarbeiter/in
von Ihnen
Freunde/ Bekannte/ Angehörige
andere

4. Woher stammen Ihre bisherigen Informationen über Sinn und Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme?

Reihenfolge der
drei wichtigsten Informationsquellen

Klinikerzt	<input type="checkbox"/>	...
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	...
weiteres mediz. Personal	<input type="checkbox"/>	...
Familie/ Partner	<input type="checkbox"/>	...
Freunde/ Bekannte	<input type="checkbox"/>	...
Mitpatienten	<input type="checkbox"/>	...
Medien/öffentl.Berichterstattung	<input type="checkbox"/>	...
Andere	<input type="checkbox"/>	...

LEITFADEN INTERVIEW SEITE 2: HAUPTUNTERSUCHUNG (T1)

5. Wurden Sie über die Voraussetzungen/ das weitere Verfahren zu einer AHB informiert?

Nein, überhaupt nicht
 Informationen nicht ausreichen
 Ja, ausreichende Informationen

6. Haben Sie früher schon einmal an einer Kur-/Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

Ja ggf. Grund/ Indikation:
 Nein

7. Was ist Ihrer Meinung nach der wichtigste Grund für eine Rehabilitationsmaßnahme?

		Reihenfolge der drei wichtigsten Gründe
Körperliche Leistungsfähigkeit wiederherstellen	<input type="checkbox"/>	...
Wiedereingliederung ins Berufsleben	<input type="checkbox"/>	...
Wiedereingliederung in den Alltag	<input type="checkbox"/>	...
Weitere medizinische Diagnostik und Therapie	<input type="checkbox"/>	...
Psychologische Betreuung/ Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	...
Gesundheitsberatung/ Erlernen eines gesünderen Lebensstils	<input type="checkbox"/>	...
Andere:.....	<input type="checkbox"/>	...

8. Wer oder was wird für Sie den größten Einfluß auf Ihre Entscheidung über eine Teilnahme haben?

		Rangfolge
Rat der Klinikärzte	<input type="checkbox"/>	...
Rat des Hausarztes	<input type="checkbox"/>	...
Rat des Lebenspartners/ der Familie	<input type="checkbox"/>	...
Rat von Bekannten/ Angehörigen/ Mitpatienten	<input type="checkbox"/>	...
eigene frühere Kur-/Reha-Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	...
Lage der Klinik bzw. Entfernung vom Heimatort	<input type="checkbox"/>	...
Zwänge aufgrund Ihrer familiären oder beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>	...
Andere:	<input type="checkbox"/>	...

9. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt entscheiden müssten, würden Sie an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen?

Ja, würde eher teilnehmen wollen
 Nein, würde eher nicht teilnehmen wollen

10. Berufliche Tätigkeit:

ggf. Beschreibung der Tätigkeit:

INFORMATIONSSCHREIBEN

Dr. Oskar Mittag (Diplom-Psychologe)
Barbara Horres-Sieben (Ärztin)
Mühlenberg-Klinik der LVA
23714 Bad Malente

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir führen an verschiedenen Kliniken eine wissenschaftliche Untersuchung bei PatientInnen nach einem Herzinfarkt bzw. nach einer Bypass-Operation oder einer PTCA („Ballondilatation“) durch. In dieser Studie wollen wir unterschiedliche Einflüsse auf die Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit untersuchen. Wir erhoffen uns davon eine weitere Verbesserung der Rehabilitation von Menschen, die einen Herzinfarkt erlitten haben oder am Herzen operiert wurden. Das Forschungsprojekt wird von der Bundesregierung (BMBF) sowie von den Trägern der Rentenversicherungen (VDR) gefördert.

Wir bitten Sie heute um Ihre Mitarbeit bei dieser Studie!

Die Untersuchung umfaßt das Ausfüllen eines Fragebogens während Ihres Aufenthaltes hier in der Klinik. Außerdem werden wir Sie noch einmal in 3 sowie in 12 Monaten mit einem kurzen Fragebogen um Angaben zu Ihrem Befinden und Ihrer Lebens- und Arbeitssituation bitten. Auch Ihr Hausarzt soll nach seiner Einschätzung Ihrer gesundheitlichen Situation befragt werden. Ganz eventuell würden wir Sie auch noch einmal in fünf Jahren mit einem kurzen Fragebogen anschreiben; das steht aber heute noch nicht fest und hängt von der weiteren Förderung der Studie ab.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Befragung freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis auch jederzeit während der ganzen Dauer der Untersuchung widerrufen. Wenn sie nicht teilnehmen wollen, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. **Die medizinischen Untersuchungen und Behandlungen sowie alle sonstigen Therapien sind in keiner Weise durch die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Untersuchung berührt.**

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Forderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden erfüllt. Alle Unterlagen, die eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person erlauben könnten, werden nach Abschluß der Studie vernichtet.

Die Befragung ist an Ihre ausdrückliche Einwilligung gebunden. Wenn sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

(Dr. Oskar Mittag)

FRAGEBOGENTEIL ABLEHNUNGS- BZW. HINDERUNGSGRÜNDE: HAUPTUNTERSUCHUNG (T2)

Es folgen nun Fragen zum weiteren Verlauf nach Ihrem Aufenthalt im Krankenhaus vor etwa drei Monaten.

11. Haben Sie nach Ihrem Aufenthalt im Akutkrankenhaus an einer Rehabilitationsbehandlung (AHB) teilgenommen?

Nein	0	Frage 12
Ja, in einer Rehabilitationsklinik (stationär)	0	Frage 13
Ja, in einer ambulanten oder teilstationären Maßnahme	0	Frage 13

Sofern Sie die letzte Frage (Frage 11) mit „nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 12. Wenn Sie dagegen an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, fahren sie bitte mit Frage 13 fort.

12. Falls Sie nicht an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, welche Hinderungs- oder Ablehnungsgründe treffen am ehesten auf Sie persönlich zu? (Mehrfachnennungen möglich)

Medizinische Gründe:

Eine Rehabilitationsmaßnahme wurde mir nicht empfohlen bzw. war für mich nicht vorgesehen	0
Die Diagnostik und Behandlung (z.B. Herzkatheteruntersuchung, Bypass-Op o.ä.) war noch nicht abgeschlossen	0

Persönliche Gründe:

Ich fühlte mich zu krank	0
Ich fühlte mich zu gesund	0
Ich hatte Angst vor körperlicher Überforderung und Schmerzen	0
Ich wollte nach so langer Zeit im Krankenhaus endlich wieder nach Hause	0
Ich hatte Sorge, daß ich „Heimweh“ bekomme	0
Ich habe einen guten Hausarzt, so daß ich keine stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötige	0
Mir wären durch eine Teilnahme zu hohe Kosten entstanden	0
Meine Familie/ meine Freunde haben mir abgeraten	0
Ich habe früher schlechte Erfahrungen mit solchen Maßnahmen gemacht	0

Berufliche / familiäre Gründe:

Ich konnte wegen häuslicher und familiärer Verpflichtungen nicht länger von zu Hause abwesend sein (z.B. Haushaltsführung, Pflege von Kindern oder Angehörigen)	0
Ich konnte aus beruflichen Gründen nicht länger von zu Hause abwesend sein	0
Ich hatte Angst, bei längerer Abwesenheit meinen Arbeitsplatz zu verlieren	0

Andere Gründe:

Falls Sie nicht an einer Rehabilitationsbehandlung teilgenommen haben, brauchen Sie die Fragen 13-18 nicht zu beantworten. Fahren sie bitte mit Frage 19 fort!

FRAGEBOGENTEIL BEWERTUNG DER REHABILITATION: HAUPTUNTERSUCHUNG (T2)**13. Nach Abschluß der Rehabilitationsmaßnahme möchten wir erfahren, inwieweit Ihre anfänglichen Erwartungen und Wünsche im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung erfüllt worden sind.**stimmt
genaustimmt
überhaupt
nicht

Während der Rehabilitationsmaßnahme...

Habe ich Abstand vom Alltag gewonnen	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich mich erholt	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich mich eine Zeitlang um nichts kümmern müssen	(1)	(2)	(3)	(4)
War der Ort ansprechend (z.B. Lage, Umgebung, Ausflugsmöglichkeiten etc.)	(1)	(2)	(3)	(4)
War es möglich, auch außerhalb der Rehabilitation etwas zu unternehmen (z.B. Cafes, Geschäfte, Musik)	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekommen	(1)	(2)	(3)	(4)
Hat man meine Selbstvertrauen gestärkt und mir Mut gemacht	(1)	(2)	(3)	(4)
Konnte ich Streß aus Haushalt und Beruf abbauen	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich Hilfe bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen erhalten	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich Hilfe bei einer Rentenantragstellung erhalten	(1)	(2)	(3)	(4)
Ist meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt worden	(1)	(2)	(3)	(4)
Bin ich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und beraten worden	(1)	(2)	(3)	(4)
Bin ich über Hilfen für den Haushalt bzw. für die häusliche Pflege beraten worden	(1)	(2)	(3)	(4)
Hat man weitere Untersuchungen (z.B. Herzkatheter, EKG, Ultraschall etc.) durchgeführt	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurde ich auf die Medikamente eingestellt, die ich jetzt benötige	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurden die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet	(1)	(2)	(3)	(4)
Hat man die Ursache für meine Erkrankung herausgefunden	(1)	(2)	(3)	(4)
Konnte ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurde meine Familie/ mein Partner in das Programm einbezogen	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurde der Verlauf genau besprochen und ich über meine Fortschritte informiert	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurde ich körperlich sehr gefordert	(1)	(2)	(3)	(4)
Wurde ich psychologisch betreut	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich ein Entspannungstraining erlernt	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich einen gesunden Lebensstil erlernt	(1)	(2)	(3)	(4)
Habe ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilgenommen	(1)	(2)	(3)	(4)

**FRAGEBOGENTEIL BEWERTUNG DER REHABILITATION (ZIELE): HAUPTUNTERSUCHUNG
(T2)**

Im Folgenden sind verschiedene Rehabilitationsziele noch einmal zusammengefaßt. Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Maße die genannten Ziele durch Ihre Rehabilitationsmaßnahme erfüllt worden sind.

Seit der Rehabilitationsmaßnahme....

	Stimmt genau								stimmt überhaupt nicht	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Hat sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Kann ich mit meiner Krankheit besser umgehen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Kann ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Hat sich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöht	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Führe ich ein gesundes Leben	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

Tabelle 3 Ergebnisse der ersten Version des Erwartungsfragebogens im Pretest I
 p= Zustimmungswert (stimmt genau + stimmt etwas); F= Frauen ; M=Männer
 *= in Bezug auf p kritische Werte;
 Die von Deck et al. (1998b) übernommenen Items sind grau unterlegt.

Ich hoffe / ich erwarte, dass...	Zustimmung p			Keine Angaben %		
	Gesamt	F	M	Gesamt	F	M
...ich Abstand vom Alltag gewinne.	.79	.72	.81	2,2		2,9
...ich mich erhole.	.81	1.	.87	2,2		2,9
...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	.78	.80	.77	8,8	9,0	5,8
...der Ort ansprechend ist (z. B Lage, Umgebung etc.).	* .88	.90	.87	4,4		5,8
...es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	* .86	.90	.84	2,2		2,9
...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	.73	.63	.76			
...mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	.84	.90	.81	2,2		2,9
...ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	* .88	1.	.84	6,6	9,0	5,8
...ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	.84	1.	.79			
...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	.66	.54	.62	8,8	18,0	5,8
...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	.43	.36	.43	13,3		11,7
...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	.43	.27	.46	8,8		5,8
...man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.	.44	.27	.46	20,0		17,6
...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege berät.	.47	.45	.48	2,2		2,9
...man weitere Untersuchungen durchführt.	.74	.72	.75	4,4		5,8
...ich Medikamente bekomme, die meinen Zustand verbessern.	* .90	.90	.90	4,4		5,8
...meine körperliche Belastbarkeit getestet wird.	* .88	1.	.84	2,2		2,9
...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	.64	.54	.61	6,6		8,8
...meine Familie / mein Partner in das Rehabilitationsprogramm einbezogen wird.	.60	.66	.58	11,1	18,1	8,8
...meine Fortschritte überprüft und besprochen werden.	* .86	.81	.87	2,2		2,9
Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	.66	.63	.70	6,6		8,8
...ich körperlich sehr gefordert werde.	.70	.63	.72	2,2		2,9
...das Trainingsprogramm nicht zu beschwerlich und anstrengend ist.	* .88	.90	.81	6,6		8,8
...die Übungen leicht zu erlernen sind.	* .88	.90	.87	4,4		5,8
...ich lerne, mich zu entspannen.	* .89	1.	.85	13,3		17,6
...ich lerne, gesünder zu leben.	* .92	.90	.92	13,3		17,6
...mehr Gespräche und Beratungen als körperliche Trainingsstunden stattfinden.	* .85	.80	.86	11,1	9,0	11,7
...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.	* .93	1.	.90	4,4		5,8
...ich bald wieder wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann.	* .88	1.	.84	2,2		2,9
...ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	* .86	1.	.84	2,2		5,8
...ich die Therapien nach Abschluss der Rehabilitation im Alltag umsetzen kann.	* .93	.90	.93	2,2		2,9

Tabelle 5a Ergebnisse der überarbeiteten Version des Erwartungsfragebogens im Pretest II
 p= Zustimmungswert (stimmt genau + stimmt etwas); F= Frauen ;
 M= Männer; *= in Bezug auf p kritische Werte; ! = tendenziell geschlechtsspezifisches Antwortverhalten
 Die von Deck et al. (1998b) übernommenen Items sind grau unterlegt.

Ich hoffe / ich erwarte, dass...	Zustimmung p			Keine Angaben %		
	Gesamt	F	M	Gesamt	F	M
...ich Abstand vom Alltag gewinne.	.80	.83	.79	11,1	25,0	8,1
...ich mich erhole.	* .97	1.	.97	4,4	12,5	2,7
...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	.75	.75	.75			
...der Ort ansprechend ist (z. B Lage, Umgebung etc.).	* .92	1.	.91	6,6		8,1
...es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	.76	.71	.77	4,4	12,5	2,7
...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	* .85	.75	.88	6,6		8,1
...mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	* .88	.85	.88	4,4	12,5	2,7
...ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	* .85	.83	.85	11,1	25,0	8,1
...ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	.81	.87	.80	4,4		5,4
...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	.58	.50	.60	20,0	25,0	18,9
...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	.47	.50	.46	20,0	25,0	18,9
...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	.66	.75	.64	13,3		16,2
...man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.	.32	.20	.34	24,4	37,5	21,6
...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege berät.	! .30	.42	.27	20,0	12,5	21,6
...man weitere Untersuchungen durchführt.	! .79	.33	.87	13,3	25,0	10,8
...ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige..	!* .88	.62	.94	2,2		2,7
...die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden.	* .90	.87	.91	4,4		5,4
...man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet.	.82	.75	.84	11,1		13,5
...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	! .26	.40	.24	15,5	37,5	10,8
...meine Familie / mein Partner in das Rehabilitationsprogramm einbezogen wird.	! .32	.80	.25	17,7	37,5	13,5
...man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert.	* .97	.85	1.	4,4	12,5	2,7
Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	! .53	.33	.57	8,8	25,0	5,4
...ich körperlich sehr gefordert werde.	! .64	.33	.70	17,7	25,0	16,2
...ich psychologisch betreut werde.	.55	.40	.57	15,5	37,5	10,8
...ich ein Entspannungstraining erlerne.	.82	.71	.85	8,8	12,5	5,8
...ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne.	* .89	.83	.90	15,5	12,5	16,2
...ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme.	! .60	.42	.64	15,5	12,5	16,2

Tabelle 5b Ergebnisse der überarbeiteten Version des Erwartungsfragebogens im Pretest II: Skala Rehabilitationsziele
 p= Zustimmungswert ([8] – [9] erwarte ich ganz stark) F= Frauen ;
 M= Männer; *= in Bezug auf p kritische Werte; ! = tendenziell geschlechtsspezifisches Antwortverhalten

	Zustimmung p			Keine Angaben %		
	Gesamt	F	M	Gesamt	F	M
Insgesamt erwarte ich von der Rehabilitationsmaßnahme, dass...						
...sich meine Gesundheitszustand erheblich verbessert.	.75	.85	.72	2,2	12,5	
...ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann.	.75	.71	.75	2,2	12,5	
...ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	.69	.57	.71	6,6	12,5	5,4
...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.	! .63	.33	.69	6,6	25,0	2,7
...ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	.81	.85	.80	4,4	12,5	2,7

Tabelle 8 Darstellung der soziodemographischen Daten,
M= Mittelwert (Jahre), SD= Standardabweichung, range= Wertebereich
(Jahre), n= Anzahl, p= Signifikanz aus t-Test bzw. χ^2 des Gruppenvergleichs

Merkmal	Gesamt			Frauen			Männer			p
	n	%		n	%		n	%		
	310	100		104	33,55		206	66,45		
Alter	M	SD	range	M	SD	range	M	SD	range	.045
	57,73	9,86	29-75	59,31	10,69	31-75	56,94	9,33	29-75	
	n	%		n	%		n	%		
Familienstand										.01
Ledig	21	6,8		5	4,8		16	7,9		
Verheiratet	228	74,3		69	66,3		159	78,3		
Getrennt / geschieden	33	10,7		15	14,4		18	8,9		
Verwitwet	25	8,1		15	14,4		10	4,9		
Keine Angabe	3						3			
Zusammenleben mit Partner/in										<.001
Ja	213	78,3		64	68,1		149	83,7		
Nein	59	21,7		30	31,9		29	16,3		
Keine Angabe	38			10			28			
Schulabschluß										.39
Hauptschule	187	61,9		61	61		126	62,4		
Mittlere Reife	65	21,5		23	23		42	20,8		
Fachhochschulreife	19	6,3		5	5		14	6,9		
Abitur	24	7,9		8	8		16	7,9		
Sonstiger Abschluß	3	1					3	1,5		
Kein Abschluß	4	1,3		3	3		1	0,5		
Keine Angabe	8			4			4			
Berufsausbildung										<.001
Lehre	149	50		41	41,8		108	54		
Meisterprüfung	57	19,1		8	8,2		49	24,5		
Fachhochschule	15	5		4	4,1		11	5,5		
Hochschule	11	3,7		4	4,1		7	3,5		
Sonstige Ausbildung	29	9,7		13	13,3		16	8		
Keine Ausbildung	37	12,4		28	28,6		9	4,5		
Keine Angabe	12			6			6			
Erwerbstätigkeit										<.001
Berufstätig	139	44,8		33	31,7		106	51,5		
Arbeitslos>6 Mo	10	3,2		2	1,9		8	3,9		
Arbeitsunfähig>6 Mo	10	3,2		3	2,9		7	3,4		
Berentet	118	38,1		39	37,5		79	38,8		
Nicht berufstätig	33	10,6		27	26		6	2,9		
Berufsstatus (nur Berufstätige)										.85
Arbeiter	53	38,7		14	43,8		39	37,1		
Angestellte	50	36,5		12	37,5		38	36,2		
Beamte	13	9,5		2	6,3		11	10,5		
Selbständige	18	13,1		3	9,4		15	14,3		
Sonstige	3	2,2		1	3,1		2	1,9		
Keine Angabe	2			1			1			
Nettoeinkommen (DM)										.03
Bis 1.000,-	6	2,2		5	5,4		1	0,5		
Bis 2.000,-	33	11,9		14	15,4		19	10,3		
Bis 3.000,-	72	25,9		30	32,3		42	22,7		
Bis 4.000,-	63	22,7		19	20,4		44	23,8		
Bis 5.000,-	51	18,3		14	15,1		37	20		
Bis 6.000,-	21	7,6		5	5,4		16	8,6		
Bis 7.000,-	16	5,8		3	3,2		13	7		
Über 7.000,-	16	5,8		3	3,2		13	7		
Keine Angabe	31			11			11			

Tabelle 9 Darstellung der medizinischen Basismerkmale,
M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, range= Wertebereich,
n= Anzahl, p= Signifikanz aus t-Test bzw. χ^2 des Gruppenvergleichs

Merkmal	Gesamt		Frauen		Männer		p			
	n	%	n	%	n	%				
Eingangsdiagnose							.77			
Myokardinfarkt	191	62,4	63	61,8	128	62,7				
Bypass-Operation	90	29,4	32	31,4	58	28,4				
PTCA	25	8,2	7	6,9	18	8,8				
Keine Angabe	4		2		2					
Eingangssetting							<.001			
akut	152	49,0	36	34,6	116	56,3				
Rehabilitationsbeginn	158	51,0	68	65,4	90	43,7				
Koronarangiographischer Befund							.04			
0-Gefäßerkrankung	11	3,9	8	8,7	3	1,6				
1-Gefäßerkrankung	99	35,1	32	34,8	67	35,6				
2-Gefäßerkrankung	66	23,4	20	21,7	46	24,2				
3-Gefäßerkrankung	106	37,6	32	34,8	74	38,9				
Keine Angaben	28		12		16					
Herzinsuffizienzzeichen (nach NYHA)							.08			
Stadium 0	158	53,7	63	63,6	95	48,7				
Stadium 1	105	35,7	27	27,3	78	40,0				
Stadium 2	21	7,1	5	5,1	16	8,2				
Stadium 3	10	3,4	4	4,0	6	3,1				
Stadium 4	-		-		-					
Keine Angaben	16		5		11					
Angina pectoris							.14			
Ja, unter Belastung	43	14,2	9	8,9	34	16,9				
Ja, in Ruhe	14	4,6	6	5,9	8	4,0				
Nein	245	81,1	86	85,1	159	79,1				
Keine Angaben	8		3		5					
Echokardiogramm LV-Größe							.40			
Vergrößert	12	4,2	3	3,3	9	4,5				
Fraglich vergrößert	39	13,5	9	9,9	30	15,2				
Nicht vergrößert	238	82,4	79	86,6	159	80,3				
Keine Angaben	21		13		8					
Echokardiogramm LV-Funktion							.76			
Höhergradige Störung	14	4,8	4	4,3	10	5,1				
Mäßige Störung	57	19,7	16	17,4	41	20,7				
Normale Funktion	219	75,5	72	78,3	147	74,2				
Keine Angaben	20		12		8					
Schwere der KHK	M	SD	M	SD	M	SD				
	2,23	1,23	2,02	1,22	2,33	1,24	.06			
Nikotinabusus	n	%	n	%	n	%	<.001			
Nie geraucht	91	30,1	45	44,6	46	22,9				
Vor > 1 Jahr aufgehört	50	16,6	8	7,9	42	20,9				
Bis zu 1 Schachtel Zigaretten / d	86	28,5	32	31,7	54	26,9				
Bis zu 2 Schachteln Zigaretten / d	60	19,9	13	12,9	47	23,4				
> 2 Schachteln Zigaretten / d	15	5,0	3	3,0	12	6,0				
Keine Angaben	8		3		5					
Body Mass Index (BMI) (N=304)	M	SD	range	M	SD	range	M	SD	range	.65
	27,3	4,16	16,7-45,9	27,4	5,24	16,7-45,9	27,2	3,50	18,8-40,5	

Tabelle 10 Berechnungsschema für den Index „Schwere der KHK“

Merkmal	Punkte
Koronarangiographischer Befund	
0-Gefäßerkrankung	0
1-Gefäßerkrankung	1
2-Gefäßerkrankung	2
3-Gefäßerkrankung	2
Herzinsuffizienzzeichen (NYHA)	
Stadium 0	0
Stadium 1	0
Stadium 2	1
Stadium 3	2
LV-Größe (Echo)	
LVDD < 54 mm	0
55 < LVDD < 60 mm	0,5
LVDD > 60 mm	1
LV- Funktion (Echo)	
Normale Funktion	0
Mäßige Störung	0,5
Höhergradige Störung	1
Angina pectoris	
Nein	0
Unter Belastung	1
In Ruhe	2

Anmerkung: Theoretischer Range des Summenscores: 0 – 8 nach Mittag (2002)

Tabelle 11 Rehabilitationsempfehlung bei Akutpatienten getrennt nach Frauen und Männern;
Ergebnisse des Signifikanztests, p= Signifikanz aus t-Test bzw. χ^2 des Gruppenvergleiches

Merkmal	Gesamt		Frauen		Männer		p
	n	%	n	%	n	%	
Wahrnehmung der Reha-Empfehlung (Interview)							.96
Nicht empfohlen	18	12,9	4	11,1	14	13,5	
Mäßig empfohlen	13	9,3	3	8,3	10	9,6	
Ausdrücklich empfohlen	88	62,9	24	66,7	64	61,5	
Eindringlich empfohlen	21	15,0	5	13,9	16	15,4	
Keine Angaben	10				10		
Teilnahmewunsch der Patienten im Interview							.51
Eher ja	111	82,8	27	84,4	84	82,4	
Eher nein	23	17,2	5	15,6	18	17,6	
Keine Angabe	16		4		12		
Ärztliche Rehabilitationsempfehlung im Abschlußbericht (Klinikakten)							.58
Ja	132	92,7	31	93,9	101	93,0	
Nein	10	7,3	2	6,1	8	7,0	
Keine Angaben	8		3		5		

Tabelle 12 Wichtigste Informationsquelle über Sinn und Verlauf einer Rehabilitation getrennt nach Frauen und Männern bei den Akutpatienten ($\chi^2= 11,38$; $df= 8$; $p= .181$)

Wichtigste Informationsquelle...	Gesamt			Frauen			Männer		
	N	%	Rang	N	%	Rang	N	%	Rang
Klinikerzt	16	10,6	3	8	22,2	1	8	7,0	3
Hausarzt	7	4,6		-	-		7	6,1	
Weiteres med. Personal	-	-		-	-		-	-	
Familie / Partner	7	4,6		2	5,6		5	4,3	
Vorerfahrung	27	17,9	1	6	16,9	2	21	18,3	1
Freunde / Bekannte	19	12,6	2	2	5,6		17	14,8	2
Mitpatienten	27	17,9	1	6	16,7	3	21	18,3	1
Medien / öffentl. Berichte	4	2,6		1	2,8		3	2,6	
Keine Informationsquelle	51	27,2		11	30,6		30	26,1	

Tabelle 13 Häufigkeiten der im Interview angegebenen drei wichtigsten Rehabilitationsziele getrennt nach Frauen und Männern (Akutpatienten)

Wichtigstes Reha-Ziel...	Gesamt			Frauen			Männer		
	N	%	Rang	N	%	Rang	N	%	Rang
Körperliche Leistungsfähigkeit wiederherstellen	79	53,4	1	14	38,9	1	65	58,0	1
Wiedereingliederung in den Alltag	30	20,3	2	14	38,9	1	16	14,3	2
Wiedereingliederung in das Berufsleben	19	12,8	3	3	8,3	2	16	14,3	2

Tabelle 14 Wichtigste Einflussgröße für die Entscheidung zur Rehabilitationsteilnahme getrennt nach Frauen und Männern bei den Akutpatienten ($\chi^2= 12,26$; $df= 8$; $p= .140$)

Größter Einfluss durch...	Gesamt			Frauen			Männer		
	N	%	Rang	N	%	Rang	N	%	Rang
Klinikerzt	88	63,3	1	18	51,4	1	70	67,3	1
Hausarzt	17	12,2	2	4	11,4	3	13	12,5	2
Partner / Familie	8	5,8		3	8,6		5	4,8	
Freunde / Mitpatienten	4	2,9		1	2,9		3	2,9	
Vorerfahrung	-	-		-	-		-	-	
Lage der Klinik	1	0,7					1	1,0	
Berufliche und familiäre Zwänge	8	5,8		5	14,3	2	3	2,9	
„ich selbst“	9	6,5	3	3	8,6		6	5,8	3

Tabelle 15 Schwierigkeiten und Trennschärfen der Erwartungsisems
 p= Zustimmungswert (stimmt genau + stimmt etwas); r_{it} =
 Trennschärfeindex ;*= in Bezug auf p kritische Werte

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	p	r_{it}
1	...ich Abstand vom Alltag gewinne.	.25	.30
2	...ich mich erhole.	*.02	.30
3	...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	.29	.42
4	...der Ort ansprechend ist (z. B Lage, Umgebung etc.).	.17	.49
5	...es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	.23	.41
6	...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	.27	.50
7	...mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	.21	.55
8	...ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	.25	.64
9	...ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	.22	.63
10	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	.46	.70
11	...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	.56	.77
12	...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	.52	.65
13	...man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.	.69	.62
14	...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege berät.	.70	.53
15	...man weitere Untersuchungen durchführt.	.20	.36
16	...ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige..	*.04	.47
17	...die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden.	*.04	.51
18	...man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet.	.17	.45
19	...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	.50	.31
20	...meine Familie / mein Partner in das Rehabilitationsprogramm einbezogen wird.	.53	.31
21	...man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert.	*.06	.25
22	Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	.55	-.01
23	...ich körperlich sehr gefordert werde.	.42	.36
24	...ich psychologisch betreut werde.	.50	.55
25	...ich ein Entspannungstraining erlerne.	.29	.64
26	...ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne.	.17	.54
27	...ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme.	.36	.55

Tabelle 15f Schwierigkeiten und Trennschärfen der Erwartungsitems
(Skala Rehabilitationsziele)

p= Zustimmungswert (stimmt genau + stimmt etwas); r_{it} =
Trennschärfeindex; *= in Bezug auf p kritische Werte

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	p	r_{it}
28	...sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.	.30	.72
29	...ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann.	.27	.70
30	...ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	.43	.60
31	...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.	.48	.64
32	...ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	.28	.72

Tabelle 16 Rangreihe der Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme in der Gesamtstichprobe
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; range= Wertebereich; MV= Anteil fehlender Werte (%)

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	range	M	SD	MV
16	...ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige.	0-3	2,78	0,52	1,9
2	...ich mich erhole.	0-3	2,78	0,51	2,9
17	...die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden.	0-3	2,69	0,57	3,2
21	...man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert.	0-3	2,66	0,67	5,2
18	...man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet.	0-3	2,36	0,95	6,8
4	...der Ort ansprechend ist (z. B Lage, Umgebung etc.).	0-3	2,33	0,86	7,7
26	...ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne.	0-3	2,29	0,85	5,8
15	...man weitere Untersuchungen durchführt.	0-3	2,22	1,02	10,0
9	...ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	0-3	2,18	0,97	5,2
7	...mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	0-3	2,19	0,96	3,2
5	...es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	0-3	2,11	0,98	7,1
8	...ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	0-3	2,08	0,98	7,1
3	...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	0-3	2,04	1,01	7,4
6	...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	0-3	2,03	0,94	3,2
1	...ich Abstand vom Alltag gewinne.	0-3	2,01	0,99	9,4
25	...ich ein Entspannungstraining erlerne.	0-3	1,97	1,04	8,4
27	...ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme.	0-3	1,85	1,02	7,1
10	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	0-3	1,73	1,18	11,3
23	...ich körperlich sehr gefordert werde.	0-3	1,68	0,98	8,7
24	...ich psychologisch betreut werde.	0-3	1,49	1,13	9,7
19	...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	0-3	1,46	1,14	7,4
12	...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	0-3	1,43	1,22	14,2
20	...meine Familie / mein Partner in das Rehabilitationsprogramm einbezogen wird.	0-3	1,43	1,17	10,3
22	Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	0-3	1,39	1,21	5,8
11	...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	0-3	1,30	1,29	20,6
14	...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege berät.	0-3	0,96	1,14	16,8
13	...man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.	0-3	0,94	1,12	22,9

Tabelle 16f Rangreihe der Erwartungen an die Rehabilitationsziele in der Gesamtstichprobe

M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; range= Wertebereich; MV= Anteil fehlender Werte (%)

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	range	M	SD	MV
29	...ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann.	0-9	8,00	1,74	2,6
28	...sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.	0-9	7,93	1,76	2,6
32	...ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	0-9	7,78	2,07	2,6
30	...ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	0-9	7,18	2,36	5,2
31	...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.	0-9	6,96	2,49	3,9

Tabelle 17 Einzelerwartungen für den Bereich Beruf / Rente:

Mittelwertunterschiede (t-Test) auf Itemebene zwischen Berufstätigen und Rentnern

M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; t-Wert: Ergebnis des t-Tests

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	M Berufstätig	M berentet	df	t-Wert
10	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	1,99	1,49	273	3,58**
11	...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	1,49	1,08	244	2,48*
12	...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	1,47	1,38	264	,60
13	...man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.	1,05	0,82	237	1,58
14	...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. für häusliche Pflege berät.	0,84	1,09	256	,08

** p < .01; * p < .05

Tabelle 19 Behandlungserwartungen und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben)
 p= Ergebnisse des Signifikanztests; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	Frauen		Männer		p
		M	SD	M	SD	
1	...ich Abstand vom Alltag gewinne.	2,13	0,99	1,96	0,99	.17
2	...ich mich erhole.	2,84	0,44	2,75	0,54	.12
3	...ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	2,35	0,88	1,88	1,04	<.001
4	...der Ort ansprechend ist (z. B Lage, Umgebung etc.).	2,46	0,81	2,27	0,87	.075
5	...es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	2,09	1,05	2,13	0,95	.72
6	...ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekomme.	2,04	0,98	2,03	0,92	.93
7	...mein Selbstvertrauen gestärkt wird und dass man mir Mut macht.	2,25	0,98	2,11	0,95	.23
8	...ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen kann.	2,05	1,07	2,10	0,94	.72
9	...ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	2,13	1,08	2,21	0,92	.54
10	...man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.	1,57	1,23	1,80	1,16	.15
11	...man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	1,13	1,29	1,37	1,28	.18
12	...ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	1,32	1,21	1,47	1,22	.35
13	...man mich über berufliche Umschulungs-...möglichkeiten informiert und berät.	0,83	1,14	0,99	1,11	.32
14	...man mich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege berät.	1,01	1,15	0,94	1,14	.63
15	...man weitere Untersuchungen durchführt.	2,14	1,14	2,25	0,97	.40
16	...ich auf die Medikamente eingestellt werde, die ich in Zukunft benötige..	2,88	0,35	2,73	0,58	.02
17	...die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet werden.	2,70	0,56	2,69	0,58	.94
18	...man die Ursache für meine Erkrankung herausfindet.	2,41	0,94	2,33	0,95	.49
19	...ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen kann.	1,52	1,17	1,43	1,13	.53
20	...meine Familie / mein Partner in das Rehabilitationsprogramm einbezogen wird.	1,41	1,27	1,43	1,12	.89
21	...man mit mir den Verlauf der Rehabilitation genau bespricht und mich über meine Fortschritte informiert.	2,77	0,56	2,62	0,71	.07
22	Ich erwarte nichts Bestimmtes, sondern lasse alles erst einmal auf mich zukommen.	1,85	1,20	1,16	1,15	<.001
23	...ich körperlich sehr gefordert werde.	1,53	1,05	1,75	0,95	.09
24	...ich psychologisch betreut werde.	1,58	1,22	1,44	1,09	.35
25	...ich ein Entspannungstraining erlerne.	2,22	1,04	1,85	1,02	.01
26	...ich einen wirklich gesunden Lebensstil erlerne.	2,41	0,87	2,24	0,84	.09
27	...ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilnehme.	2,10	0,97	1,74	1,03	<.001

Tabelle 19f Behandlungserwartungen und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben)
 p= Ergebnisse des Signifikanztests; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung

Nr.	Ich hoffe / ich erwarte, dass...	Frauen		Männer		p
		M	SD	M	SD	
28	...sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.	8,05	1,68	7,87	1,80	.39
29	...ich mit meiner Krankheit besser umgehen kann.	8,18	1,66	7,92	1,77	.22
30	...ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten kann	7,75	2,04	6,89	2,46	<.001
31	...ich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöhen kann.	7,07	2,64	6,90	2,42	.59
32	...ich nach der Rehabilitation ein gesünderes Leben führe.	8,05	1,92	7,65	2,13	.11

Tabelle 20 Faktorenanalyse der Erwartungsisems;
 Faktorladungen $a_{ij} > .40$; Hauptkomponentenanalyse mit anschl. Varimax-
 Rotation; 7 Komponenten

Nr.	Item	Faktorladungen							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	
1	Abstand vom Alltag			.67					
2	Erholung						.53		
3	Sich um nichts kümmern müssen			.44					
4	Ort						.82		
5	Unternehmungen / Freizeitangebot						.82		
6	Kontakt zu Mitpatienten			.61					
7	Selbstvertrauen stärken			.64					
8	Stressabbau			.73					
9	mehr Freizeit nehmen			.63					
10	Hilfe bei rechtlichen Fragen		.81						
11	Hilfe bei Rentenantrag		.86						
12	Bestätigung der verminderten Leistungsfähigkeit		.72						
13	Information Umschulung		.72						
14	Information Haushalt und Pflege		.67						
15	weitere Untersuchungen				.58				
16	Medikamenteneinstellung				.65				
17	Körperliche Belastbarkeit				.81				
18	Erkrankungsursache herausfinden				.60				
19	Anwendungsprogramm gestalten							.70	
20	Einbeziehung der Angehörigen							.62	
21	Info über Rehaverlauf							.59	
22	Keine bestimmten Erwartungen	-	-	-	-	-	-	-	
23	Körperlich gefordert werden					.50			
24	Psychologisch betreut werden					.68			
25	Entspannungstraining					.68			
26	Gesundheitsbildung					.55			
27	Gruppengespräche			.55		.58			
28	Gesundheitszustand verbessern	.81							
29	Umgang mit Erkrankung erlernen	.79							
30	Frühere Arbeitsfähigkeit erreichen	.74							
31	Körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen	.77							
32	Gesunden Lebensstil führen	.83							
	Erklärte Varianz	57,09							
			20,12	10,39	7,03	6,16	5,20	4,13	3,74

Tabelle 22 b Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter
M=Mittelwerte, und SD=Standardabweichung, N= Anzahl
Alter (d): Alter dichotomisiert bei 58 J; p = Signifikanzniveau

Skalen	Alter (d)	Geschlecht	N	M	SD	Haupteffekte		Interaktions- effekte
						Alter (d)	Geschlecht	A (d) * G
<i>Ruhe / Erholung</i>	jüngere	Männer	108	10,48	2,97	p= .81	p= .12	p= .49
		Frauen	39	11,38	3,07			
		Gesamt	147	10,72	3,01			
	ältere	Männer	81	10,85	2,86			
		Frauen	44	11,20	3,35			
		Gesamt	125	10,98	3,03			
<i>Bewältigung</i>	jüngere	Männer	108	8,88	2,46	p= .001	p= .58	p= .96
		Frauen	39	9,08	2,61			
		Gesamt	147	8,93	2,50			
	ältere	Männer	81	7,49	3,16			
		Frauen	44	7,73	3,76			
		Gesamt	125	7,58	3,37			
<i>Rente / Beruf</i>	jüngere	Männer	108	7,04	4,22	p<.001	p= .20	p= .28
		Frauen	39	6,92	4,29			
		Gesamt	147	7,01	4,23			
	ältere	Männer	81	5,15	4,61			
		Frauen	44	3,82	4,01			
		Gesamt	125	4,68	4,44			
<i>Diagnose / Therapie</i>	jüngere	Männer	108	9,66	2,27	p= .051	p= .90	p= .85
		Frauen	39	9,59	2,46			
		Gesamt	147	9,66	2,32			
	ältere	Männer	81	10,21	2,10			
		Frauen	44	10,23	2,24			
		Gesamt	125	10,22	2,14			
<i>Reha-Prozess</i>	jüngere	Männer	108	6,19	2,15	p= .070	p= .18	p= .35
		Frauen	39	6,92	2,66			
		Gesamt	147	6,39	2,31			
	ältere	Männer	81	7,07	2,40			
		Frauen	44	7,20	2,78			
		Gesamt	125	7,12	2,53			

Tabelle 22 b Varianzanalyse der Erwartungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter -
M=Mittelwerte, und SD=Standardabweichung, N= Anzahl
Alter (d): Alter dichotomisiert bei 58 J; p = Signifikanzniveau

Skalen	Alter (d)	Geschlecht	N	M	SD	Haupteffekte		Interaktions effekte
						Alter (d)	Geschlecht	A(d) * G
<i>Reha-Inhalte</i>	jüngere	Männer	108	9,08	3,45	p= .004	p= .198	p= .041
		Frauen	39	10,67	3,20			
		Gesamt	147	9,50	3,45			
	ältere	Männer	81	8,68	3,94			
		Frauen	44	8,32	3,54			
		Gesamt	125	8,55	3,79			
<i>Reha-Ziele</i>	jüngere	Männer	108	37,72	7,55	p= .945	p= .133	p= .177
		Frauen	39	37,88	9,47			
		Gesamt	147	37,77	8,07			
	ältere	Männer	81	36,12	10,04			
		Frauen	44	39,34	6,49			
		Gesamt	125	37,26	9,06			

Tabelle 23 Korrelation der Erwartungsskalen mit dem Einkommen der Patienten
r= Korrelationskoeffizient nach Pearson; p= Signifikanz (2-seitig);
n.s.= nicht signifikant

Skala	Einkommen	
	r	p
<i>Ruhe / Erholung</i>	.03	n.s.
<i>Bewältigung</i>	.05	n.s.
<i>Rente / Beruf</i>	-.19	p< .01
<i>Diagnose / Therapie</i>	-.02	n.s.
<i>Reha-Prozess</i>	-.01	n.s.
<i>Reha-Inhalte</i>	.06	n.s.
<i>Reha-Ziele</i>	-.01	n.s.

Tabelle 24 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach „Schulbildung“:
Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; HS= Hauptschulabschluss;
df=Freiheitsgrade;

Skala	M		df	t-Wert
	HS	> HS		
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,6	11,0	302	0,84
<i>Bewältigung</i>	8,4	7,9	303	1,22
<i>Rente / Beruf</i>	6,6	4,8	277	3,38**
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,7	9,6	303	0,45
<i>Reha-Prozess</i>	6,7	6,4	302	1,11
<i>Reha-Inhalte</i>	9,2	8,7	293	1,12
<i>Reha-Ziele</i>	37,8	36,9	301	0,90

**p< .01

Tabelle 25 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Erwerbsstatus vor dem koronaren Erstereignis: Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert;
df= Freiheitsgrade;

Skala	M		df	t-Wert
	erwerbstätig	Nicht erwerbstätig		
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,6	10,8	302	0,46
<i>Bewältigung</i>	8,8	7,7	303	3,42**
<i>Rente / Beruf</i>	6,7	5,1	277	3,06**
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,7	9,7	303	0,19
<i>Reha-Prozess</i>	6,8	6,5	302	1,05
<i>Reha-Inhalte</i>	9,6	8,4	293	2,88**
<i>Reha-Ziele</i>	38,1	36,9	301	1,29

**p< .01

Tabelle 26 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Zusammenleben mit Partner
Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade;

Skala	M		df	t-Wert
	ohne Partner	mit Partner		
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,4	11,0	268	1,33
<i>Bewältigung</i>	7,3	8,5	268	2,76**
<i>Rente / Beruf</i>	5,6	6,1	248	0,79
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,1	10,0	267	2,59*
<i>Reha-Prozess</i>	5,6	6,9	268	3,67***
<i>Reha-Inhalte</i>	8,5	9,3	260	1,35
<i>Reha-Ziele</i>	37,4	37,4	268	0,03

***p< .001; **p< .01; *p< .05

Tabelle 27 Abhängigkeit der Erwartungsskalen von der Eingangsdiagnose;
Ergebnisse der einfaktorischen Varianzanalyse; M= Mittelwert;
MI= Myokardinfarkt, df= Freiheitsgrade; p= Ergebnis des Signifikanztests

Skala	M			df	F	p
	MI	Bypass	PTCA			
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,75	10,64	10,88	² 297	0,073	.93
<i>Bewältigung</i>	8,43	7,88	7,92	² 299	1,178	.31
<i>Rente / Beruf</i>	5,95	5,77	6,57	² 274	0,284	.75
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,89	9,28	9,72	² 299	1,948	.14
<i>Reha-Prozess</i>	6,68	6,42	6,42	² 298	0,395	.67
<i>Reha-Inhalte</i>	9,17	8,83	8,38	² 289	0,655	.52
<i>Reha-Ziele</i>	37,55	37,47	37,92	² 296	0,026	.97

Tabelle 28 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Eingangssetting zu T1
 Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; p= Ergebnis des Signifikanztests

Skala	M		df	t-Wert	p
	Akut	Rehabeginn			
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,59	10,87	302	0,80	.42
<i>Bewältigung</i>	8,23	8,13	303	0,39	.69
<i>Rente / Beruf</i>	6,02	5,81	277	0,41	.69
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,89	9,49	303	1,46	.15
<i>Reha-Prozess</i>	6,79	6,41	302	1,31	.19
<i>Reha-Inhalte</i>	8,74	9,24	293	1,19	.24
<i>Reha-Ziele</i>	37,20	37,68	301	0,49	.63

Tabelle 29 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Schwere der Koronaren Herzerkrankung
 Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; p= Ergebnis des Signifikanztests

Skala	M		df	t-Wert	p
	„schwere KHK“	„leichtere KHK“			
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,63	10,84	269	0,52	,607
<i>Bewältigung</i>	8,18	8,30	271	0,30	,764
<i>Rente / Beruf</i>	5,84	5,64	249	0,32	,748
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,59	9,88	271	0,85	,394
<i>Reha-Prozess</i>	6,54	6,49	270	0,13	,896
<i>Reha-Inhalte</i>	9,12	8,85	262	0,55	,582
<i>Reha-Ziele</i>	37,73	36,93	268	0,70	,487

Tabelle 30 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Vorerfahrung aus früheren Kur-bzw. Reha-Aufenthalten
 Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; p= Ergebnis des Signifikanztests

Skala	M		df	t-Wert	p
	Keine Vorerfahrung	Vorerfahrung			
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,76	10,61	272	0,39	,700
<i>Bewältigung</i>	8,33	8,45	273	1,23	,218
<i>Rente / Beruf</i>	5,44	6,49	251	1,75	,082
<i>Diagnose / Therapie</i>	9,69	9,96	273	0,90	,367
<i>Reha-Prozess</i>	6,43	6,91	272	1,57	,117
<i>Reha-Inhalte</i>	9,10	8,68	263	0,90	,370
<i>Reha-Ziele</i>	38,04	36,53	271	1,43	,155

Tabelle 31 Mittelwertunterschiede für die Erwartungsskalen nach Vorinformation (Akutpatienten)
 Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade; p= Ergebnis des Signifikanztests

Skala	M		df	t-Wert	p
	Mit Vorinfo	Ohne Vorinfo			
<i>Ruhe / Erholung</i>	10,43	11,05	145	1,15	,253
<i>Bewältigung</i>	8,22	8,40	145	0,32	,749
<i>Rente / Beruf</i>	6,09	5,74	132	0,38	,702
<i>Diagnose / Therapie</i>	10,14	9,30	144	2,05	,043*
<i>Reha-Prozess</i>	6,82	6,64	143	0,38	,705
<i>Reha-Inhalte</i>	8,91	8,41	142	0,74	,459
<i>Reha-Ziele</i>	36,48	39,62	144	2,18	,031*

*p< .05

Tabelle 32 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen;
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; p= Ergebnis des Signifikanztest (t-test); N= Anzahl

Kontrollüberzeugung	Gesamt (N= 310)		Frauen (N= 104)		Männer (N= 206)		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
Internalität	18,34	6,54	19,20	6,68	17,90	6,44	.099
Soziale Externalität	15,76	5,73	15,60	6,41	15,83	5,36	.738
Fatalistische Externalität	12,71	7,04	14,38	7,58	11,86	6,60	.003 **

** p< .01

Tabelle 33 Psychischer Status der Patienten zu T1 anhand der Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90-R (Franke, 1995).
M= Mittelwert; N= Anzahl; p= Ergebnis des Signifikanztests (t-Test)

Skala (SCL-90_R)	Gesamt (N= 310)		Frauen (N= 104)		Männer (N= 206)		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
Somatisierung	11,30	7,84	13,26	8,63	10,32	7,24	.002
Ängstlichkeit	6,66	7,05	8,27	7,92	5,84	6,43	.004
Depressivität	11,26	8,70	13,58	9,47	10,09	8,05	.001

Tabelle 34 Korrelation (Korrelationskoeffizient nach Pearson) der Erwartungsskalen mit den Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90-R (Franke1995) für die Gesamtstichprobe;
r= Korrelationskoeffizient; p= Signifikanzniveau (2-seitig)

Skala	Somatisierung		Ängstlichkeit		Depressivität	
	r	p	r	p	r	p
<i>Ruhe / Erholung</i>	.01	n.s.	.12	p< .05	.09	n.s.
<i>Bewältigung</i>	.12	p< .05	.19	p< .001	.20	p< .001
<i>Rente / Beruf</i>	.22	p< .001	.09	n.s.	.16	p< .01
<i>Diagnose / Therapie</i>	.03	n.s.	.04	n.s.	.06	n.s.
<i>Reha-Prozess</i>	-.04	n.s.	-.01	n.s.	.03	n.s.
<i>Reha-Inhalte</i>	.02	n.s.	.15	p< .05	.18	p< .01
<i>Reha-Ziele</i>	-.02	n.s.	-.03	n.s.	.04	n.s.

Tabelle 35 Strategien der Patienten zur Krankheitsbewältigung. Ergebnisse des FKV (Muthny, 1989) zum Zeitpunkt T2; M= Mittelwert; N= Anzahl; p= Ergebnis des Signifikanztests (t-Test)

Skala (FKV)	Gesamt (N= 310)		Frauen (N= 104)		Männer (N= 206)		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
Depressivität	3,70	3,21	4,06	3,46	3,52	3,07	.165
Aktives Coping	12,53	4,46	11,96	4,70	12,81	4,32	.112
Ablenkung	10,50	4,13	11,43	4,25	10,04	3,99	.005
Sinnfindung	7,75	3,97	9,21	3,94	7,01	3,79	<.001
Bagatellisierung	4,73	3,09	4,99	3,14	4,59	3,07	.278
Arztvertauen	7,30	1,77	7,19	1,96	7,35	1,68	.438

Tabelle 36 Korrelation (Korrelationskoeffizient nach Pearson) der Erwartungsskalen mit den Coping-Skalen des FKV (Muthny, 1989) für die Gesamtstichprobe; r= Korrelationskoeffizient; p= Signifikanzniveau (2-seitig)

	Depress.	Aktives Coping	Ab- lenkung	Sinn- findung	Bagatell.	Arzt- vertrauen
	r	r	r	r	r	r
<i>Ruhe / Erholung</i>	.15**	.12*	.16**	.08	.07	.06
<i>Bewältigung</i>	.25***	.22***	.25***	.10	.22***	.08
<i>Rente / Beruf</i>	.11	.10	.22***	.07	.13*	.03
<i>Diagnose / Therapie</i>	.10	.14*	.11*	.06	.16**	.10
<i>Reha-Prozess</i>	.03	.10	.21***	.16**	.08	.18**
<i>Reha-Inhalte</i>	.18**	.14*	.19**	.11	.16**	.05
<i>Reha-Ziele</i>	.03	.12*	.06	.04	.06	.05

*p< .05; **p< .01; ***p<.001

Tabelle 37a Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme: Rangreihe der Erfüllung von Rehabilitationserwartungen in der Gesamtstichprobe
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; range= Wertebereich;

Nr.	Während der Rehabilitationsmaßnahme...	range	M	SD
16	...wurde ich auf die Medikamente eingestellt, die ich jetzt benötige.	0-3	2,74	0,69
15	...hat man weitere Untersuchungen durchgeführt.	0-3	2,64	0,85
17	...wurden die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet.	0-3	2,58	0,76
6	...habe ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekommen.	0-3	2,54	0,73
3	...habe ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern müssen.	0-3	2,49	0,69
2	...habe ich mich erholt.	0-3	2,46	0,78
4	...war der Ort ansprechend (z. B. Lage, Umgebung etc.).	0-3	2,46	0,71
5	...war es möglich, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	0-3	2,40	0,82
8	...konnte ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen.	0-3	2,33	0,86
1	...habe ich Abstand vom Alltag gewonnen.	0-3	2,30	0,89
7	...hat man mein Selbstvertrauen gestärkt und mir Mut gemacht.	0-3	2,25	0,89
26	...habe ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilgenommen.	0-3	2,16	1,04
25	...ich einen gesunden Lebensstil erlernt.	0-3	2,11	0,92
9	...habe ich gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	0-3	2,07	0,93
18	...hat man die Ursache für meine Erkrankung herausgefunden.	0-3	1,67	1,21
22	...wurde ich körperlich sehr gefordert.	0-3	1,65	0,91
21	...wurde der Verlauf genau besprochen und ich über meine Fortschritte informiert.	0-3	1,65	1,08
24	...habe ich ein Entspannungstraining erlernt.	0-3	1,63	1,20
10	...habe ich Hilfe bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen erhalten.	0-3	1,51	1,16
12	...ist meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt worden.	0-3	1,44	1,21
23	...wurde ich psychologisch betreut.	0-3	1,13	1,13
11	...habe ich Hilfe bei einer Rentenantragstellung erhalten.	0-3	0,73	1,09
19	...konnte ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen.	0-3	0,59	0,84
13	...bin ich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und beraten worden.	0-3	0,47	0,90
14	...bin ich über Hilfen für den Haushalt bzw. für die häusliche Pflege beraten worden.	0-3	0,47	0,90
20	...wurde meine Familie / mein Partner in das Programm einbezogen.	0-3	0,37	0,85

Tabelle 37b Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme: Rangreihe der Erfüllung von Rehabilitationszielen in der Gesamtstichprobe
M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; range= Wertebereich;

Nr.	Seit der Rehabilitationsmaßnahme...	range	M	SD
31	...führe ich ein gesundes Leben.	0-9	6,92	2,27
28	...kann ich mit meiner Krankheit besser umgehen.	0-9	6,57	2,34
27	...hat sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.	0-9	6,05	2,60
30	...hat sich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöht.	0-9	4,59	2,89
29	...kann ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten.	0-9	4,41	3,09

Tabelle 39 Erfüllung der Rehabilitationserwartungen und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben); p= Ergebnisse des Signifikanztests; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung

Nr.	Während der Rehabilitationsmaßnahme...	Frauen		Männer		p
		M	SD	M	SD	
1	...habe ich Abstand vom Alltag gewonnen.	2,52	0,82	2,18	0,91	.005*
2	...habe ich mich erholt.	2,59	0,66	2,39	0,83	.061
3	...habe ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern müssen.	2,72	0,52	2,36	0,74	<.001*
4	...war der Ort ansprechend (z. B. Lage, Umgebung etc.).	2,51	0,75	2,43	0,68	.424
5	...war es möglich ist, auch außerhalb der Rehabilitation etwas unternehmen (z. Cafes, Musik etc.).	2,45	0,89	2,37	0,78	.486
6	...habe ich Kontakt zu Patienten mit gleichen oder ähnlichen Problemen bekommen.	2,60	0,75	2,51	0,71	.350
7	...hat man mein Selbstvertrauen gestärkt wird und mir Mut gemacht.	2,39	0,82	2,18	0,92	.081
8	...konnte ich Stress aus Haushalt und Beruf abbauen.	2,47	0,80	2,26	0,89	.070
9	...habe ich gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	2,22	0,96	1,98	0,91	.054
10	...habe ich Hilfe bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen erhalten.	1,57	1,26	1,49	1,11	.624
11	...habe ich Hilfe bei einer Rentenantragstellung erhalten.	0,66	1,14	0,76	1,07	.537
12	...ist meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt worden.	1,63	1,25	1,34	1,17	.087
13	...bin ich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und beraten worden.	0,41	0,94	0,50	0,89	.530
14	...bin ich über Hilfen für den Haushalt bzw. die häusliche Pflege beraten worden.	0,41	0,99	0,50	0,85	.535
15	...hat man weitere Untersuchungen durchgeführt.	2,66	0,83	2,63	0,87	.764
16	...wurde ich auf die Medikamente eingestellt, die ich jetzt benötige..	2,82	0,64	2,70	0,72	.197
17	...wurden die Grenzen meiner körperlichen Belastbarkeit ausgetestet.	2,66	0,79	2,54	0,74	.266
18	...hat man die Ursache für meine Erkrankung herausgefunden.	1,67	1,26	1,66	1,19	.940
19	...konnte ich das Trainings- und Anwendungsprogramm selbst zusammenstellen.	0,58	0,84	0,60	0,85	.828
20	...wurde meine Familie / mein Partner in das Programm einbezogen.	0,44	0,95	0,34	0,79	.365
21	...wurde der Verlauf genau besprochen und ich über meine Fortschritte informiert.	1,72	1,16	1,60	1,04	.424
22	...wurde ich körperlich sehr gefordert.	1,71	1,02	1,61	0,84	.414
23	...wurde ich psychologisch betreut.	1,10	1,23	1,14	1,08	.798
24	...habe ich ein Entspannungstraining erlernt.	1,77	1,32	1,55	1,13	.170
25	...habe ich einen gesunden Lebensstil erlernt.	2,23	0,93	2,05	0,91	.131
26	...habe ich an vielen Gruppengesprächen und anderen Beratungen teilgenommen.	2,10	1,15	2,19	0,98	.556

Tabelle 39f Behandlungserwartungen und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben; p= Ergebnisse des Signifikanztests; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung

Nr.	Seit der Rehabilitationsmaßnahme...	Frauen		Männer		p
		M	SD	M	SD	
27	...hat sich mein Gesundheitszustand erheblich verbessert.	6,21	2,59	5,96	2,62	.480
28	...kann ich mit meiner Krankheit besser umgehen.	6,44	2,43	6,64	2,30	.525
29	...kann ich wieder genau wie früher im Beruf bzw. im Haushalt arbeiten.	4,51	3,13	4,36	3,07	.721
30	...hat sich meine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich erhöht.	4,56	2,92	4,60	2,88	.920
31	...führe ich ein gesundes Leben.	7,04	2,32	6,85	2,26	.547

Tabelle 41 Varianzanalyse der Bewertungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter
 Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD), N= Anzahl
 Alter (d): Alter dichotomisiert bei 58 J; p = Signifikanzniveau

Skalen	Alter (d)	Geschlecht	N	M	SD	Haupteffekte		Interaktions- effekte
						Alter (d)	Geschlecht	Alter(d) * G
<i>Ruhe / Erholung</i>	jüngere	Männer	69	11,41	2,92	p= .101	p= .048	p= .979
		Frauen	30	12,27	2,36			
		Gesamt	99	11,67	2,78			
	ältere	Männer	43	12,12	2,44			
		Frauen	25	13,00	2,33			
		Gesamt	68	12,44	2,42			
<i>Bewältigung</i>	jüngere	Männer	69	8,52	2,70	p= .154	p= .014	p= .251
		Frauen	30	9,13	2,80			
		Gesamt	99	8,71	2,73			
	ältere	Männer	43	8,65	3,08			
		Frauen	25	10,32	2,20			
		Gesamt	68	9,27	2,88			
<i>Rente / Beruf</i>	jüngere	Männer	69	4,09	3,16	p= .652	p= .757	p= .492
		Frauen	30	4,70	3,71			
		Gesamt	99	4,27	3,33			
	ältere	Männer	43	4,23	4,09			
		Frauen	25	4,00	4,22			
		Gesamt	68	4,15	4,11			
<i>Diagnose / Therapie</i>	jüngere	Männer	69	9,46	2,01	p= .976	p= .512	p= .517
		Frauen	30	9,47	2,19			
		Gesamt	99	9,46	2,06			
	ältere	Männer	43	9,23	2,45			
		Frauen	25	9,72	2,49			
		Gesamt	68	9,41	2,46			
<i>Reha-Prozess</i>	jüngere	Männer	69	2,07	1,67	p= .047	p= .729	p= .980
		Frauen	30	2,17	1,91			
		Gesamt	99	2,10	1,74			
	ältere	Männer	43	2,65	1,80			
		Frauen	25	2,76	1,69			
		Gesamt	68	2,69	1,75			

Tabelle 41 f Varianzanalyse der Bewertungsskalen mit den Faktoren Geschlecht und Alter
 Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD), N= Anzahl
 Alter (d): Alter dichotomisiert bei 58 J; p = Signifikanzniveau

Skalen	Alter (d)	Geschlecht	N	M	SD	Haupteffekte		Interaktions- effekte
						Alter (d)	Geschlecht	Alter(d) * G
<i>Reha-Inhalte</i>	jüngere	Männer	69	8,36	3,45	p= .443	p= .122	p= .960
		Frauen	30	9,20	3,83			
		Gesamt	99	8,62	3,57			
	ältere	Männer	43	7,91	2,80			
		Frauen	25	8,80	3,24			
		Gesamt	68	8,24	2,98			
<i>Reha-Ziele</i>	jüngere	Männer	69	26,99	10,09	p= .002	p= .621	p= .122
		Frauen	30	25,23	8,12			
		Gesamt	99	26,46	9,53			
	ältere	Männer	43	29,65	10,39			
		Frauen	25	33,04	10,53			
		Gesamt	68	30,90	10,49			

Tabelle 42 Kombinationen von Rehabilitationserwartungen und ihrer Erfüllung bei korrespondierenden Items des Erwartungs- und Bewertungsfragebogens

Item 1	Abstand vom Alltag	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	15	19
	erfüllt	45	141

Item 2	Erholung	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	1	26
	erfüllt	2	209

Item 3	um nichts kümmern	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	13	8
	erfüllt	55	151

Item 4	Ort	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	8	14
	erfüllt	33	172

Item 5	Freizeitangebot	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	14	21
	erfüllt	43	150

Item 6	Kontakt Mitpatienten	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	10	14
	erfüllt	61	152

Item 7	Selbstvertrauen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	17	28
	erfüllt	29	161

Item 8	Stressabbau	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	11	24
	erfüllt	45	145

Item 9	Mehr Freizeit	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	26	40
	erfüllt	27	136

Item 10	Hilfe Rechl. Fragen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	50	47
	erfüllt	36	75

Item 11	Hilfe Rentenanspruch	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	80	49
	erfüllt	15	26

Item 12	Bestätigung Leistungsfähig.	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	56	44
	erfüllt	44	55

Item 13	Info Umschulung	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	97	42
	erfüllt	14	14

Item 14	Info Haushalt & Pflege	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	112	44
	erfüllt	21	6

Item 15	Weitere Untersuchung	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	9	11
	erfüllt	41	155

Item 16	Medikamenteneinstellung	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	3	13
	erfüllt	7	216

Item 17	Körperl. Belastbarkeit	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	1	21
	erfüllt	11	202

Item 18	Ursache herausfinden	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	24	76
	erfüllt	16	107

Item 19	Programm mitgestalten	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	100	89
	erfüllt	15	22

Item 20	Angehörige einbeziehen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	110	80
	erfüllt	28	60

Tabelle 42 f Kombinationen von Rehabilitationserwartungen und ihrer Erfüllung bei korrespondierenden Items des Erwartungs- und Bewertungsfragebogens

Item 21	Info Reha-Verlauf	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	3	98
	erfüllt	9	122

Item 23/ 22	Körperl. gefordert werden	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	44	40
	erfüllt	45	92

Item 24/ 23	Psychologisch betreut werden	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	82	49
	erfüllt	28	60

Item 25/ 24	Entspannungs-training	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	36	58
	erfüllt	25	103

Item 26/ 25	Gesundheitsbildung	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	17	33
	erfüllt	20	158

Item 27/ 26	Gruppen-gespräche	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	30	23
	erfüllt	52	121

Item 28/ 27	Gesundheits-zustand verbessern	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	5	57
	erfüllt	3	172

Item 29/ 28	Umgang mit Erkrankung lernen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	3	42
	erfüllt	4	188

Item 30/ 29	Arbeitsfähig-keit wieder-erreichen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	21	95
	erfüllt	11	103

Item 31/ 30	Körperl. Leistungsfähig-keit erhöhen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	24	90
	erfüllt	12	107

Item 32/ 31	Gesunden Lebensstil führen	nicht erwartet	erwartet
	nicht erfüllt	2	37
	erfüllt	17	178

Tabelle 43 Mittelwertunterschiede für die Diskrepanz zwischen Erwartungs- und Erfüllungsskalen nach „Geschlecht“
 Ergebnisse des t-Tests; M= Mittelwert; df= Freiheitsgrade;

Skala	M		df	t-Wert	p
	Männer	Frauen			
<i>Ruhe / Erholung</i>	0,35	0,40	203	0,49	,63
<i>Bewältigung</i>	0,50	0,41	219	0,70	,49
<i>Rente / Beruf</i>	1,35	1,00	148	1,35	,18
<i>Diagnose / Therapie</i>	0,58	0,51	205	0,57	,57
<i>Reha-Prozess</i>	1,23	1,11	208	0,81	,42
<i>Reha-Inhalte</i>	0,94	0,90	209	0,26	,79
<i>Reha-Ziele</i>	1,36	1,33	224	0,13	,90

Tabelle 44 Rehabilitationsoutcome zu T3: Klinische Ereignisse im Jahresverlauf (N= 260),
 M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n= Anzahl, p= Signifikanz aus χ^2
 des Gruppenvergleichs

Merkmal	Gesamt		Frauen		Männer		p
	n	%	n	%	n	%	
Klinisches Ereignis							.43
(Re-)Myokardinfarkt	36	13,8	13	14,6	23	13,5	.80
(Re-)Bypass-Op	40	15,4	14	15,7	26	15,2	.91
(Re-)PTCA	54	20,8	17	19,1	37	21,6	.63
Kein Ereignis	200	76,9	71	79,8	129	75,4	

Tabelle 45 Zufriedenheit mit der Rehabilitation - Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression;
OR= odds ratio; CI= 95% Konfidenzintervalle; Gesamtstichprobe (N= 107 aufgrund von fehlenden Werte in den einzelnen Variablen)

Prädiktor	Abhängige Variable	
	Zufriedenheit mit der Rehabilitation	
	OR	CI
Alter in J	1,04	0,99 - 1,11
Geschlecht 1=m;2=w	1,07	0,32 - 3,56
Erholung	0,92	0,76 - 1,11
Krankheitsbewältigung	1,32*	1,05 - 1,66
Beruf / Rente	0,93	0,82 - 1,06
Diagnose / Therapie	0,89	0,69 - 1,16
Reha-Ablauf	0,76*	0,57 - 0,99
Reha-Inhalte	0,96	0,81 - 1,14
Reha-Ziele	0,92*	0,85 - 0,99
Erfüllungsdiskrepanz Skalenstufe nach Index	1,59**	1,30 - 1,94
Vorinformation ja/nein	2,18	0,71 - 6,71

*p< .05; **p< .01

Tabelle 46 Klinische Ereignisse im Jahresverlauf - Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression;
OR= odds ratio; CI= 95% Konfidenzintervalle; Gesamtstichprobe (N= 107 aufgrund von fehlenden Werte in den einzelnen Variablen)

Prädiktor	Abhängige Variable	
	Klinische Ereignisse im Jahresverlauf	
	OR	CI
Alter in J	1,06	0,99 - 1,13
Geschlecht 1=m; 2=w	1,17	0,29 - 4,82
Erholung	1,12	0,92 - 1,37
Krankheitsbewältigung	1,19	0,92 - 1,56
Beruf / Rente	1,05	0,92 - 1,20
Diagnose / Therapie	1,00	0,76 - 1,31
Reha-Ablauf	0,72*	0,52 - 0,99
Reha-Inhalte	0,99	0,80 - 1,24
Reha-Ziele	0,96	0,90 - 1,03
Erfüllungsdiskrepanz Skalenstufe nach Index	1,02	0,88 - 1,19
„Schwere“ der KHK, Skalenstufe nach Index	1,65*	1,05 - 2,58

*p< .05;

Tabelle 47 Lebenszufriedenheit zu T3 - Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression; OR= odds ratio; CI= 95% Konfidenzintervalle; Gesamtstichprobe (N= 115 aufgrund von fehlenden Werte in den einzelnen Variablen)

Prädiktor	Abhängige Variable	
	Lebenszufriedenheit zu T3	
	OR	CI
Alter in J	1,00	0,96 – 1,05
Geschlecht 1=m; 2=w	0,80	0,30 – 2,17
Erholung	1,08	0,92 – 1,26
Krankheitsbewältigung	0,94	0,77 – 1,15
Beruf / Rente	0,93	0,84 – 1,04
Diagnose / Therapie	0,83	0,67 – 1,03
Reha-Ablauf	1,45**	1,12 – 1,87
Reha-Inhalte	1,08	0,92 – 1,26
Reha-Ziele	1,02	0,97 – 1,070
Erfüllungsdiskrepanz Skalenstufe nach Index	0,87*	0,77 – 0,98
Lebenszufriedenheit T1 dichotom. am Median	1,25	0,77 – 2,03

*p< .05;**p< .01

Tabelle 48 Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu T3 - Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression (nur zu T1 Berufstätige) OR= odds ratio; CI= 95% Konfidenzintervalle; Gesamtstichprobe (N= 73 aufgrund von fehlenden Werte in den einzelnen Variablen)

Prädiktor	Abhängige Variable	
	Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit	
	OR	CI
Alter in J	0,83**	0,73 – 0,95
Geschlecht 1=m; 2=w	0,44	0,06 – 3,11
Erholung	1,27	0,99 – 1,62
Krankheitsbewältigung	0,65*	0,46 – 0,94
Beruf / Rente	0,82	0,66 – 1,02
Diagnose / Therapie	0,71	0,48 – 1,07
Reha-Ablauf	1,82*	1,09 – 3,06
Reha-Inhalte	1,13	0,89 – 1,44
Reha-Ziele	1,13*	1,02 – 1,25
Erfüllungsdiskrepanz Skalenstufe nach Index	0,94	0,78 – 1,13
Einkommen dichotom. am Median	0,78	0,79 – 1,03

*p< .05;**p< .01

Danksagung

Herzlich danken möchte ich Herrn Professor Dr. Dr. Heiner Raspe für die Annahme der Fragestellung als Dissertationsthema und die konstruktive und hilfreiche Betreuung.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Oskar Mittag, der mich als Betreuer dieser Arbeit in besonderer Weise unterstützt hat. Seine Anregungen und kritischen Hinweise zum Inhalt und zur methodischen Vorgehensweise haben mich immer wieder inspiriert und ermutigt. Zugleich danke ich ihm für das angenehme Arbeitsklima, den fruchtbaren Ideenaustausch und sein Vertrauen während meiner Mitarbeit im Forschungsprojekt.

Frau Dr. Ruth Deck hat mir freundlicherweise den von ihr entwickelten Motivationsfragebogen zur Verfügung gestellt und mir wertvolle Anregungen zu dessen Erweiterung und zur Durchführung der Pretests gegeben. Für das jederzeit vorhandene Interesse an dieser Arbeit möchte ich ihr herzlich danken.

Für die Tipps zur statistischen Auswertung der Daten bin ich Herrn Dr. Carsten Maurischat dankbar.

Nicht zuletzt danke ich allen Patienten, die sich zur Teilnahme am Projekt bereit erklärt und damit die Grundlage für diese Arbeit geschaffen haben.

Für ihre Geduld, ihre Aufmunterungen und viele kleine und große Hilfeleistungen danke ich meinen Eltern und meinem Mann.

Lebenslauf

Name: Horres-Sieben, geb. Horres

Vorname: Barbara

Geburtsdatum: 25. April 1966

Geburtsort: Würselen-Bardenberg

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

Schulbildung: 1972 – 1976 Gemeinschaftsgrundschule
Alsdorf-Kellersberg
1976 – 1985 Gymnasium der Stadt Alsdorf
Mai 1985 Allgemeine Hochschulreife

Studium: WS 1985 / 86 Aufnahme des Medizinstudiums an der
RWTH Aachen
August 1987 Ärztliche Vorprüfung
April 1989 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
April 1991 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
April 1991–März 1992 Praktisches Jahr im
St. Elisabeth-Krankenhaus,
Geilenkirchen
Juni 1992 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Berufstätigkeit: Juni 1993 – November 1994
Ärztin im Praktikum in der Mühlenberg-Klinik der LVA,
Malente
März 1995 – Juni 1997
Assistenzärztin in der Mühlenberg-Klinik der LVA, Malente
Juli 1997 – Juni 1998
Erziehungsurlaub
Juli 1998 – März 2001
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt
„Langfristige Verläufe nach erstem Herzinfarkt, erster PTCA
oder ACVB-Op bei Frauen und Männern“
Mai 2001 – September 2001
Werkvertrag im Forschungsprojekt
seit Oktober 2001
Elternzeit und parallel Fertigstellung der Dissertation

Kiel, im Juli 2004

Veröffentlichungen

Mittag, O.; Horres-Sieben, B.; Maurischat, C. & China, C. (2000).
„Koronare Herzerkrankung bei Frauen und Männern: Geschlechtsspezifische
Unterschiede und Konsequenzen für die Rehabilitation(-sforschung).“
Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 51, 62-71.

Horres-Sieben, B.; Mittag, O. & Raspe, H. (2001)
„Erwartungen von PatientInnen an die kardiologische Rehabilitation: Erste Ergebnisse
zu Reliabilität und Validität eines Fragebogens zu Rehaerwartungen.“
In: DRV (Hrsg.), Bd.26, Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis.
10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. Bis 14. März 2001 in Halle
/ Saale (S. 108-110), Frankfurt: DRV.

Mittag, O. & Horres-Sieben, B.(2001)
„Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation:
Überblicksarbeit.“
In: U. Worringen & C. Zwingmann (Hrsg.), Rehabilitation weiblich – männlich
(S.75-91). Weinheim, Juventa

Mittag, O.; Horres-Sieben, B. & Maurischat, C. (2001).
„Rollenqualität im Beruf: Reliabilität und Validität eines Fragebogens zur Messung
von „concerns“ und „rewards“ von Erwerbstätigkeit“
In: DRV (Hrsg.), Bd.26, Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis.
10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. Bis 14. März 2001 in Halle
/ Saale (S. 90-91), Frankfurt: DRV.

Mittag, O.; Horres-Sieben, B. & Maurischat, C. (2001).
„Rollenqualität im Beruf: Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität eines
Fragebogens zur beruflichen Rollenqualität (FBRQ). In: Deutsche Psychologen
Akademie (Hrsg.), Psychologie am Puls der Zeit (S.121-123). Bonn: Deutscher
Psychologen Verlag

Mittag, O.; Horres-Sieben, B. & Maurischat, C. (2002).
Krankheitsverarbeitung, Belastungsfaktoren und medizinisches Risiko bei
RehabilitandInnen nach koronaren Ereignissen: Ergebnisse zu Unterschieden
zwischen Frauen und Männern unter Berücksichtigung des Alters. In: DRV (Hrsg.),
Bd.33, Teilhabe durch Rehabilitation. 11. Rehabilitationswissenschaftliches
Kolloquium in München (S. 144-146), Frankfurt: DRV.