



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Sozialmedizinische Evaluation einer fachspezifischen Rehabilitation nach radikaler Prostatovesikulektomie

- Projektabschlussbericht -

gefördert durch die
Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen
(ARGE)

Projektleitung

PD Dr. Corinna Bergelt
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dipl.-Soz. Anneke Ullrich
Dipl.-Psych. Hilke M. Rath
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie

Kooperationspartner und -kliniken

Prof. Dr. Ullrich Otto	Kliniken Quellental/ Birkental- Fachklinik für uroonkologische und urologische Rehabilitation, Bad Wildungen
PD Dr. Martin Raida	Helios Klinik Bergisch-Land, Wuppertal
Dr. Christa Kerschgens	Vivantes Rehabilitation GmbH, Berlin
Dr. Christa Hagen-Aukamp	Niederrhein-Klinik, Korschenbroich

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1 Hintergrund	6
1.1 Wirksamkeit onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen	6
1.2 Entwicklung der ambulanten Rehabilitation in Deutschland	7
1.3 Forschungsstand zur ambulanten onkologischen Rehabilitation	8
1.4 Berufliche Aspekte in der onkologischen Rehabilitation	9
2 Fragestellungen	12
3 Methode	14
3.1 Studiendesign	14
3.2 Rekrutierung der Patienten	15
3.2.1 Beteiligte Einrichtungen	15
3.2.2 Ablauf der Befragung	15
3.3 Variablen und Instrumente	17
3.3.1 Patientenangaben	18
3.3.2 Ärztliche Angaben	30
3.4 Auswertungsstrategien	32
3.5 Stichprobengröße	33
3.6 Stichprobenbeschreibung	36
4 Ergebnisse	41
4.1 Medizinische Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)	41
4.1.1 Medizinisch-funktionelle Parameter	41
4.2 Medizinische Situation zum Ende der Rehabilitation (T2)	64
4.2.1 Medizinisch-funktionelle Parameter	64
4.3 Psychosoziale Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)	89
4.3.1 Psychische Belastung (HADS, DT)	89
4.3.2 Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-PR25, SF8)	91
4.3.3 Patientenseitige Angaben zur Erwerbsfähigkeit	99
4.3.4 Berufliche Belastung	104
4.3.5 Rehabilitationsmotivation und Erwartungen	112
4.4 Therapeutische Leistungen (KTL-Daten)	115
4.5 Ärztliche Angaben zur Erwerbsfähigkeit	119
4.6 Patientenseitige Erwartungen an die berufliche Reintegration	124
4.7 Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht	128
4.7.1 Bewertung der Rehabilitationseffekte	128
4.7.2 Bewertung der Rehabilitationseinrichtung	131
4.8 Nonresponder-Analyse 12 Monate (T3) nach Ende der Rehabilitation	138
4.8.1 Nonresponder-Analyse der stationären Patienten 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende	138
4.8.2 Nonresponder-Analyse der ambulanten Patienten 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende	141
4.9 Veränderungen im Katamnesezeitraum	145
4.9.1 Veränderungen seit Rehabilitationsende	145
4.9.2 Gesundheitliche Situation im Katamnesezeitraum	146
4.9.3 Behandlungen seit Rehabilitationsende	147
4.10 Effekte der Rehabilitation	150
4.10.1 Rückkehr zur Arbeit	150
4.10.2 Berufliche Leistungsfähigkeit	154
4.10.3 Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten	156
4.10.4 Antrag auf Erwerbsminderungsrente und Schwerbehindertenausweis	158
4.10.5 Rückkehr zur Arbeit unter Anwendung der Kriterien von Bürger et. al.	159
4.10.6 Entwicklung der psychosozialen Situation	164

4.10.7	Entwicklung der beruflichen Belastung	201
4.10.8	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	206
4.10.9	Fragebogen zur Erhebung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)	220
5	Diskussion.....	230
5.1	Zielsetzung der Studie	230
5.2	Studiendesign und Stichprobe	231
5.3	Ausgangssituation.....	232
5.3.1	Medizinisch-funktionelle Ausgangssituation	232
5.3.2	Ausgangssituation hinsichtlich psychosozialer Belastungen und Lebensqualität.....	233
5.3.3	Ausgangssituation hinsichtlich berufsbezogener Belastungen	233
5.3.4	Sozialmedizinische Ausgangssituation	234
5.4	Kurzfristige Effekte der Rehabilitation.....	235
5.4.1	Prozessevaluation der Rehabilitationsmaßnahmen.....	235
5.4.2	Veränderung medizinisch-funktioneller Outcomes zum Ende der Rehabilitation	236
5.4.3	Sozialmedizinische Outcomes am Ende der Rehabilitation	237
5.5	Langfristige Effekte der Rehabilitation	237
5.5.1	Veränderung psychosozialer Belastungen und der Lebensqualität	237
5.5.2	Veränderung arbeitsbezogener Belastungen.....	238
5.5.3	Rückkehr in den Beruf	238
5.5.4	Situation der nicht in den Beruf zurückgekehrten Patienten	241
5.6	Vergleichende Evaluation	241
5.6.1	Medizinisch-funktionelle Parameter.....	241
5.6.2	Psychosoziale Belastungen und Lebensqualität	243
5.6.3	Berufsbezogene Belastungen	243
5.6.4	Sozialmedizinische Parameter	244
5.7	Methodische Aspekte der Studie	245
6	Gesamtfazit	248
7	Literaturverzeichnis.....	249
Anhang A	258
Anhang B	263

Vorwort und Dank

Der hier vorliegende Bericht beschreibt die Durchführung und Ergebnisse der multizentrischen Studie „Evaluation einer fachspezifischen Rehabilitation nach radikaler Prostatovesikulektomie“. Der Bericht bezieht sich auf die im Rahmen der ersten drei Messzeitpunkte erhobenen Daten (Beginn und Ende der Rehabilitation sowie ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme). Die Datenerhebung zum vierten Messzeitpunkt (drei Jahre nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme), um die das ursprüngliche Studiendesign erweitert wurde, wird zum Zeitpunkt der Berichtlegung noch durchgeführt. Das Projekt wird von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen (ARGE) finanziell gefördert. Projektbeginn war im Jahr 2010, die Durchführung der ersten drei Messzeitpunkte dauerte bis 2013. Die Gesamtlaufzeit des Projektes wird 2016 enden.

Das Projekt untersucht die Wirksamkeit einer fachspezifischen Rehabilitation bei an Prostatakrebs erkrankten Männern nach radikaler Prostatovesikulektomie im Hinblick auf sozialmedizinische, psychosoziale und medizinisch-funktionelle Outcomes und vergleicht ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote. Aufgrund der längsschnittlichen Erhebung bieten die vorliegenden Daten die Möglichkeit, kurz- und langfristige Entwicklungen der Patienten in den unterschiedlichen Outcome-Parametern zu untersuchen. Weiterhin gestattet die große, homogene Stichprobe der an Prostatakrebs erkrankten Männer, Subgruppenanalysen durchzuführen. Der hier vorliegende Bericht gibt einen ausführlichen Überblick über die Datenlage und fokussiert auf die Beantwortung der a priori formulierten Fragestellungen. Weitere Fragestellungen werden in Form von Publikationen für Fachzeitschriften mit Peer-Review aufbereitet.

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit vier Rehabilitationskliniken durchgeführt, die stationäre und/oder ambulante Rehabilitationsangebote für an Prostatakrebs erkrankte Männer bereithalten. An dieser Stelle möchten wir zunächst unseren klinischen Kooperationspartnern Herrn Prof. Dr. U. Otto (Kliniken Hartenstein, Klinik Quellental und urologische Abteilung der Klinik Birkental, Bad Wildungen), Frau Dr. C. Kerschgens (Vivantes Rehabilitation GmbH, Berlin), Herrn PD Dr. M. Raida (HELIOS Klinik Bergisch-Land, Wuppertal) und Frau Dr. C. Hagen-Aukamp (Niederrhein-Klinik, Korschenbroich) für die gute, erfolgreiche Zusammenarbeit und die klinische Expertise danken! Unser Dank gilt auch den Ärztinnen und Ärzten der beteiligten Kliniken, die über eineinhalb Jahre hinweg eine große Anzahl an Patienten für eine Studienteilnahme gewinnen konnten. Darüber hinaus haben die Ärztinnen und Ärzte medizinisch-funktionelle Daten zu jedem Studienteilnehmer dokumentiert. Insbesondere möchten wir hierfür Herrn Dr. I. Knop und Herrn Dr. E. Kröger (Bad Wildungen), Herrn Dr. A. Mol (Wuppertal), Frau Dr. S. Brandis und Herrn Dr. H.-B. Heckert (Berlin) sowie Herrn Dr. R. Fetzter (Korschenbroich) danken. Für die organisatorische Unterstützung sind wir Herrn Dr.

M. Görner, Frau K. Hilscher, Frau V. Altenhoff und Frau G. Rohleder (Bad Wildungen), Frau P. Nussbaum und Frau D. Heinemann (Wuppertal), Frau V. Teichert (Berlin) sowie Frau N. Hummelsbeck (Korschenbroich) sehr dankbar. Darüber hinaus möchten wir allen weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kooperationskliniken, die sich als Ansprechpartner zur Verfügung gestellt oder auf vielfältige andere Weisen in die Studie eingebracht haben, danken. Durch den hohen Einsatz und das Engagement aller Beteiligten ist es gelungen, eine bedeutsame Anzahl an Patienten für die Studie zu rekrutieren. Die hohe Rücklaufquote ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird auch als positive Bilanz der Bemühungen gewürdigt, die seitens der Kliniken für die Studie aufgebracht wurden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Bearbeitung des Projekts im Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf möchten wir J. Bultmann, V. Beierlein und L. Inhestern, den studentischen Hilfskräften K. Steinmeyer, W. Gärtner, J. Habich, R. Risch und K. Nikolova sowie den Praktikanten L. Wittkuhn und L. Krause für die Unterstützung in verschiedenen Phasen des Projektes danken.

Darüber hinaus gilt unser Dank der ARGE für die Finanzierung des Projekts und die konstruktive Zusammenarbeit.

Nicht zuletzt möchten wir uns herzlich bei allen Patienten bedanken, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen und über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg ausführliche Fragebögen zu ihrem körperlichen und seelischen Befinden sowie ihrer beruflichen Situation zu beantworten. Durch ihre Offenheit für das Thema und die Teilnahme an der Studie konnte ein substanzieller wissenschaftlicher Beitrag zur Frage der Entwicklung sozialmedizinischer, psychosozialer und medizinisch-funktioneller Parameter bei an Prostatakrebs erkrankten Männern bis ein Jahr nach stationärer bzw. ambulanter Rehabilitation entstehen.

Hamburg, Mai 2014

PD Dr. Corinna Bergelt
Dipl.-Soz. Anneke Ullrich
Dipl.-Psych. Hilke M. Rath
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

1 Hintergrund

1.1 Wirksamkeit onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

In der Behandlung von Krebserkrankungen konnten durch Weiterentwicklung der operativen, strahlentherapeutischen und medikamentösen Therapie in den vergangenen Jahrzehnten wichtige Fortschritte erreicht werden. Gleichmaßen wurden auch Standards der supportiven Therapie (z.B. durch ASCO, ESMO, MASCC) entwickelt, um die Verträglichkeit der Therapien zu verbessern. Dennoch beeinträchtigen Krebserkrankungen und deren Behandlung häufig das physische und psychische Wohlbefinden der Patienten sowie ihr psychosoziales Umfeld. Somit dient die onkologische Rehabilitation in einem mehrdimensionalen Ansatz der Verbesserung der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben. Das deutsche Gesundheitswesen trägt dem Rehabilitationsbedarf bei Krebspatienten durch ein umfangreiches rehabilitatives Angebot Rechnung. So wurden im Jahr 2012 ca. 153.000 onkologische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013a). Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen ist abhängig von Faktoren wie Geschlecht, Alter und Krebsdiagnose (Koch, Aßmann, Heckl & Becker, 1995). Es ist ein typisches Merkmal der Rehabilitation, dass die Anzahl möglicher Ziele hier besonders groß ist, abhängig von den individuellen patientenbezogenen medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Begleitumständen. Insgesamt soll im Rahmen der Rehabilitation die Anpassung der Lebensperspektiven an das Leistungsvermögen und den Krankheitsverlauf geleistet werden. Das mehrdimensionale Spektrum von Zielen der onkologischen Rehabilitation erfordert damit eine Vielzahl spezifischer Maßnahmen. Dabei ist es ein charakteristisches Merkmal der onkologischen Rehabilitation, dass medizinische, soziale und berufliche Maßnahmen als gleichwertig angesehen und parallel durchgeführt werden (Delbrück, 1998). Bei Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund von Alter und Erwerbsstatus berufliche Aspekte eine Rolle spielen, wird im Hinblick auf die Partizipation am beruflichen Leben die Reintegration in den vorherigen Arbeitsplatz oder eine den Krankheitsfolgen angepasste Beschäftigung angestrebt. Etwa 50% der ursprünglich berufstätigen Brustkrebspatientinnen sind zwei Jahre nach der Rehabilitation vollzeitig ins Berufsleben zurückgekehrt, weitere 11% arbeiten Teilzeit (Indikator: Beitragszahlung in die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung). In den anderen onkologischen Indikationsgruppen ist der Anteil der Berufstätigen zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation (mit 40% Vollzeit und 9% Teilzeit) etwas geringer (Deutsche Fatigue Gesellschaft, 2004)).

Seit Anfang der 90er Jahre wurde eine Reihe Outcome-bezogener Evaluationsstudien vorgelegt, deren Ergebnisse belegen, dass stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen statistisch bedeutsame und klinisch relevante Effekte bewirken (Herdt, Schäfer, Geigges & Herrmann, 1996; Krischke, Niebrügge & Petermann, 1996; Otto & Dombo, 2002; Petermann,

2002; Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994; Teichmann, 2002; Uhlemann & Biskup, 1998; Weis, Bartsch & Erbacher, 1996). Bei diesen Studien handelt es sich zumeist um Prä-Post-Vergleiche, mit denen die in den jeweiligen Kliniken durchgeführten Maßnahmen evaluiert werden. Die berücksichtigten Ergebnisparameter beziehen sich sowohl auf körperliche Beschwerden und Behinderungen bzw. funktionale Einschränkungen als auch auf die Lebensqualität der Patienten und psychische Parameter wie Angst und Depressivität. Die Ergebnisse zeigen im Hinblick auf die Belastungssituation der Patienten übereinstimmend deutliche Verbesserungen zum Ende der Rehabilitationsmaßnahmen.

Kritik an vorliegenden Studien wird unter anderem bezüglich der verwendeten Outcome-Parameter geäußert. So stehen bei den meisten Studien psychosoziale Parameter und Lebensqualitätsaspekte stark im Vordergrund, während medizinische und funktionelle Parameter weniger Berücksichtigung finden. In der von der ARGE geförderten Studie zur Wirksamkeit der ambulanten onkologischen Rehabilitation wurde gezielt auf funktionelle Outcome-Parameter fokussiert und für verschiedene Indikationsgruppen hierzu ein Instrumentarium entwickelt und erprobt (Bergelt, Lehmann, Beierlein, Hagen-Aukamp, et al., 2008; Bergelt et al., 2009; Bergelt, Lehmann, Beierlein & Koch, 2008; Bergelt et al., 2007).

Aus sozialmedizinischer Sicht ist außerdem zu kritisieren, dass berufliche Aspekte der Rehabilitation und insbesondere das in der internationalen Literatur ausführlich thematisierte Thema „Rückkehr zur Arbeit“ in der Forschung zur onkologischen Rehabilitation bislang, anders als in anderen Indikationsbereichen (Bürger, Dietsche, Koch, Nischan & Klosterhuis, 2004; Theissing, Lepthin & Mittag, 2005), kaum beachtet wurde.

1.2 Entwicklung der ambulanten Rehabilitation in Deutschland

Die onkologische Rehabilitation in Deutschland ist im Hinblick auf die strukturellen Bedingungen der Leistungserbringung vor allem durch eine starke stationäre Orientierung gekennzeichnet. Insgesamt findet sich in der deutschen Versorgungslandschaft ein sehr gut ausgebautes und spezialisiertes stationäres Rehabilitationswesen, ambulante Rehabilitationsangebote sind jedoch selten. In anderen westlichen Industriestaaten werden dagegen rehabilitative Maßnahmen in erheblichem Umfang ambulant durchgeführt. Vorteile des ambulanten Settings werden zum einen in den geringeren Kosten, zum anderen in der besseren Umsetzbarkeit reintegrativer Zielsetzungen durch wohnortnahe Rehabilitation gesehen. Der Gesetzgeber hat diese Argumentation in den letzten Jahren gezielt aufgegriffen und der ambulanten Rehabilitation in verschiedenen gesetzlichen Festlegungen eine stärkere Position zugeschrieben.

Seit Mitte der 90er Jahre ist auch bei den großen Rehabilitationsträgern eine vermehrte Offenheit bezüglich der ambulanten Rehabilitation festzustellen. So wurden zwei große, von der Rentenversicherung und von den gesetzlichen Krankenkassen getragene Modellversu-

che im Bereich der ambulanten orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation durchgeführt. Das Behandlungskonzept dieser Modelle orientiert sich bezüglich des Leistungsangebotes eindeutig an den Standards der stationären Behandlung. Vorgesehen ist in diesen Konzepten eine maßnahmenintensive (mind. sechs Stunden pro Tag), interdisziplinäre und in der Regel in einem eng begrenzten Zeitraum zu erbringende Behandlung. Die Ergebnisse dieser Modellversuche und die einiger regional begrenzter Modelle belegen insgesamt, dass eine ambulante Rehabilitation in den genannten Indikationsbereichen zumindest für Teilgruppen von Patienten vergleichbare Behandlungseffekte wie die stationäre Rehabilitation erbringt (Bührlen & Jäckel, 2002; Bürger, Dietsche, Morfeld & Koch, 2002; Merkesdal et al., 1999; Merkesdal, Bernitt, Busche, Bauer & Mau, 2004; vom Orde, Schott & Iseringhausen, 2002).

1.3 Forschungsstand zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

Was die Umsetzung ambulanter Konzepte und deren Evaluation betrifft, gibt es in der ambulanten onkologischen Rehabilitation¹ bisher nur sehr begrenzte Erfahrungen. Ambulante Maßnahmen spielen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle in der rehabilitativen Versorgung: Im Jahr 2012 wurden ca. 2% der onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen als ambulante Maßnahmen durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013b). Gleichzeitig formuliert die BAR in ihren Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004) einen Bedarf der Schaffung ambulanter Strukturen, die mit einem wohnortnahen Angebot eine flexible Anpassung an die Erfordernisse des Einzelfalles ermöglichen. Als Vorteile der ambulanten Rehabilitation werden in diesen Richtlinien neben arbeitsbezogenen Faktoren (Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit durch stufenweise Wiedereingliederung, erleichterte Kontaktaufnahme zum Betrieb) vor allem Vernetzungsaspekte hervorgehoben (Förderung der (Re)Integration in das Wohnumfeld, stärkere Aktivierung des Selbsthilfepotentials, verbesserte Kooperation in der Weiterbehandlung nach der Rehabilitation, Nutzung komplementärer sozialer Hilfeinrichtungen).

Die ARGE hat in den vergangenen Jahren im Bereich Forschungsförderung zur Evidenzbasierung der ambulanten onkologischen Rehabilitation substantiell beigetragen und die multizentrische Studie „Wirksamkeit ambulanter onkologischer Rehabilitation“ gefördert. Erstmalig wurden in dieser Studie ambulante und stationäre onkologische Rehabilitation systematisch vergleichend evaluiert. Da es sich um die erste systematische Studie dieser Art handelte, lag der Fokus der zu bearbeitenden Fragestellungen vor allem auf Aspekten der Inanspruchnahme und des Rehabilitationsprozesses. Um ein möglichst breit gefächertes Abbild der

¹ Die einheitliche Verwendung des Begriffes „ambulante Rehabilitation“ entspricht einer Übereinkunft der BAR. Wenn von „ambulanter Reha“ gesprochen wird, so bezieht sich dies v.a. auf die in der Rentenversicherung vormals als „teilstationär“ bezeichneten Behandlungskonzeptionen.

ambulanten Rehabilitation zu berücksichtigen, wurden dabei die drei größten Indikationsgruppen der onkologischen Rehabilitation berücksichtigt (BN der Brust, BN der männlichen Genitalorgane und der Harnorgane, BN der Verdauungsorgane). Als Hauptergebnis der umfangreichen Auswertungen kann eine generelle Vergleichbarkeit ambulanter und stationärer Rehabilitation im Hinblick auf allgemeine psychosoziale und funktionelle Outcomes konstatiert werden (Bergelt, Lehmann, Beierlein & Koch, 2008). Aufgrund der Fokussierung der Studie auf eine allgemeine vergleichende Evaluation sowie die Fragenkomplexe Inanspruchnahme und Rehabilitationsprozess bleiben jedoch im Hinblick auf sozialmedizinische Outcomes viele Fragestellungen unbeantwortet. Darüber hinaus waren trotz einer großen Gesamtstichprobe Subgruppenanalysen in einzelnen Indikationsbereichen nur in sehr begrenztem Ausmaß möglich, was sich durch die Anzahl im Design berücksichtigter Indikationsbereiche begründet.

Weitere Ergebnisse zur Evaluation ambulanter onkologischer Rehabilitationsangebote liegen nur aus einem früheren, ebenfalls von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE) geförderten Projekt vor (Koch, Gundelach, Tiemann & Mehnert, 2000). Der Realisierung dieses Projektes und der Evaluation waren aufgrund unterschiedlicher Bedingungen enge Grenzen gesetzt: geringe Patientenzahl, schwer kontrollierbare Prozesse der Patientenselektion, begrenzte Vergleichbarkeit von ambulant behandelten und stationären Patienten, Verzicht auf einen prospektiven Untersuchungsansatz. Dennoch verwiesen auch diese Ergebnisse auf einen mit den oben zu den Indikationsgebieten Orthopädie und Kardiologie genannten Ergebnissen vergleichbaren Trend, dass nämlich das ambulante Konzept als alternative Behandlungsmöglichkeit zu sehen ist.

1.4 Berufliche Aspekte in der onkologischen Rehabilitation

In der internationalen Literatur finden sich einige Studien zur Wiedereingliederung in den Beruf bei Krebspatientinnen und -patienten. Auch hier wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die berufliche Wiedereingliederung ein wesentliches Ziel der Rehabilitation ist und dass ein großer Anteil der Krebspatientinnen und -patienten ins Arbeitsleben zurückkehren möchte und dazu auch in der Lage ist (Hoffmann, 2005). Eine Übersichtsarbeit zu Einflussfaktoren auf die Rückkehr zur Arbeit, in der 14 Studien mit Fallzahlen von N=12 bis N=403 analysiert wurden, berichtet eine mittlere Rückkehrate von 62% (Range: 30-93%). Als Faktoren, die die Rückkehr zur Arbeit negativ beeinflussen, wurden ein nicht-unterstützendes Arbeitsumfeld, körperliche Arbeit und die Diagnosegruppe Kopf- und Halstumoren identifiziert (Spelten, Sprangers & Verbeek, 2002). In einer amerikanischen Studie über die Rückkehr zur Arbeit bei 416 Brustkrebspatientinnen nach Erstdiagnose (mittleres Alter 51 Jahre), die vor der Diagnose berufstätig waren, wurde eine Rückkehrate von 80% innerhalb von 18 Monaten nach Diagnose festgestellt (Bouknight, Bradley & Luo, 2006). In einer kanadischen

bevölkerungsbezogenen Stichprobe von 646 Brustkrebspatientinnen und 890 nicht-erkrankten Frauen, die im Mittel 46 bzw. 45 Jahre alt waren, zeigte sich drei Jahre nach der Diagnose eine leicht verringerte Erwerbstätigenrate bei den Patientinnen (79% vs. 85% in der Kontrollgruppe). Geringes Einkommen und das Auftreten eines Rezidivs erhöhte für die Patientinnen die Wahrscheinlichkeit, am Ende des Follow-Up-Zeitraumes nicht erwerbstätig zu sein (Drolet et al., 2005). Eine norwegische bevölkerungsbezogene Studie an Brustkrebspatientinnen und Patienten mit Prostatakrebs bzw. Hodenkrebs (852 eingeschlossene Patientinnen und Patienten, 1548 Personen in der Kontrollgruppe) fand, dass sich Patientinnen und Patienten und Kontrollpersonen im Hinblick auf Arbeitszeiten und Vollzeitberufstätigkeit kaum voneinander unterschieden. Die Patientinnen und Patienten berichteten aber ein signifikant geringeres körperliches und geistiges Arbeitsvermögen und mehr körperliche Erkrankungen (Gudbergsson, Fossa, Borgeraas & Dahl, 2006). Bei diesen Ergebnissen ist zu beachten, dass die Rücklaufquote der Befragung unter den Patienten nur 51%, bei den Kontrollpersonen nur 39% betrug, so dass letztendlich nur 430 Patienten (davon 11% Prostatakrebspatienten) und 596 Kontrollpersonen in die Untersuchung gingen. Selektionseffekte dergestalt, dass schwerer erkrankte und nicht mehr erwerbstätige Patienten nicht an der Studie teilnahmen und die Erwerbstätigenrate insbesondere in der Patientengruppe überschätzt wird, können nicht ausgeschlossen werden.

Insgesamt zeigt die Literaturanalyse internationaler Studien ein heterogenes Bild, sowohl was die Ergebnisse, als auch was die Studiendesigns und methodische Qualität der Studien betrifft. Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialsysteme der verschiedenen Staaten lassen sich die Erkenntnisse aus internationalen Publikationen zudem nur sehr begrenzt auf die Situation in Deutschland übertragen.

Im deutschen Sprachraum ist die berufliche Reintegration und die Rückkehr zur Arbeit in den Indikationsbereichen Orthopädie und Kardiologie schon seit längerer Zeit in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen gelangt (Budde & Keck, 2001; Bürger, Dietsche, Morfeld & Koch, 2001; Mittag, Kolenda, Nordman, Bernien & Maurischat, 2001; Morfeld et al., 2006). Für die Rehabilitationsforschung im Bereich der Onkologie gibt es dagegen bislang kaum neuere Studien, die sich mit beruflicher Reintegration und der Rückkehr zur Arbeit befassen. Neben einer eigenen Studie, in welcher ein explizit entwickeltes berufsorientiertes Interventionsprogramm evaluiert wurde (Böttcher et al., 2013), untersucht eine andere Rehabilitationsstudie ebenfalls sozialmedizinische und berufliche Outcome-Parameter (Mehnert & Koch, 2012).

Möglicherweise hängt die geringe Anzahl an Forschungsarbeiten damit zusammen, dass aufgrund der Altersstruktur der Krebspatientinnen und -patienten in der onkologischen Rehabilitation berufliche Fragen nur für einen Teil der Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen. Für die Patientinnen und Patienten, die im erwerbsfähigen Alter sind, ist jedoch die

berufliche Reintegration oftmals von zentraler Bedeutung für die erfolgreiche Bewältigung der Erkrankung und die möglichst umfassende Wiedereingliederung in das familiäre und soziale Umfeld. In einer früheren Studie der Forschungsgruppe zu Effekten der stationären onkologischen Rehabilitation bezeichneten sich 37% der Befragten als erwerbstätig oder derzeit arbeitslos. Innerhalb dieser Teilgruppe definierten 53% der Patienten und 50% der Ärzte Rehabilitationsziele aus dem Bereich "Berufliche Leistungsfähigkeit" (Bergelt, 2002). 80% der Erwerbstätigen bzw. Arbeitslosen gaben am Ende der Maßnahme an, dass während der Rehabilitationsmaßnahme ihre Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit thematisiert worden sei, 60% führten während der Rehabilitationsmaßnahme ein Gespräch mit dem Sozialdienst. Bei 83% der Befragten stimmte die abschließende ärztliche Beurteilung ihrer Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit mit ihrer eigenen Einschätzung überein (Bergelt, 2002).

2 Fragestellungen

Im Zuge fortschreitender Professionalisierung und Optimierung der Rehabilitation wird auch in der onkologischen Rehabilitation Konzepten der beruflichen Orientierung und sozialmedizinischen Outcomes zunehmend Bedeutung beigemessen, gerade weil berufliche Aspekte für die Patienten, die im erwerbsfähigen Alter sind, eine zentrale Rolle spielen.

Die Studie fokussiert auf eine systematische Evaluation berufsbezogener und sozialmedizinischer Outcomes in der ambulanten und stationären onkologischen Rehabilitation.

Weiterhin wurde speziell auf die Gruppe von Prostatakrebspatienten fokussiert, da diese in früheren Studien (Böttcher et al., 2013; Mehnert & Koch, 2012) zumeist unterrepräsentiert gewesen sind. Das Prostatakarzinom stellte 2009/ 2010 die Krebserkrankung mit der höchsten Inzidenzrate in der männlichen Bevölkerung dar. Dabei lag die Zahl der Neuerkrankungen im Jahr 2010 bei etwa 65.800, so dass ein substantieller Anteil von Männern betroffen ist (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 2013). Zudem erlaubt die Fokussierung auf *eine* Patientengruppe differenziertere Analysestrategien im Bereich von Subgruppenanalysen, da die Subgruppen bei einer hinsichtlich der Tumordiagnosen homogenen Stichprobe substantiellere Fallzahlen enthalten.

Für die vorliegende Untersuchung wurden zwei Fragestellungen definiert:

- (1) Analyse **sozialmedizinischer Outcomes** in der (ambulanten oder stationären) fachspezifischen onkologischen Rehabilitation bei Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie anhand objektiver und subjektiver Bewertungskriterien
- (2) **Vergleichende Evaluation** von ambulanter und stationärer onkologischer Rehabilitation bei Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie im Hinblick auf funktionelle, psychosoziale und sozialmedizinische Parameter

Zur Bearbeitung der Themenkomplexe wurden die folgenden Fragestellungen formuliert:

(1) Analyse der sozialmedizinischen Outcomes

- Welche beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Belastungen berichten die Patienten? (Rehabilitationsbeginn und Katamnesezeitraum)
- Wie hoch ist der Anteil der Patienten, der nach der (ambulanten bzw. stationären) Rehabilitation an den Arbeitsplatz zurückkehrt?
- Wie schnell kehren die Patienten nach der (ambulanten bzw. stationären) Rehabilitation an den Arbeitsplatz zurück?

- Wie erleben und bewerten die Patienten die Rückkehr zur Arbeit?
- Welche Patientenmerkmale beeinflussen den Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die Rückkehr zur Arbeit in der ambulanten bzw. stationären Rehabilitation? (Soziodemographische Merkmale, funktionelle Parameter, Reha-Motivation, arbeitsbezogene Faktoren etc.)

(2) Vergleichende Evaluation

- Unterscheiden sich Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie, die eine ambulante onkologische Rehabilitation in Anspruch nehmen im Hinblick auf funktionelle und psychosoziale Parameter von Patienten, die eine stationäre onkologische Rehabilitation in Anspruch nehmen? Wenn ja, in welchen der funktionellen und psychosozialen Parameter unterscheiden sie sich und in welchem Ausmaß?
- Lassen sich in der ambulanten Rehabilitation bei Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie im Hinblick auf funktionelle und psychosoziale Parameter vergleichbare Effekte wie in der stationären Rehabilitation erzielen?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen ambulanten und stationären Angebotsformen im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen (KTL-Daten)?
- Wie beurteilen die Patienten in der ambulanten bzw. stationären Rehabilitation die Rehabilitationsmaßnahme? (Art, Dauer und Frequenz des Angebotes, Zufriedenheit mit der therapeutischen Betreuung etc.)
- Wie unterscheiden sich ambulante und stationäre Rehabilitation im Hinblick auf die während der Rehabilitation empfohlenen bzw. eingeleiteten Maßnahmen zur Weiterbehandlung? (Informationsstand hinsichtlich Maßnahmen zur Weiterbehandlung nach der Rehabilitation, Kontaktaufnahme mit diesbezüglichen Einrichtungen während der Rehabilitation etc.)

3 Methode

3.1 Studiendesign

Die Fragestellungen wurden anhand einer prospektiv angelegten multizentrischen Feldstudie mit zwei Gruppen untersucht:

1. Prostatakrebspatienten nach radikaler Prostatovesikulektomie, die eine **ambulante onkologische Rehabilitation** in Anspruch nehmen (*amb*)
2. Prostatakrebspatienten nach radikaler Prostatovesikulektomie, die eine **stationäre onkologische Rehabilitation** in Anspruch nehmen (*stat*)

Das Studiendesign ist längsschnittlich mit insgesamt drei Messzeitpunkten angelegt, um langfristige Aussagen über das zentrale Outcome „Rückkehr zur Arbeit“ und die Entwicklung der psychosozialen Parameter der Patienten machen zu können.

Zu Beginn (T1) und zum Ende der Rehabilitation (T2) machten Patienten sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Angaben. Darüber hinaus beantworteten die Patienten 12 Monate nach Ende der Maßnahme (T3) einen weiteren Fragebogen. Am Ende der Rehabilitation (T2) wurden zusätzlich die Routinedaten der Patienten aus dem Rehabilitations-Entlassbericht von den Kliniken bereitgestellt. Der Katamnesezeitraum von einem Jahr wird zur Verlaufsmessung mit drei Messzeitpunkten in der rehabilitationswissenschaftlichen Literatur empfohlen und ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisse mit anderen nationalen und internationalen Studien (Petermann, 2000).

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die Rekrutierung der Prostatakrebspatienten definiert:

Einschlusskriterien:

- Prostatakarzinompatienten nach radikaler Prostatovesikulektomie
- Reha-Art: Anschlussheilbehandlung
- Tumorstadien: pT 1-4, pN0, M0
- Alter \leq 64 Jahre
- Erwerbsstatus: präoperative Erwerbstätigkeit, keine passive Phase von Altersteilzeit
- Patient bezieht keine Dauerrente und hat auch keinen Rentenantrag gestellt
- Einwilligung in die Studienteilnahme

Ausschlusskriterien:

- Alter >64 Jahre
- Vorliegen eines behandlungsbedürftigen Zweitkarzinoms (z.B. Harnblasen-Karzinom)
- Erwerbsstatus: dauerhaft berentet oder in passiver Phase von Altersteilzeit
- Rentenantrag gestellt
- Überforderung aufgrund zu schlechten körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustands (ärztliche Einschätzung)
- kognitive Defizite (ärztliche Einschätzung)
- unzureichende Deutschkenntnisse (für das Ausfüllen der Fragebögen)
- Teilnahmeverweigerung

3.2 Rekrutierung der Patienten

3.2.1 Beteiligte Einrichtungen

Insgesamt wurden verschiedene ambulante und stationäre Rehabilitationskliniken in die Studie einbezogen, um den multizentrischen Studienansatz realisieren zu können.

Folgende vier Kliniken sind an der Studie beteiligt:

- HELIOS Klinik Bergisch-Land, Wuppertal (Ärztlicher Direktor: PD Dr. med. M. Raida, stationäre und ambulante Rehabilitation)
- Vivantes Rehabilitation GmbH, Berlin (Leitende Ärztin Onkologie: Dr. med. C. Kerschgens, ambulante Rehabilitation)
- Niederrhein-Klinik, Korschenbroich, (Ärztliche Leitung: Dr. med. C. Hagen-Aukamp, stationäre und ambulante Rehabilitation)
- Kliniken Quellental/Birkental- Fachklinik für uroonkologische und urologische Rehabilitation, Bad Wildungen (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. U. Otto, stationäre Rehabilitation)

Da die HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) sowie die Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) sowohl ambulante wie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen anbieten, wurden in diesen beiden Kliniken beide Patientengruppen rekrutiert. Bei der Vivantes Rehabilitation (Berlin) handelt es sich um eine ausschließlich ambulante Einrichtung. In den Kliniken Quellental und Birkental (Bad Wildungen) wurden ausschließlich stationäre Patienten in die Studie aufgenommen.

3.2.2 Ablauf der Befragung

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte i.d.R. im Laufe des ärztlichen Aufnahmegesprächs in den einzelnen Kliniken. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stellten die Studie sowie die Ziele der Untersuchung vor, sofern die Patienten alle definierten Einschlusskriterien erfüllten.

Erklärten sich die Patienten bereit, teilzunehmen, erhielten sie ein ausführliches Informationsschreiben sowie eine Einverständniserklärung. Neben den Einschlusskriterien war die unterschriebene Einverständniserklärung Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie. Mit ihrer Unterschrift erklärten die Patienten ihre Einwilligung zur Beantwortung von drei Fragebögen (Beginn, Ende und 12 Monate nach Rehabilitation) sowie zur Erhebung ausgewählter medizinischer und Behandlungsdaten.

Den ersten Fragebogen (T1) erhielten die Patienten mit der Bitte, diesen in den ersten drei Tagen der Maßnahme auszufüllen und anschließend in einem beigefügten Umschlag verschlossen zurückzugeben. Parallel beantworteten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einen Fragebogen zu medizinisch-funktionellen Parametern des Patienten. Kurz vor Ende der Rehabilitationsmaßnahme erhielten die Patienten einen zweiten Fragebogen (T2), den sie noch in der Klinik ausfüllten und vor der Abreise ebenfalls in einem Umschlag verschlossen zurückgaben. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte schätzten zum Ende der Maßnahme wiederum relevante Funktionsparameter ein. Alle den Patienten betreffenden Fragebögen wurden in den Kliniken zu Datensets zusammengefasst, gesammelt und viertel- bis halbjährlich an das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf gesandt.

Zusätzlich fügten die Kliniken den Datensets Routinedaten aus den Entlassberichten der Patienten hinzu, die den Unterlagen anhand von pseudonymisierten Codelisten zugeordnet wurden. Dabei handelte es sich um die Daten zur Klassifikation der therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL-Daten) zur Dokumentation der erhaltenen Behandlungen und die Beurteilung des sozialmedizinischen Leistungsbilds durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt im Rehabilitations-Entlassbericht.

Ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme wurden die Patienten noch einmal postalisch mit einem dritten Fragebogen (T3) angeschrieben und gebeten, den ausgefüllten Bogen portofrei an das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf zurückzusenden (Abb. 3.1).

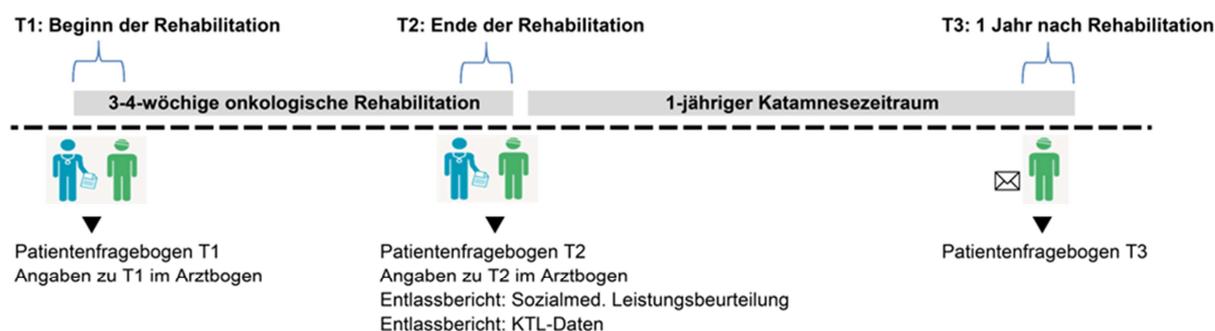


Abb. 3.1: Ablauf der Befragung

3.3 Variablen und Instrumente

Die Patienten machten zu Beginn (T1) und zum Ende der Rehabilitation (T2) sowie ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) Angaben zu soziodemographische, krankheits- und behandlungsbezogenen, psychosozialen sowie arbeits- und berufsbezogenen Merkmalen. Entsprechend wurden unter anderem Instrumente eingesetzt, die klassische Outcome-Parameter wie bspw. Angst und Depressivität oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfassen. Im Hinblick auf die spezifischen berufsbezogenen Fragestellungen der Studie wurden unter anderem Fragebögen zur beruflichen Leistungsfähigkeit, zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern sowie zu Arbeitsstress eingesetzt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beantworteten zum ersten (T1) und zweiten (T2) Messzeitpunkt Fragen bezüglich spezifischer urologischer und uro-onkologischer Parameter und funktioneller Einschränkungen der Patienten. Weitere Daten wie die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen während der Rehabilitationsmaßnahme (KTL) und das sozialmedizinische Leistungsbild wurden den Entlassberichten entnommen.

Einen Überblick über die Instrumente und Items, die zur Selbsteinschätzung der Patienten (T1 bis T3) sowie zur Erhebung ärztlicher Angaben (T1 und T2) verwendet wurden, gibt Tab. 3.1.

Tab. 3.1: Übersicht über die eingesetzten Instrumente

	Messzeitpunkte		
	T1 (Beginn Reha)	T2 (Ende Reha)	T3 (12 Monate nach T2)
PATIENTENANGABEN			
Allgemeine Angaben			
Fragen zu soziodemographischen Merkmalen	•		
Fragen zu Veränderungen bzgl. der Lebenssituation nach Rehabilitation			•
Fragen zu kritischen Lebensereignissen nach Rehabilitation			•
Medizinische und behandlungsbezogene Variablen			
Fragen zu krankheitsbedingten Beschwerden	•	•	•
Fragen zur Gesundheit und zu Behandlungen nach Rehabilitation			•
Psychosoziale Variablen			
Belastung: Distress-Thermometer (DT)	•	•	•
Angst und Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale – Dt. Version (HADS)	•	•	•
Generische Lebensqualität: Short Form-8 Health Survey (SF-8)	•	•	•
Krebsspezifische Lebensqualität: EORTC Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)	•	•	•
Prostatakrebspezifische Lebensqualität: EORTC Quality of Life Questionnaire – Prostatamodul (EORTC QLQ-PR25)	•	•	•
Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (angelehnt an den FLZ ^M)	•	•	•

Fortsetzung Tab. 3.1

	Messzeitpunkte		
	T1 (Beginn Reha)	T2 (Ende Reha)	T3 (12 Monate nach T2)
Arbeits- und berufsbezogene Variablen			
Fragen zu derzeitiger/letzter Erwerbstätigkeit	•		
Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung und beruflichen Veränderungen		•	•
Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	•	•	•
Beurteilung beruflicher Leistungsfähigkeit (SIBAR)	•	•	•
Effort-reward Imbalance at work questionnaire (ERI, OC)	•	•	•
Rehabilitationsspezifische Variablen			
Fragebogen zur Rehabilitationsmotivation (PAREMO)	•		
Fragen zu Erwartungen an die Rehabilitation	•		
Fragen zur Beurteilung der Rehabilitation und Patientenzufriedenheit		•	•
ÄRZTLICHE ANGABEN			
Medizinische und Behandlungsdaten			
Medizinische und behandlungsspezifische Variablen	•	•	
Funktionelle Parameter	•	•	
Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)		•	
Sozialmedizinische Variablen			
Sozialmedizinisches Leistungsbild (Reha-Entlassbericht)		•	

3.3.1 Patientenangaben

3.3.1.1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten

Patienten beantworteten soziodemographische sowie krankheitsbezogene Items, die auf bereits durchgeführten rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf basieren und sich in diesem Rahmen bewährt haben. So machten sie u.a. Angaben zu ihrem Familienstatus sowie zu Ausbildung und Einkommen, aber auch zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose und den damit einhergehenden Folgeproblemen.

3.3.1.2 Psychosoziale Situation

Depressivität und Angst (HADS)

Die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) wurde in den USA als Selbstbeurteilungsinstrument für nicht-psychiatrische Patienten im klinischen Setting entwickelt und zählt im Hinblick auf die Erfassung von Angst und Depressivität zu den derzeit am häufigsten eingesetzten Instrumenten bei Krebspatienten (Brennan, 2010; Zigmond & Snaith, 1983). Die deutsche Version liegt seit 1995 vor (Hermann, Buss & Snaith, 1995). Die Skala wird bei somatisch erkrankten Patienten eingesetzt, um eine frühzeitige Diagnostik klinisch relevanter psychischer Belastungen parallel zu körperlichen Erkrankungen zu ermöglichen (Zigmond & Snaith, 1983). Unerkannte psychische Beeinträchtigungen können den Krankheitsverlauf

negativ beeinflussen und die körperliche Genesung erheblich erschweren (Hermann et al., 1995). Um zuverlässig zwischen psychischen und somatischen Beschwerden trennen zu können, sind Symptome wie Schlaflosigkeit und Gewichtsverlust nicht in das Instrument aufgenommen worden, da diese bei körperlich kranken Patienten häufig organischen Ursprungs oder eine Behandlungsfolge sein können (Hinz & Schwarz, 2001).

Die Erfassung von Angst und Depressivität erfolgt anhand von zwei getrennten Skalen mit jeweils sieben vierstufigen Items. Der Summenscore pro Skala kann Werte von 0 bis 21 Punkte annehmen, wobei hohe Werte einen Hinweis auf eine hohe Ausprägung von Angst bzw. Depressivität geben. Zur Differenzierung der klinischen Belastung werden Cut-off-Werte vorgeschlagen. Dabei gelten Werte zwischen 0-7 als unauffällig, zwischen 8-10 als grenzwertig und bei 11 oder mehr Punkten als klinisch relevante Belastung (Hermann et al., 1995).

Bezüglich der Gütekriterien der HADS liegen bereits viele nationale und internationale Untersuchungen vor. Die Reliabilität (Cronbach's α) liegt unterschiedlichsten Studien zufolge zwischen .78 bis .93 für die Angstskala und zwischen .81 bis .90 für die Depressivitätsskala (Hermann et al., 1995; Herrmann, 1997; Hinz & Schwarz, 2001; Michopoulos et al., 2008; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001). Im Rahmen einer Überblicksstudie bezüglich der Validität wurde berichtet, dass die zweidimensionale Faktorenstruktur der HADS in verschiedenen Untersuchungen mehrheitlich bestätigt werden konnte sowie Zusammenhänge von .49 bis .83 mit anderen Verfahren zur Erhebung von Angst und Depressivität (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002).

Repräsentative Normwerte der deutschen Bevölkerung liegen aus den Jahren 1995 und 2001 vor (Hermann et al., 1995; Hinz & Schwarz, 2001).

Subjektive Belastung (DT)

Das NCCN Distressthermometer wurde vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) in den USA entwickelt und ist ein Screeninginstrument zur Erfassung der subjektiven Belastung von Krebspatienten (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2003; Roth et al., 1998). Seit 2006 liegt die Skala als deutsche Version vor (Mehnert, Müller, Lehmann & Koch, 2006).

Anhand eines Thermometers geben die Patienten an, wie stark sie sich in der vorausgegangenen Woche bis zum aktuellen Zeitpunkt belastet gefühlt haben (Abb. 3.2). Die Einschätzung erfolgt mittels einer 11-stufigen Skala von 0 bis 10. Werte unter fünf gelten als „normale“ Belastung im Rahmen einer Krebserkrankung, während höhere Werte auf eine mittlere bis starke Belastung hinweisen und somit auf die potentielle Notwendigkeit einer weiterführenden professionellen Unterstützung (Mehnert et al., 2006).

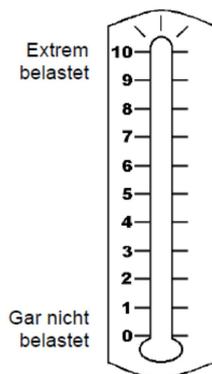


Abb. 3.2: Belastungsthermometer zur Angabe der Belastung in der letzten Woche (Mehnert et al., 2006)

Ergänzt wird das Distressthermometer (DT) durch eine ausführliche Problemliste, anhand welcher die Patienten beurteilen, in welchen Lebensbereichen besondere Einschränkungen vorliegen. Zu diesem Zweck werden 20 Items aus dem Bereich körperlicher Probleme (bspw. „Schmerzen“, „Übelkeit“, „Erschöpfung“), 5 Items aus dem Bereich praktischer Probleme (bspw. „Wohnsituation“, „Versicherung“, „Arbeit/Schule“), 5 Items aus dem Bereich emotionaler Probleme (bspw. „Sorgen“, „Ängste“, „Traurigkeit“), 2 Items aus dem Bereich familiärer Probleme („Umgang mit dem Partner“, „Umgang mit den Kindern“) und 2 Items aus dem Bereich spiritueller/religiöser Probleme („in Bezug auf Gott“, „Verlust des Glaubens“) von den Patienten dichotom eingeschätzt.

Durch das DT und die Problemliste ist es möglich, einzuschätzen, inwiefern die Patienten besondere Unterstützung benötigen und welche Lebensbereiche primär durch die Erkrankung beeinträchtigt sind. Auf dieser Basis kann dann eine Weitervermittlung an beispielsweise psychoonkologische Betreuung, den Sozialdienst oder die Seelsorge eingeleitet werden.

Da das DT ein Ein-Item-Instrument ist, kann die interne Konsistenz nicht bestimmt werden. Die Validität wurde bereits in einigen nationalen wie internationalen Studien untersucht (Mehnert et al., 2006; Mitchell, 2007; Roth et al., 1998). Am häufigsten wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (Zigmond & Snaith, 1983) zur Validierung eingesetzt. Insgesamt findet sich ein höherer Zusammenhang des DT mit der HADS-Angstskala als mit der HADS-Depressivitätsskala (Mehnert et al., 2006)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 & EORTC QLQ-PR25)

EORTC QLQ-C30. Der European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30) wurde speziell entwickelt, um die Lebensqualität von Krebspatienten zu erfassen (Aaronson et al., 1993). Das Instrument wird international verwendet und ist in über 80 Sprachen bzw. Dialekten verfügbar. Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Lebensqualität ist häufig ein wichtiges Ziel im Rahmen der Behandlung einer Krebserkrankung. Diese wird oftmals durch die Erkrankung selbst oder die

krebsspezifischen Therapien und Nebenwirkungen stark beeinträchtigt. Die Patienten können auf verschiedensten Ebenen betroffen sein. So erleben viele Patienten beispielsweise körperliche Einschränkungen sowie psychische, emotionale oder soziale Gesundheitsprobleme (Aaronson et al., 1993). Um die Bandbreite an unterschiedlichen Funktionseinschränkungen und Symptomen zu erheben, besteht der EORTC QLQ-C30 aus insgesamt 30 Items, die neun Skalen und sechs Einzelitems zuzuordnen sind. Fünf der Skalen sind Funktionskalen und erfassen mit Hilfe von zwei bis fünf Items pro Skala Informationen über die körperliche Funktion, die Rollenfunktion sowie die kognitive, emotionale und soziale Funktion des Patienten. Fatigue (drei Items), Übelkeit und Erbrechen (zwei Items) sowie Schmerz (zwei Items) werden anhand von Symptomskalen erhoben. Die neunte Skala erfasst den globalen Gesundheitszustand bzw. die globale Lebensqualität mit zwei Items. Zusätzlich werden mit sechs Ein-Item-Skalen Kurzatmigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Durchfall und finanzielle Schwierigkeiten erfasst.

Die Auswertung erfolgt getrennt für Funktions- und Symptomskalen. Durch eine Transformation der Skalenwerte können Punktwerte zwischen 0 und 100 pro Skala erreicht werden. Hohe Werte auf der Skala Globale Lebensqualität und den Funktionskalen entsprechen einer höheren Lebensqualität, während hohe Werte auf den Symptomskalen eine höhere Symptombelastung bedeuten.

Die psychometrischen Kennwerte des EORTC QLQ-C30 wurden international häufig untersucht. Die Reliabilität betreffend variieren die Angaben zur internen Konsistenz (Cronbach's α) der Skalen von .56 bis .91 (Apolone, Filiberti, Cifani, Ruggiata & Mosconi, 1998; Arraras et al., 2002; Kaasa et al., 1995; Mistakidou et al., 2001; Osoba et al., 1994). Bezüglich der Validität konnte u.a. international eine gute Konstruktvalidität sowie die diskriminante Validität des Fragebogens bestätigt werden (Apolone et al., 1998; Arraras et al., 2002; Mistakidou et al., 2001). Eine deutsche Studie liefert Referenzwerte einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe (Schwarz & Hinz, 2001).

EORTC QLQ-PR25. Zusätzlich zum Kernfragebogen EORTC QLQ-C30 bestehen weitere tumorspezifische Module, die ergänzend eingesetzt werden können (bspw. für Brustkrebs oder Lungenkrebs). Der EORTC QLQ-PR25 wurde speziell für die Bedürfnisse von Patienten entwickelt, die an einem Prostatakarzinom erkrankt sind. Insgesamt werden mit 25 Items zwei Funktions- und vier Symptomskalen erfasst (Borghede, 1996; van Andel et al., 2008). Auf den Funktionskalen schätzen die Patienten ihre sexuelle Aktivität (zwei Items) und die sexuelle Funktionsfähigkeit (vier Items) ein. Letztere wird allerdings nur bei den Patienten erhoben, die zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens angeben, innerhalb der letzten vier Wochen sexuell aktiv gewesen zu sein. Weiterhin werden die Urininkontinenz (acht

Items), Darmsymptome (vier Items), behandlungsbedingte Symptome (sechs Items) sowie der Bedarf an Inkontinenzhilfen (ein Item) erfragt.

Die Auswertung des PR25 erfolgt ebenfalls durch eine Transformation der Skalenwerte, so dass die Patienten auf allen Skalen zwischen 0 und 100 Punkte erreichen können. Bezüglich der Funktionsskalen entspricht ein höherer Wert einer besseren Funktionsfähigkeit, während ein hoher Wert auf den Symptomskalen auf eine hohe Belastung hindeutet.

Bezüglich der psychometrischen Merkmale des PR25 zeigten sich bislang für die Skalen Urininkontinenz und Sexualität interne Konsistenzen zwischen .70 und .86 (Cronbach's α), während die Ergebnisse für die Skalen Darmsymptome und behandlungsbedingte Symptome geringer ausfallen (Cronbach's α zwischen .39 und .55 (van Andel et al., 2008; Yu-Jun Chang & Chang)). Der Fragebogen ist sensitiv für Veränderungen des Gesundheitszustands über die Zeit hinweg (van Andel et al., 2008).

Bislang liegen noch keine deutschen Referenzdaten vor. Aktuell ist ein Vergleich mit einer internationalen Stichprobe an erkrankten Männern möglich, die in 13 Ländern durchgeführt wurde und Vergleichswerte berichtet (van Andel et al., 2008). Allerdings handelt es sich hierbei um eine Stichprobe aus Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung entweder kurativ oder palliativ behandelt worden sind, weshalb abhängig von der eigenen Zusammensetzung der Stichprobe, ein Datenvergleich mit Vorsicht interpretiert werden sollte.

Generische Lebensqualität (SF-8)

Der Short Form-8 Health Survey (SF-8) wird eingesetzt, um die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erheben (Beierlein, Morfeld, Bergelt, Bullinger & Brähler, 2012; Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 1999). Das Instrument ist eine Kurzform der Short-Form-36 Health Survey (SF-36), dem aktuell am häufigsten eingesetzten generischen Lebensqualitätsfragebogen (Bullinger, 1995; Bullinger & Kirchberger, 1998). Da es sich um einen generischen Fragebogen handelt, kann er sowohl in gesunden wie auch kranken Populationen eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der Definition von Gesundheit durch die World Health Organization (WHO) als multidimensionales Konstrukt (WHO, 1946), werden durch die Fragebogenitems des SF-8 sowohl körperliche, psychische wie auch soziale Aspekte der Lebensqualität erfasst. Insgesamt werden die acht Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden gemessen. Jede der acht Dimensionen wird mit nur einem Item erhoben. Auf Basis der erreichten Punktwerte auf den einzelnen Skalen werden zusätzlich die beiden Hauptdimensionen körperliche und psychische Gesundheit gebildet (Ware et al., 1999).

Die Auswertung der Skalen erfolgt mit Hilfe von Gewichtungsfaktoren und die Ergebnisse werden in Form von Normbased Scores angegeben (Ware et al., 1999). Hierbei handelt es

sich um standardisierte T-Werte, die auf Ergebnissen von US-Bevölkerungsstichproben beruhen (Mittelwert 50, Standardabweichung 10, (Beierlein et al., 2012)).

Bezüglich der psychometrischen Merkmale des SF-8 liegen für die US-amerikanische Originalversion bereits einige Studien vor (Ware et al., 1999). So berichten die Autoren beispielsweise von Retest-Reliabilitäten in einer gesunden US-Bevölkerungsstichprobe von .70 bis .88 für die acht Dimensionen und zwei Hauptdimensionen (Ware et al., 1999). Eine Überprüfung der Retest-Reliabilität anhand einer Stichprobe mit Kopfschmerzpatienten ergab Werte zwischen .59 und .74 (Ware et al., 1999). In beiden Studien lagen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt vier Wochen.

Die Konstruktvalidität wurde anhand von Korrelationen mit dem SF-36 untersucht. Dabei erwiesen sich die Korrelationen zwischen äquivalenten Skalen im Sinne der konvergenten Validität als hoch (.70 bis .84), während Skalen, die unterschiedliche Konstrukte erheben sollen, niedrig miteinander korrelierten (Ware et al., 1999). Weiterhin konnte die Faktorenstruktur weitestgehend bestätigt werden (Ware et al., 1999).

Bezüglich deutscher Vergleichswerte existieren zurzeit zwei Untersuchungen (Beierlein et al., 2012; Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005). Im Rahmen der vorliegenden Analysen werden die aktuelleren Normdaten als Vergleichsstichprobe herangezogen (Beierlein et al., 2012).

Allgemeine Fragen zur Lebenszufriedenheit (angelehnt an den FLZ^M)

Um die Lebenszufriedenheit der Patienten zu erfassen, wurde eine adaptierte Form der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) eingesetzt. Der Fragebogen FLZ^M gliedert sich in zwei Module (Henrich & Herschbach, 2000), welche die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit erheben. In beiden Modulen wird sowohl nach der Bedeutung bestimmter Lebensbereiche als auch nach der aktuellen Zufriedenheit gefragt. Hinsichtlich des Moduls *allgemeine Lebenszufriedenheit* werden folgende acht Bereiche erhoben: Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbies, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder und Sexualität. Bezüglich der *körperlichen Zufriedenheit* handelt es sich um die gesundheitlichen Aspekte körperliche Leistungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit, Energie/Lebensfreude, Fortbewegungsfähigkeit, Seh- und Hörvermögen, Angstfreiheit, Beschwerde- und Schmerzfreiheit und Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege. Die Patienten können die Items der Module auf einer fünfstufigen Skala einschätzen („nicht wichtig“ bis „extrem wichtig“ bzw. „unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden nur Fragen aus dem ersten Modul (allgemeine Lebenszufriedenheit) eingesetzt. Dabei wurde das Item zur Zufriedenheit bezüglich der Wohnsituation durch ein Item zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit er-

setzt. Weiterhin wurde das ursprüngliche Antwortformat in eine siebenstufige Symbolskala (☺ bis ☹ an den Extrempunkten) geändert. Die adaptierte Form des ersten Moduls des FLZ^M wurde bislang noch nicht psychometrisch untersucht. Daher liegen keine Angaben zu den Gütekriterien vor. Der Einsatz der Items in der beschriebenen Form hat sich jedoch bereits in anderen rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf bewährt.

3.3.1.3 Berufliche Belastung

Zur Erhebung der beruflichen Belastung wurden drei Fragebögen sowie Einzelitems zur Erfassung der Arbeitssituation eingesetzt.

Berufs- und arbeitsplatzbezogene Daten

Patienten beantworteten berufsbezogene Items, die auf bereits durchgeführten rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf basieren und sich in diesem Rahmen bewährt haben. So machten sie u.a. Angaben zur derzeitigen/letzten beruflichen Tätigkeit, zum Arbeitsplatz, zur beruflichen Wiedereingliederung und zu beruflichen Veränderungen.

Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR)

Das Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) wurde entwickelt, um den Bedarf von Patienten an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation zu erheben (Bürger, Deck, Raspe & Koch, 2007). Basierend auf Patientenangaben werden die drei Skalen „Sozialmedizinischer Risikoindex zur Frühberentung“ (SIBAR I), „Berufliche Belastung“ (SIBAR II) und „Bedürfnis nach berufsbezogenen Angeboten in der Rehabilitation“ (SIBAR III) gebildet. Auf Itemebene wird unter anderem die subjektive Einschätzung des Patienten bzgl. der Zeit bis zur Rückkehr in den Beruf, die Motivation des Patienten sowie die bisherige Krankheitsdauer erfasst. Hintergrund sind Studienergebnisse, die darauf hinweisen, dass die Rückkehr zur Arbeit vorrangig durch die subjektive Einschätzung des Patienten beeinflusst wird (Bürger & Deck, 2009).

Auf Basis von neun Items wird der „Sozialmedizinische Risikoindex“ ermittelt. Dabei handelt es sich um einen Summenwert, der maximal einen Wert von 19 Punkten erreichen kann. Liegt ein Patient bei mindestens 8 Punkten oder darüber, besteht ein erhöhtes Frühberentungsrisiko.

Die Skalen „Berufliche Belastung“ und „Bedürfnis nach berufsbezogenen Angeboten“ in der Rehabilitation werden jeweils anhand nur eines Items ermittelt. Dabei schätzt der Patient die berufliche Situation ein (fünfstufige Skala von „stark belastend“ bis „sehr erfüllend“) und gibt auf einer dreistufigen Skala („sehr hilfreich“ bis „nicht hilfreich“) an, inwiefern er berufliche Angebote im Rahmen der Rehabilitation als hilfreich erachten würde (Bürger et al., 2007).

Bezüglich der Gütekriterien des SIBAR berichten die Autoren von geringen Interkorrelationen der drei Skalen (.06 bis .34). Dies unterstützt das Ziel des Fragebogens, mit drei Skalen jeweils unterschiedliche Aspekte des Bedarfs zu erfassen (Bürger et al., 2007). Im Hinblick auf die interne Konsistenz (Cronbach's α) der Skala „Sozialmedizinischer Risikoindex zur Frühberentung“ zeigen sich befriedigende bis gute Werte von .64 bis .75. Hinsichtlich der prädiktiven Validität bestehen deutliche Korrelationen mit dem späteren Frühberentungsverhalten und der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Weiterhin fand sich eine Übereinstimmung von 70% zwischen der Bedarfsermittlung mittels SIBAR und dem ärztlichen Urteil über den Behandlungsbedarf sowie eine Übereinstimmung von 87% mit dem Patientenurteil (Bürger et al., 2007). Normdaten aus der Allgemeinbevölkerung liegen nicht vor.

Fragebogen zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Der Fragebogen zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) erhebt, wie eine Person mit beruflichem Stress und Anforderungen am Arbeitsplatz umgeht. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass gesundheitsfördernde oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen von den eigenen persönlichen und sozialen Ressourcen abhängig sind (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Sind ausreichend Ressourcen vorhanden, steigt die Wahrscheinlichkeit, Coping-Mechanismen zu entwickeln, die in belastenden beruflichen Situationen genutzt werden können. Auf diese Weise kann mit Schwierigkeiten erfolgreich umgegangen werden und Überforderung wird vermieden. Während die Autoren postulieren, dass sich der erfolgreiche Umgang mit beruflichen Herausforderungen positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, gehen fehlende oder wenig stabile Coping-Mechanismen mit Überforderung und somit psychischer Belastung einher (Schaarschmidt & Fischer, 2006, 2011). Der AVEM bietet die Möglichkeit, Probleme frühzeitig zu identifizieren, so dass Interventionen zielgerichtet eingeleitet werden können. Auf diese Weise können Betroffene hinsichtlich neuer Coping-Strategien geschult werden, mit dem Ziel, inadäquate Verhaltensweisen abzulegen, die ansonsten auf lange Sicht die Gefahr von gesundheitlichen Problemen wie bspw. Burnout bergen.

Folgende drei Dimensionen werden anhand des AVEM erfasst: „berufliches Engagement“, „Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen“ und „Emotionen, die die Berufsausübung begleiten (Schaarschmidt & Fischer, 2001). Für die Operationalisierung der drei Dimensionen wurden 11 Skalen entwickelt, die ein breites Merkmalsspektrum arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens abbilden (Tab. 3.2).

Tab. 3.2: Übersicht über die drei AVEM Dimensionen und die dazugehörigen Skalen

1	Berufliches Engagement
	(1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (2) Beruflicher Ehrgeiz (3) Verausgabungsbereitschaft (4) Perfektionsstreben (5) Distanzierungsfähigkeit
2	Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen
	(6) Resignationstendenz bei Misserfolg (7) Offensive Problembewältigung (8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
3	Emotionen, die die Berufsausübung begleiten
	(9) Erfolgserleben im Beruf (10) Lebenszufriedenheit (11) Erleben sozialer Unterstützung

Auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1=“trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=“trifft völlig zu“) werden pro Skala jeweils 6 Items beurteilt (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Im Rahmen der Auswertung werden die erreichten Itempunkte für jede Skala aufaddiert. Das sich daraus ergebende Profil kann mit den Vergleichswerten einer deutschen Normstichprobe in Beziehung gesetzt werden (Schaarschmidt & Fischer, 2006).

Bezüglich der psychometrischen Merkmale weist der AVEM über alle 11 Skalen hinweg befriedigende bis gute Reliabilitäten auf (Cronbach's α : .78 - .87; Split-half-Reliabilität: .76 - .90) (Schaarschmidt & Fischer, 2011). Hinsichtlich der Validität zeigt der AVEM deutliche Zusammenhänge mit der Anzahl der Krankentage im Jahr, der Absicht einer vorzeitigen Berentung, der Bewertung von Arbeitsbedingungen, physiologischen Indikatoren des Belastungs- und Erholungsverhaltens sowie Angaben zum Beschwerdeerleben im psychischen und körperlich-funktionellen Bereich.

Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)

Anhand des ERI wird erhoben, inwiefern die Gefahr einer beruflichen Gratifikationskrise vorliegt (Siegrist, 1996). Eine Krise wird dann postuliert, wenn die subjektiv erbrachte Leistung im Beruf nicht entsprechend belohnt wird. Dabei werden drei Belohnungssysteme beschrieben: Bezahlung bzw. Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit und Anerkennung. Entsteht der Eindruck, dass die geleistete Arbeit auf diesen Dimensionen nicht gewürdigt wird, so wird angenommen, dass das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung zu Frustration und beruflicher Belastung führt (Siegrist, 1996).

Die sogenannte übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft bezeichnet dabei eine Charaktereigenschaft, die dazu führt, ein bestehendes Ungleichgewicht über einen längeren Zeitraum hinweg auszuhalten und hinzunehmen. Sie ist durch eine hohe Belohnungserwar-

tung und eine übersteigerte berufliche Motivation gekennzeichnet. Diese Konstellation wird als Risikofaktor beschrieben, eine berufliche Gratifikationskrise zu erleben (Siegrist et al., 2004).

Die drei Skalen „Verausgabung“, „Belohnung“ und „übersteigerte Verausgabungsbereitschaft“ werden anhand eines vier- bis fünfstufigen Antwortformats erhoben.

Die Skala „Verausgabung“ besteht aus fünf bzw. sechs Items, wobei in der vorliegenden Untersuchung die 6-Item-Version eingesetzt wurde. Diese enthält ein Item zur Messung der körperlichen Anstrengung bei der Arbeit und wird vor allem in Berufsgruppen eingesetzt, die sogenannten „blue collar“-Jobs nachgehen. Ein hoher Skalenwert geht mit der Einschätzung einer hohen Verausgabung im Beruf einher.

Die Skala „Belohnung“ besteht aus drei Subskalen und einer Gesamtskala. Die Subskalen decken die drei Belohnungssysteme Bezahlung bzw. Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit, Anerkennung ab. Insgesamt wird das Ausmaß der Belohnung mit 11 Items gemessen. Geringe Werte weisen sowohl auf der Gesamt- als auch auf den Subskalen auf eine gering empfundene Belohnung hin.

Die „übersteigerte Verausgabungsbereitschaft“ wird mit Hilfe von sechs Items gemessen. Hohe Werte gehen mit einer erhöhten Ausprägung an „übersteigerte Verausgabungsbereitschaft“ einher.

Um die Skalenwerte auf eine Gratifikationskrise hin zu prüfen, wird vom Autor des ERI die Kalkulation eines Quotienten der beiden Skalen „Verausgabung“ und „Belohnung“ vorgeschlagen (Summenwert der Sechs-Itemskala „Verausgabung“/Summenwert „Belohnung“). Liegt das Ergebnis bei einem Wert von 1 und darüber, so besteht das Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise. Je höher also der Quotient, desto größer das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung.

Die Reliabilität wird für alle drei Skalen anhand der internen Konsistenz mit Werten von .71 bis .84 als befriedigend bis gut beschrieben (Rödel, Siegrist, Hessel & Brähler, 2004). Die Validität betreffend konnte die angenommene Faktorenstruktur national wie international bestätigt werden (Hanson, Schaufeli, Vrijlkotte, Plomp & Godaert, 2000; Rödel et al., 2004; Siegrist et al., 2004).

Eine Studie von 2004 liefert repräsentative Vergleichswerte der deutschen männlichen Bevölkerung (Kudielka, von Känel, Gander & Fischer, 2004).

3.3.1.4 Rehabilitationsspezifische Merkmale

Im Folgenden werden die zur Erhebung rehabilitationsspezifischer Merkmale eingesetzten Fragebögen und Items beschrieben.

Rehabilitationsmotivation (PAREMO)

Die Rehabilitationsmotivation wurde anhand der 20-Item Kurzform des „Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation“ (PAREMO-20) gemessen (Nübling et al., 2005). Deutet die Befragung auf ein Motivationsdefizit des Patienten hin, so sollte dies in der Behandlung durch das Angebot an motivationsfördernden Maßnahmen Beachtung finden. Hintergrund ist die Annahme, dass eine hohe Patientenmotivation dazu führt, sich in die Behandlung eigenverantwortlich einzubinden, was sich wiederum positiv auf den Erfolg der Rehabilitation auswirken kann (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000). Die Autoren betonen dabei, dass die Compliance eine Teilkomponente der Motivation ist und die Patientenmotivation allein nicht ausreichend abbildet (Hafen et al., 2000). So wird die Compliance eher als ein passives Verhalten des Patienten beschrieben, Behandlungsempfehlungen auszuführen. Aktives Verhalten muss daher mit Hilfe anderer Dimensionen erfasst werden.

Erhoben wird die Patientenmotivation mit insgesamt 6 Skalen und 20 Items (Hafen, Jastrebow, Nübling & Bengel, 2001; Nübling et al., 2005). Abgefragt werden „Seelischer Leidensdruck“ (drei Items), „Körperliche Einschränkung“ (vier Items), „Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn“ (vier Items), „Änderungsbereitschaft“ (drei Items), „Informationsstand bezüglich der Reha-Maßnahme“ (drei Items) und „Skepsis“ (drei Items). Die Patienten können die Fragen anhand eines vierstufigen Antwortformats bearbeiten („stimmt nicht“ bis „stimmt“). Zur Auswertung werden für jede Skala Mittelwerte gebildet. Hohe Skalenwerte gehen mit einer hohen Ausprägung des Merkmals einher. Um die Möglichkeit zu haben, die einzelnen Motivationsbereiche der Patienten zu prüfen, wird von dem Zusammenfassen der Skalen zu einem Gesamtmittelwert explizit abgeraten. Auf diese Weise können einzelne Problembereiche der Patienten identifiziert und bearbeitet werden (Nübling et al., 2005).

Die internen Konsistenzen der sechs Skalen liegen zwischen .59 und .91 (Nübling et al., 2005; Thies, Lehmann, Kriz, Nübling & Mehnert, 2008). Bezüglich der prädiktiven Validität berichten die Autoren von einem positiven Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des PAREMO-20 und der Erreichung der Behandlungsziele und der Veränderung der Leistungsfähigkeit (ärztliche Einschätzung) nach Behandlungsabschluss (Nübling et al., 2005). Die Konstruktvalidität wurde ebenfalls untersucht und zeigt Zusammenhänge der Rehabilitationsmotivation mit der Psychotherapiemotivation, Depressivität und Ängstlichkeit sowie reha-bilitationsspezifischen Erwartungen von Patienten (Nübling et al., 2005).

Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme

Zur Erfassung, in welchen Bereichen sich Patienten Hilfe im Rahmen der Rehabilitation erhoffen, wurden sieben Items verwendet. Von „gar nicht“ bis „sehr stark“ (insgesamt fünfstufig) schätzten Patienten in den Bereichen körperliche Gesundheit, Schmerzen, Familie/Partnerschaft, Kontakt mit anderen, seelisches Befinden, Arbeit und Beruf sowie in sons-

tigen Bereichen ein, wie hoch der Unterstützungsbedarf ist. Die verwendeten Items wurden im Rahmen anderer rehabilitationsbezogener Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt und haben sich bewährt.

Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme (angelehnt an den FBR-Z)

In vier Bereichen wurden die Patienten um die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme gebeten. Insgesamt wurden die folgenden Aspekte eingeschätzt: ärztliche Betreuung (vier Items, bspw. Einfühlsamkeit und Verständnis des Arztes), pflegerische Betreuung (drei Items, bspw. Ausmaß an pflegerischer Betreuung), psychologische Betreuung (vier Items, bspw. richtige psychologische Behandlung) sowie strukturelle Aspekte der Klinik (vier Items, bspw. Leistung der Verwaltung).

Weiterhin wurde die Rehazielerreichung mit sieben Items bewertet (bspw. Hilfe im Bereich körperliche Gesundheit) und inwiefern die Inhalte der Rehabilitation in den Alltag übertragbar gewesen sind (fünf Items, bspw. in der Reha Gelerntes war im Alltag geeignet). Das Gesamturteil der Rehabilitationsmaßnahme umfasst eine 10-stufige Skala (Eckpunkte „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“).

Die Items stammen ursprünglich aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation-Somatische Indikation (FBR-Z) und wurden für die vorliegende Studie adaptiert (Meyer, Deck & Raspe, 2008). Der FBR-Z ist ein indikationsübergreifender Fragebogen zur Beurteilung stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus Patientensicht (8 Subskalen mit 28 Items).

Es liegen keine psychometrischen Untersuchungen der adaptierten Items vor. Jedoch hat sich die Anwendung der Fragen in anderen rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf bewährt.

3.3.1.5 Veränderungen im Katamnesezeitraum

Um Veränderungen im Befragungszeitraum zu erheben, berichteten die Patienten positive wie auch negative Ereignisse nach Abschluss der Rehabilitation in einem freien Antwortformat. Dabei wurden die Lebensbereiche Familie und Beruf abgefragt. Weiterhin wurden Fragen zur Entwicklung der Tumorerkrankung (bspw. „weiterhin kein Tumor nachweisbar“, „Zurückbildung des Tumors“) gestellt wie die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Behandlungen (u.a. Chemotherapie, Bestrahlung, stationäre Krankenhausaufenthalte, Hausarztbesuche, Facharztkonsultationen, psychologische oder berufliche Beratung).

Die genutzten Items sind im Rahmen anderer rehabilitationsbezogener Untersuchungen des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt worden.

3.3.2 Ärztliche Angaben

3.3.2.1 Medizinische und behandlungsspezifische Daten

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte füllten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme einen Arztfragebogen aus, der im Rahmen früherer rehabilitationsbezogener Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt wurde. Anhand dieses Bogens wurden u.a. Angaben zur Diagnose des Patienten (Tumorstadium, Resektion, Gleason-Score) sowie Angaben zur Primärtherapie erhoben. Therapiebedingte Einschränkungen wurden mittels vorgegebener Kategorien erfragt (bspw. Schmerzen im Narbenbereich, Defäkationsstörungen) sowie anhand eines offenen Antwortformats. In der Auswertung werden die freien Antworten, wenn möglich, zusammengefasst und gemeinsam mit den vorgegebenen Kategorien berichtet. Als weiterer Indikator für die körperliche Belastung der Patienten wurden behandlungspflichtige und für die berufliche Rückkehr relevante Nebendiagnosen erfragt. Die Nebendiagnosen werden nach ICD-10 kodiert und für die Auswertung unter den jeweiligen Kapitelüberschriften der ICD-10-GMS zusammengefasst.

3.3.2.2 Funktionelle Parameter

Zusätzlich zu den allgemeinen medizinischen Fragen machten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Angaben zu verschiedenen funktionellen Parametern der Patienten, die speziell im Zusammenhang mit einer Prostatakrebserkrankung und den Behandlungen stehen. Die Fragen wurden in Zusammenarbeit und mit Hilfe der Expertise und Beratung der Projektpartnerinnen und Projektpartner entwickelt.

Um den Verlauf der funktionellen Einschränkungen über den Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme hinweg erfassen zu können, wurden die funktionellen Parameter jeweils zu (T1) und zum Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnahme gemessen.

Bezüglich allgemeiner funktionelle Parameter wurden folgende Aspekte erhoben: komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf (z.B. Katheterisierung, sekundäres Lymphödem, Thrombose oder Harnwegsinfekte), Schmerzen, körperliche Leistungsfähigkeit und Karnofsky-Index. Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung erfragten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Ausprägung der operationsbedingten und operationsunabhängigen Schmerzen der Patienten. Der Schweregrad der Schmerzen wurde auf einer 11-stufigen Rating-Skala eingeschätzt, die von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (höchste Schmerzen) reichte. Weiterhin erfragten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Patienten, wobei die Skala von 0% (gar nicht leistungsfähig) bis 100% (höchste Leistungsfähigkeit) reichte. Der von den Ärztinnen und Ärzten beurteilte Karnofsky-Index ist eine Skala zur Erfassung symptombezogener Einschränkungen der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung bei Patienten mit Krebserkrankungen. Die Skala

reicht von 100% (keinerlei Einschränkungen) bis 0% (Tod), wobei die Abstufung in 10-Punkt-Schritten erfolgt (**Tab. 3.3**).

Tab. 3.3: Übersicht über die Abstufungen des Karnofsky-Index

%	Leistungsstatus
100%	Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung
90%	Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome
80%	Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome
70%	Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Arbeit oder Aktivität
60%	Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehend Selbstversorgung
50%	Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich
40%	Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich
30%	Dauernd bettlägerig, evtl. Krankenhauseinweisung, jedoch keine akute Lebensgefahr
20%	Schwerkrank, aktive unterstützende Therapie, evtl. Krankenhauseinweisung
10%	Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung
0%	Tod

Im Hinblick auf urologische Parameter wurde der PSA-Wert, das Miktionsverhalten der Patienten sowie der Inkontinenzgrad erfasst. Bezüglich des PSA-Werts wurde neben dem Messwert zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) der Rehabilitation auch der prä-operative PSA-Wert (prä-OP) erhoben. Als Miktionsspezifische Parameter wurden das Miktionsvolumen, der maximale und der mittlere Flow sowie der Restharnwert erfasst. Weiterhin wurden die Miktionsfrequenz, der Vorlagenverbrauch und der Urinverlust (PAD-Test) zur Tages- und Nachtzeit bestimmt. Der PAD-Test ist ein Verfahren zur Quantifizierung des Urinverlustes, wobei die in Gramm gemessene Gewichtszunahme einer abgewogenen Vorlage/Windel den Urinverlust darstellt. Zur Bestimmung des 24-Std.-PAD-Tests wird die Grammzahl des am Tag und in der Nacht erfolgten Urinverlustes addiert. Der Schweregrad der Inkontinenz wurde darüber hinaus in den von Otto definierten vier Abstufungen bestimmt: Grad 0=keine Inkontinenz, Grad I=Inkontinenz nur am Nachmittag, Grad II=Inkontinenz bereits am Vormittag und Grad III=Inkontinenz auch in der Nacht.

Hinsichtlich der erektilen Dysfunktion wurde erhoben, inwiefern Patienten zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnahme mit Erektionshilfen behandelt wurden (SKAT, VES oder PDE5-Inhibitoren) und ob aus Patientensicht ein Wunsch zur Behandlung der erektilen Dysfunktion vorgelegen hat. Weiterhin wurde der Erektionsstatus mit und ohne Hilfsmittel zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) der Rehabilitation erfasst, wobei hinsichtlich des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel zusätzlich Angaben zum prä-operativen Status (prä-OP) erfragt wurden. Die Bestimmung des Erektionsstatus erfolgte jeweils mit der fünfstufigen Einteilung nach Porst: E1=keine Tumescenz, E2=leichte Tumescenz, E3=volle Tumescenz, E4=Rigidität, die für Geschlechtsverkehr ausreicht und E5=Rigidität 100%.

Als weitere spezifische Angaben wurden noch Informationen über die Diagnostik- und Therapieverfahren gegeben, die im Verlauf der Rehabilitation eingesetzt wurden. Hierzu zählten

unter anderem die Durchführung einer Zystoskopie und der Einsatz eines Anticholinergikums.

Der Funktionsbogen und die Fragen zu den allgemeinen medizinischen Aspekten sind im Anhang A zu finden.

3.3.2.3 Routinedaten

Weiterhin wurden zur Erfassung der im Rahmen der Rehabilitation erhaltenen therapeutischen Leistungen (KTL-Daten) und des sozialmedizinischen Leistungsbilds die Seiten 1, 1a und 1b aus den Entlassberichten herangezogen.

3.4 Auswertungsstrategien

Die Auswertung der Daten erfolgt über deskriptive Statistik und Methoden der Inferenzstatistik. Die einzelnen Parameter, die die medizinische, funktionelle sowie psychosoziale Ausgangssituation der Patienten beschreiben und die Non-Responderanalysen werden anhand von T-Tests sowie nonparametrischen Testverfahren (Chi²-Test, Exakter Test nach Fisher) ausgewertet. Zur Einschätzung von Mittelwertsunterschieden zwischen Patientengruppen wird Cohen's d berechnet und als Effektstärke angegeben (kleiner Effekt: d=0.1, mittlerer Effekt: d=0.3, starker Effekt: d=0.5).

Rückkehrraten und die Entwicklung der Erfolgsparameter (Effekte der Rehabilitation) werden ebenfalls mit nonparametrischen Testverfahren analysiert (Chi²-Test, Exakter Test nach Fisher, McNemar Test, Wilcoxon Test) sowie mit ein- bzw. mehrfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung. In die Analysen der Verlaufsdaten werden nur die Patienten eingebunden, deren Angaben zu allen zwei Messzeitpunkten (medizinisch-funktionelle Parameter) bzw. drei Messzeitpunkten vorliegen.

Aufgrund des Antwortverhaltens der Studienteilnehmer können die Fallzahlen in den einzelnen Parametern von der Gesamtstichprobengröße abweichen. Eine Imputation von Daten bei fehlenden Werten wurde nicht vorgenommen. Zur besseren Lesbarkeit werden in Abbildungslegenden und Tabellenüberschriften die Gesamtzahlen berichtet. Im Falle von Subgruppenanalysen (bspw. nur zur Arbeit zurückgekehrte Patienten) wird die tatsächliche Fallzahl angegeben.

Als unabhängige Variablen werden das Rehabilitationssetting („stationäre Patienten vs. ambulante Patienten“), die Rückkehr zur Arbeit („ja“ vs. „nein“) sowie der sozio-ökonomische Status (SES) nach Winkler („Unterschicht“ vs. „Mittelschicht“ vs. „Oberschicht“) definiert. Kann die Sphärizität im Rahmen der multivariaten Varianzanalysen nicht angenommen werden, wird die Greenhouse-Geisser-Korrektur angewandt und die Ergebnisse auf dieser Basis interpretiert (Field, 2005).

Im Rahmen der Auswertungen der Verlaufsdaten werden darüber hinaus die Ausgangswerte der abhängigen Variablen (prä-OP bzw. T1) jeweils als Kovariate in die Varianzanalysen mit Messwiederholung einbezogen. Dabei wird der durch den Ausgangswert aufgeklärte Varianzanteil aus dem Gesamtmodell herauspartialisiert. Dieses Vorgehen wird gewählt, um die Ausgangswerte der Parameter zu T1, die sich zwischen den Settings unterscheiden und hoch mit den T2- oder T3-Werten korrelieren, statistisch zu kontrollieren. Zur Quantifizierung der Effekte durch die Zeit, das Setting, den Faktor Rückkehr zur Arbeit und den Faktor sozio-ökonomischer Status (SES) sowie der Effekte der Wechselwirkung Zeit*Setting, Zeit*Rückkehr zur Arbeit und Zeit*SES wurde die Effektstärke „partielles η^2 (η_p^2)“ bestimmt. Diese gibt an, wie viel Prozent der Gesamtvarianz durch die Zeit bzw. die Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting (stationär vs. ambulant) auf Stichprobenebene aufgeklärt werden. Die zur Interpretation des partiellen η^2 von Cohen (Cohen, 1988) vorgeschlagene Einteilung ist in Tab. 3.4 dargestellt.

Tab. 3.4: Beurteilung des partiellen η^2 nach Cohen (1988)

Stärke des Effekts	partielles η^2 (η_p^2)	erklärte Varianz
Schwacher Effekt	0.01	1%
Mittlerer Effekt	0.06	6%
Starker Effekt	0.14	14%

3.5 Stichprobengröße

Zwischen Oktober 2010 und Ende Juni 2012 wurden in den Rehabilitationskliniken Quellental und Birkental (Bad Wildungen), der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal), der Vivantes Rehabilitation (Berlin) und der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) insgesamt 1.798 Prostatakarzinompatienten nach radikaler Prostatovesikulektomie, die nicht älter als 64 Jahre alt waren, zur Rehabilitation aufgenommen. Von diesen Patienten wurden 961 Patienten aufgrund der zuvor definierten Kriterien ausgeschlossen (Tab. 3.5). Daher liegen schlussendlich für die Messzeitpunkte T1 (Beginn der Rehabilitation) und T2 (Ende der Rehabilitation) **837 vollständige Datensätze** zur Auswertung vor. Diese beinhalten die Patientenfragebögen zu T1 und T2, den Arztfragebogen mit den medizinisch-funktionellen Angaben sowie die Blätter 1, 1a und 1b des Rehabilitations-Entlassberichts.

Tab. 3.5: Übersicht über die Anzahl eingeschlossener und ausgeschlossener Patienten

n=1.798 ^A	
837	Patienten, die an der Studien teilgenommen haben
961	Patienten, die nicht an der Studie teilgenommen haben
511	Berentung, passive Phase von Altersteilzeit oder Rentenantrag gestellt
186	Präoperativ nicht erwerbstätig (z.B. arbeitssuchend, Hausmann)
76	Befall der Lymphknoten bzw. Metastasen oder behandlungsbedingtes Zweitkarzinom
61	Mangelnde Deutschkenntnisse oder kognitive Einschränkungen
46	Teilnahmeverweigerung oder kein Interesse
34	Zu hohe psychische oder physische Belastung
8	Organisatorische Gründe
39	Sonstige Gründe

^Anur Patienten ≤64 Jahre

In **Tab. 3.6** sind die Gründe für den Studienausschluss nochmals getrennt für alle vier Kliniken aufgeführt. In allen Fällen war der häufigste Ausschlussgrund eine Berentung, eine passive Phase von Altersteilzeit oder die Beantragung eines Rentenantrags vor Beginn der Maßnahme. Weiterhin wurde ein hoher Anteil der Patienten nicht eingeschlossen, da sie vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme nicht erwerbstätig waren.

Tab. 3.6: Übersicht über die Ausschlusskriterien und Anzahl ausgeschlossener Fälle getrennt für die vier Kliniken

Ausschlusskriterium	Bad Wildungen (N=766 ^A)	Berlin (N=59 ^A)	Korschenbroich (N=95 ^A)	Wuppertal (N=41 ^A)
Berentung, passive Phase von Altersteilzeit oder Rentenantrag gestellt	424 (55.4%)	31 (52.5%)	41 (43.2%)	15 (36.6%)
Präoperativ nicht erwerbstätig (z.B. arbeitssuchend, Hausmann)	143 (18.7%)	18 (30.5%)	16 (16.8%)	9 (22.0%)
Befall der Lymphknoten bzw. Metastasen oder behandlungsbedingtes Zweitkarzinom	58 (7.6%)	3 (5.1%)	6 (6.3%)	9 (22.0%)
Mangelnde Deutschkenntnisse oder kognitive Einschränkungen	53 (6.9%)	1 (1.7%)	4 (4.2%)	3 (7.3%)
Zu hohe psychische oder physische Belastung	34 (4.4%)	--	--	--
Teilnahmeverweigerung oder kein Interesse	32 (4.2%)	3 (5.1%)	10 (10.5%)	1 (2.4%)
Organisatorische Gründe	5 (0.7%)	--	2 (2.1%)	1 (2.4%)
Sonstige Gründe	17 (2.2%)	3 (5.1%)	16 (16.8%)	3 (7.3%)

^Anur Patienten ≤64 Jahre

In der Gesamtstichprobe von 837 Patienten wurden insgesamt 718 Patienten im Rahmen einer stationären und 119 Patienten im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme behandelt. In den Rehabilitationskliniken Quellental und Birkental (Bad Wildungen) konnten 608 stationäre Patienten in die Studie eingeschlossen werden, in der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) 84 Patienten und in der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) 26 Patienten. Bezüglich der ambulanten Patienten wurden in der Vivantes Rehabilitation (Berlin) 61

Patienten in die Studie eingeschlossen, in der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) 39 Patienten und in der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) 19 Patienten (Tab. 3.7).

Tab. 3.7: Anzahl der rekrutierten Patienten in den einzelnen Kliniken zum ersten und zweiten Messzeitpunkt (T1 und T2)

	Gesamte Stichprobe (N=837)	Stationäre Patienten (N=718)	Ambulante Patienten (N=119)
Bad Wildungen	608	608	--
Berlin	61	--	61
Korschenbroich	45	26	19
Wuppertal	123	84	39

Hinsichtlich der Stichprobenentwicklung zeigt sich, dass 12 Monate nach Rehabilitationsende noch 714 Patienten den dritten Fragebogen, der ein Jahr nach Rehabilitationsende per Post verschickt worden war, beantworteten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt 85% zum dritten Messzeitpunkt (Abb. 3.3).

Entsprechend nahmen 123 Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg nicht mehr an der Studie teil.

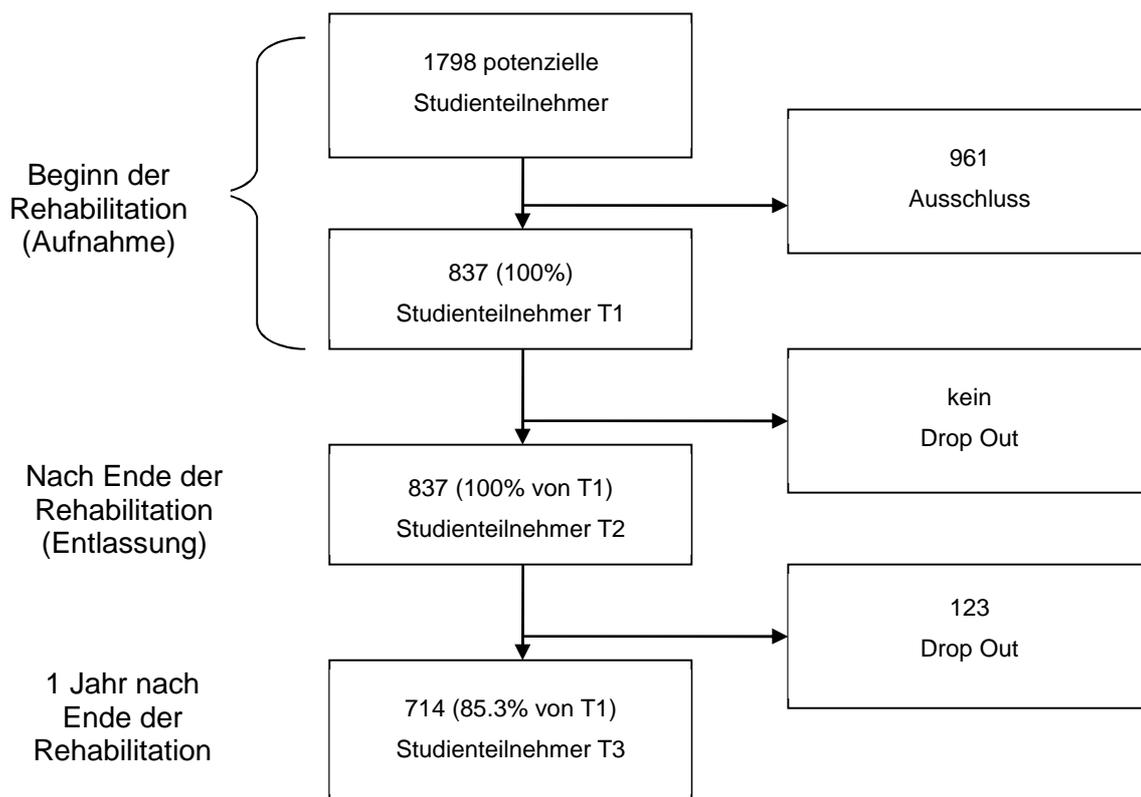


Abb. 3.3: Fallzahlentwicklung der Studie „Sozialmedizinische Evaluation einer fachspezifischen Rehabilitation nach radikaler Prostatovesikulektomie“

Bezüglich der Rücklaufquoten der einzelnen Kliniken zum dritten Messzeitpunkt ist die Antwortrate der Patienten unterschiedlich hoch (Tab. 3.8). Aus den Rehabilitationskliniken Quel-

lental und Birkental (Bad Wildungen) haben 12 Monate nach Ende der Maßnahme noch 530 Patienten den Fragebogen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 87%. Aus der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) nahmen noch 25 stationäre Patienten an der Katamnese teil (96%). Mit 64 Patienten liegt die Rücklaufquote der stationären Patienten aus der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) bei 76% zum dritten Messzeitpunkt. Hinsichtlich der ambulanten Patienten haben noch 49 Patienten der Vivantes Rehabilitation (Berlin) an der Studie teilgenommen (80%). Aus der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) nahmen mit 18 Patienten noch knapp 95% an der Katamnese teil sowie 28 Patienten aus der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal), was einer Rücklaufquote von knapp 72% entspricht.

Tab. 3.8: Absolute Anzahl und katamnestische Rücklaufquoten in den einzelnen Kliniken

	Gesamte Stichprobe (N=714)		Stationäre Patienten (N=619)		Ambulante Patienten (N=95)	
	12 Monate nach Rehabilitationsende		12 Monate nach Rehabilitationsende		12 Monate nach Rehabilitationsende	
Bad Wildungen	530	87.2%	530	87.2%	--	--
Berlin	49	80.3%	--	--	49	80.3%
Korschenbroich	43	95.6%	25	96.2%	18	94.7%
Wuppertal	92	74.8%	64	76.2%	28	71.8%

3.6 Stichprobenbeschreibung

Die Patienten der Gesamtstichprobe sind im Durchschnitt 57 Jahre alt und mit 81% mehrheitlich verheiratet. Der größte Teil der Patienten weist entweder einen Hauptschulabschluss auf (43%) oder gibt an, die Fachhochschulreife oder das Abitur absolviert zu haben (32%). Mit 96% sind fast alle Patienten Vollzeit beschäftigt und knapp die Hälfte berichtet, in einer Angestelltenposition tätig zu sein (49%). Bezüglich des monatlichen Familiennettoeinkommens gibt etwa ein Drittel der Patienten an, zwischen 2000 und 3000 Euro zur Verfügung zu haben, während über 45% berichten, im Durchschnitt 3000 Euro oder mehr zu verdienen (Tab. 3.9).

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich mit Ausnahme des Alters und des monatlichen Familiennettoeinkommens signifikant in allen soziodemographischen Merkmalen. Während 83% der stationären Patienten angeben, verheiratet zu sein, trifft dies mit 79% auf signifikant weniger ambulante Patienten zu ($p=.023$). Bezüglich der schulischen Ausbildung haben signifikant mehr stationäre Patienten einen Hauptschulabschluss absolviert (stat: 47%, amb: 19%), während die ambulanten Patienten signifikant häufiger davon berichten, die Schule mit Fachhochschulreife oder Abitur abgeschlossen zu haben (stat: 29%, amb: 50%, $p<.001$). Stationäre Patienten arbeiten signifikant häufiger im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung (stat: 97%, amb: 91%, $p=.020$) und sind im Vergleich zu ambulanten Patienten signifikant seltener selbstständig tätig (stat: 11%, amb: 25%, $p<.001$). Bezüglich des

familiären Nettoeinkommens berichten knapp 30% der ambulanten Patienten mehr als 4000 Euro monatlich zur Verfügung zu haben, dies trifft mit 20% auf weniger stationäre Patienten zu (n.s., Tab. 3.9).

Tab. 3.9: Stichprobenbeschreibung der soziodemographischen Daten für die Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

	n	Gesamte Stichprobe (N=837)	n	Stationäre Patienten (N=718)	n	Ambulante Patienten (N=119)	χ^2 / T	df	p
Alter (M, SD)	837	56.8 (4.6)	718	56.8 (4.5)	119	56.8 (5.3)	0.025	146.9	.980 ^A
Familienstand (%)	826		708		118				
ledig		6.3		5.4		11.9			
verheiratet		81.2		82.8		78.8	7.543	2	.023 ^B
in Trennung/ geschieden/verwitwet		11.5		11.9		9.3			
Schulabschluss (%)	812		696		116				
Hauptschulabschluss		43.3		47.4		19.0			
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule		22.7		21.7		28.4	34.996	3	<.001 ^B
Fachhochschulreife/ Abitur		31.7		28.6		50.0			
kein Abschluss/ sonstiges		2.3		2.3		2.6			
Beruflicher Stellenanteil (%)	810		694		116				
Vollzeit		95.8		96.5		91.4	-	-	.020 ^C
Teilzeit		4.2		3.5		8.6			
Berufliche Position (%)	826		712		114				
Arbeiter		35.1		37.1		22.8			
Angestellter		49.0		49.9		43.9	32.741	3	<.001 ^B
Selbstständiger		12.7		10.7		25.4			
Beamter		3.1		2.4		7.9			
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	799		686		113				
bis unter 2000 €		18.8		19.2		15.9			
2000 bis unter 3000 €		35.2		35.9		31.0	6.785	3	.079 ^B
3000 bis unter 4000 €		25.9		26.2		23.9			
4000 € und mehr		20.2		18.7		29.2			

^AT-Test; ^BChi²-Test; ^CExakter Test nach Fisher

Zur Erfassung und Quantifizierung des sozio-ökonomischen Status der Patienten wurde zudem der Schichtindex nach Winkler berechnet (Winkler & Stolzenberg, 1999). Dieser bezieht den schulischen und beruflichen Bildungsabschluss der Patienten, ihre berufliche Stellung sowie das monatliche Haushaltsnettoeinkommen als statusbildende Merkmale ein und resul-

tiert in einer sozialen Schichtzugehörigkeit. Dabei wird zwischen Unter-, Mittel- und Oberschicht differenziert. In der Gesamtstichprobe wurden etwa 20% der Patienten als Angehörige der Unterschicht, 53% als Angehörige der Mittelschicht und 27% als Angehörige der Oberschicht identifiziert.

Der Vergleich der Patientengruppen zeigt, dass sich stationäre und ambulante Patienten hinsichtlich ihres sozio-ökonomischen Status signifikant unterscheiden. Während 22% der stationären Patienten als Unterschichtsangehörige klassifiziert wurden, trifft dies mit 11% auf deutlich weniger ambulante Patienten zu. Im Hinblick auf die Oberschichtszugehörigkeit wurden hier deutlich mehr ambulante als stationäre Patienten eingruppiert (stat: 25%, amb: 44%, $p < .001$, Tab. 3.10).

Tab. 3.10: Sozio-ökonomischer Status in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Sozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004)	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		χ^2	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
SES^B									
Unterschicht	167	20.2	154	21.7	13	11.2	20.808	2	<.001
Mittelschicht	434	52.5	382	53.8	52	44.8			
Oberschicht	225	27.2	174	24.5	51	44.0			

^AChi²-Test; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Hinsichtlich der *medizinischen Parameter* zeigt sich in der Gesamtstichprobe, dass nach Klassifikation der UICC 79% der Patienten dem Tumorstadium 2 zugeordnet werden. Im Rahmen der TNM-Klassifikation nach UICC werden 68% der Patienten in das TNM-Stadium 2 und knapp 21% in das TNM-Stadium 3 bzw. 4 eingruppiert.

Die Diagnosestellung (definiert als Zeitpunkt der Stanzbiopsie) liegt bei knapp 88% der Patienten 0 bis 3 Monate zurück, lediglich 12% haben ihre Diagnose vor einem längeren Zeitraum erhalten. Bezüglich der symptombezogenen Einschränkungen wurden die Patienten anhand des Karnofsky-Index¹ beurteilt. Zu Beginn der Rehabilitation weisen knapp 80% der Patienten einen Karnofsky-Index von 80% oder weniger auf. Im Hinblick auf die verschiedenen bei Prostatovesikulektomie zur Verfügung stehenden Operationsverfahren wurden die Patienten mehrheitlich retropubisch (51%) oder roboter-assistiert operiert (Da Vinci, 36%, Tab. 3.11).

Tab. 3.11: Stichprobenbeschreibung der medizinischen Daten für die Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

	n	Gesamte Stichprobe (N=837)	n	Stationäre Patienten (N=718)	n	Ambulante Patienten (N=119)	χ^2	df	p
Tumorstadium (%)	837		718		119				
Tx oder T1		1.0		1.0		0.8			
T2		78.6		77.9		83.2	1.742	2	.418 ^A
T3 oder T4		20.4		21.2		16.0			
TNM-Stadium (UICC, %)	835		717		118				
Stadium 1		11.8		10.9		17.8			
Stadium 2		67.7		67.9		66.1	5.425	2	.066 ^A
Stadium 3 oder 4		20.5		21.2		16.1			
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)^B	837		718		119				
0-3 Monate		87.8		89.0		80.7			
4-6 Monate		9.3		8.6		13.4	7.738	2	.021 ^A
7 Monate oder mehr		2.9		2.4		5.9			
Karnofsky-Index (%)^C	837		718		119				
≤70		35.2		41.1		0.0			
80		41.2		45.8		13.4			
90		17.3		10.4		58.8	316.156	3	<.001 ^A
100		6.2		2.6		27.7			
Art der OP (%)	837		718		119				
retropubisch		50.8		48.1		67.2			
perineal		1.0		1.1		0.0			
endoskopisch		12.8		14.1		5.0	17.573	3	.001 ^A
roboter-assistiert (Da Vinci)		35.5		36.8		27.7			

^AChi²-Test; ^Bbezogen auf das Datum der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik und das Datum der Diagnosestellung durch Stanzbiopsie; ^CKarnofsky-Index: 100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung, 90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome, 80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome, 70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit

Der Vergleich zwischen stationären und ambulanten Patienten zeigt vor allem Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Zeitraums seit Diagnosestellung (definiert als Zeitpunkt der Stanzbiopsie) sowie hinsichtlich des Karnofsky-Index¹ und der Operationsart. Insgesamt haben ambulante Patienten im Vergleich zu den stationären Patienten ihre Krebsdiagnose seltener innerhalb der letzten 3 Monate vor Rehabilitationsbeginn erhalten (stat: 89%, amb: 81%, p=.021). Weiterhin werden für die ambulanten Patienten weniger symptombezogene Einschränkungen berichtet. 87% der ambulanten Patienten weisen einen Karnofsky-Index von 90% oder höher auf, während für 87% der stationären Patienten ein Karnofsky-Index von 80% oder weniger festgestellt wurde (p<.001). In Hinblick auf die verschiedenen Operationsverfahren wurden ambulante und stationäre Patienten jeweils am häufigsten retropubisch operiert (stat: 48%, amb: 67%). Im Vergleich zu den ambulanten Patienten

wurden bei stationären Patienten häufiger endoskopische Operationsverfahren angewendet ($p=.001$, Tab. 3.11).

Stichprobenbeschreibung: Zusammenfassung

Im Hinblick auf die Soziodemographie unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten in **sozio-ökonomischen Merkmalen** signifikant voneinander. Ambulante Patienten verfügen über einen höheren Schulabschluss, eine höhere berufliche Position und einen höheren Sozialstatus. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in der Klinik Bad Wildungen nur gesetzlich versicherte Patienten in die Studie eingeschlossen, so dass der Anteil privat versicherter Patienten (Selbstständige, Beamte) und damit einhergehende sozio-ökonomische Attribute in der stationären Patientengruppe unterrepräsentiert sein könnten. Darüber hinaus sollte die Interpretation einbeziehen, dass die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitation (i) von der regionalen Verfügbarkeit ambulanter Rehabilitationsangebote und (ii) von den Vorstellungen des Zuweisers und des Patienten bzgl. der Wirksamkeit ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen abhängt.

Im Hinblick auf die medizinischen Parameter liegt die **Diagnosestellung** bei ambulanten Patienten signifikant häufiger 4 Monate oder länger zurück als bei stationären Patienten. Die Gruppen unterscheiden sich weiterhin signifikant hinsichtlich der **Art der Operation**, wobei ambulante Patienten häufiger invasiv behandelt worden sind (retropubisches und perineales Operationsverfahren). Dabei wird davon ausgegangen, dass die unterschiedlichen operativen Verfahren in den Patientengruppen vermutlich weniger Setting-spezifisch sind, sondern am ehesten aus dem Zuweiserspektrum der Kliniken resultieren. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Versorgung insbesondere mit roboter-assistierten (Da Vinci) Operationsverfahren regional unterschiedlich ist. So wurden im Einzugsbereich einer ambulanten Rehabilitationsklinik roboter-assistierte Prostatovesikulektomien nur von einer Akutklinik angeboten. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Studie keine systematische Analyse der Versorgungslandschaft vorgenommen wurde.

4 Ergebnisse

4.1 Medizinische Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)

In diesem Kapitel wird die Ausgangssituation der Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) beschrieben. Die Ergebnisse sind jeweils für die Gesamtstichprobe dargestellt sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten.

4.1.1 Medizinisch-funktionelle Parameter

Im Folgenden werden medizinisch-onkologische Basisdaten sowie allgemeine funktionelle Parameter, urologische Funktionsparameter sowie sexuelle Funktionsparameter berichtet. Diese wurden bei der Aufnahmeuntersuchung mittels eines studienspezifischen Fragebogens durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Kliniken erhoben. Am Ende jeden Abschnitts sind die wichtigsten Ergebnisse zur medizinisch-funktionellen Ausgangssituation der Patienten kurz zusammengefasst.

4.1.1.1 Medizinisch-onkologische Basisdaten

Bezüglich medizinisch-onkologischer Basisdaten können Ergebnisse zur Histologie des Prostatakarzinoms, zur operativen Therapie, zu weiteren geplanten bzw. erhaltenen Therapien, zu therapiebedingten Einschränkungen sowie zu relevanten Nebendiagnosen berichtet werden.

Histologie des Prostatakarzinoms. Zur histologischen (feingeweblichen) Beurteilung des Prostatakarzinoms wurde der Gleason-Score (Range: 2-10) verwendet, wobei ein höherer Gleason-Score einem höheren Grad der Entdifferenzierung entspricht. Bei gut der Hälfte der Gesamtstichprobe liegt ein Gleason-Score von 7 und damit ein mittelgradig bis schlecht differenzierter Tumor vor (51%). Am zweithäufigsten findet sich ein Gleason-Score von 5-6, der einen mittelgradig differenzierten Tumor beschreibt (40%, Tab. 4.1).

In Bezug auf den Differenzierungsgrad des Prostatakarzinoms bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede. Sowohl in der stationären als auch ambulanten Patientengruppe liegt jeweils am häufigsten ein Gleason-Score von 7 (stat: 51%, amb: 49%) bzw. ein Gleason-Score von 5-6 vor (stat: 40%, amb: 43%, Tab. 4.1).

Tab. 4.1: Tumorhistologie (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Histologie des Tumors (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Gleason-Score^A									
2-4	1	0.1	1	0.1	0	0	.911	-	.871 ^B
5-6	334	40.4	283	40.0	51	42.9			
7	420	50.8	362	51.1	58	48.7			
8-10	72	8.7	62	8.8	10	8.4			

^AGleason-Score: 2-4: gut differenzierter Tumor, 5-6: mittelgradig differenzierter Tumor, 7: mittelgradig bzw. schlecht differenzierter Tumor, 8-10: schlecht- bis undifferenzierter Tumor; ^BExakter Test nach Fisher

Operative Therapie (radikale Prostatovesikulektomie). Die Patienten wurden jeweils zur Hälfte offen (52%) und endoskopisch (48%) operiert, wobei etwa ¼ der endoskopischen Operationen roboter-assistiert durchgeführt wurden (Tab. 3.11). In der Gesamtstichprobe liegen zwischen Operation und Rehabilitationsbeginn im Durchschnitt knapp drei Wochen (M=2.5; Tab. 4.2). Bei einem überwiegenden Anteil der Gesamtstichprobe konnte der Tumor vollständig, d.h. mit einem Ergebnis von R0, reseziert werden (83%). Die Patienten sind mehrheitlich nerverhaltend operiert (beidseitig: 23%, einseitig: 51%), bei 15% der Patienten konnte eine Nerverhaltung unter der operativen Situation nicht realisiert werden (Tab. 4.3).

Im Hinblick auf die Operationsverfahren zur radikalen Entfernung der Prostata unterscheiden sich die Patientengruppen signifikant voneinander. Stationäre Patienten sind etwa jeweils zur Hälfte endoskopisch bzw. offen operiert, während bei ambulanten Patienten mit 67% die offenen Operationsverfahren überwiegen (p<.001, Tab. 3.11, Abb. 4.1). Der Rehabilitationsbeginn erfolgt bei beiden Gruppen im Mittel in ähnlichem Zeitabstand zur Operation (stat: M=2.5 Wochen, amb: M=2.7 Wochen, n.s., Tab. 4.2). Unter dem Gesichtspunkt der Nerverhaltung bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Bei stationären Patienten wurde deutlich häufiger ohne Erhaltung der Nerven (stat: 17%, amb: 5%) und seltener mit einseitigem Nerverhalt (stat: 48%, amb: 66%) operiert (p=.001, Tab. 4.3, Abb. 4.2).

Tab. 4.2: Zeitraum seit Operation (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Zeit seit Operation (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p	d ^C
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Zeit seit OP (in Wochen^A)	832	2.5	1.2	717	2.5	1.1	115	2.7	1.8	1.026	128.116	.307 ^B	-0.1

^Abezogen auf das Datum der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik; ^BT-Test; ^CEffektstärke Cohen's d

Tab. 4.3: Resektionsergebnis und Nerverhaltung (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Operative Therapie (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Resektionsergebnis									
R0	697	83.3	593	82.6	104	88.1			
R1	119	14.2	107	14.9	12	10.2	1.974	-	.364 ^A
Rx	20	2.4	18	2.5	2	1.7			
Nerverhaltung									
beidseitig	190	22.7	167	23.3	23	19.3			
einseitig	424	50.7	346	48.2	78	65.5	16.608	3	.001 ^B
keine	129	15.4	123	17.1	6	5.0			
nicht ermittelbar	94	11.2	82	11.4	12	10.1			

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test

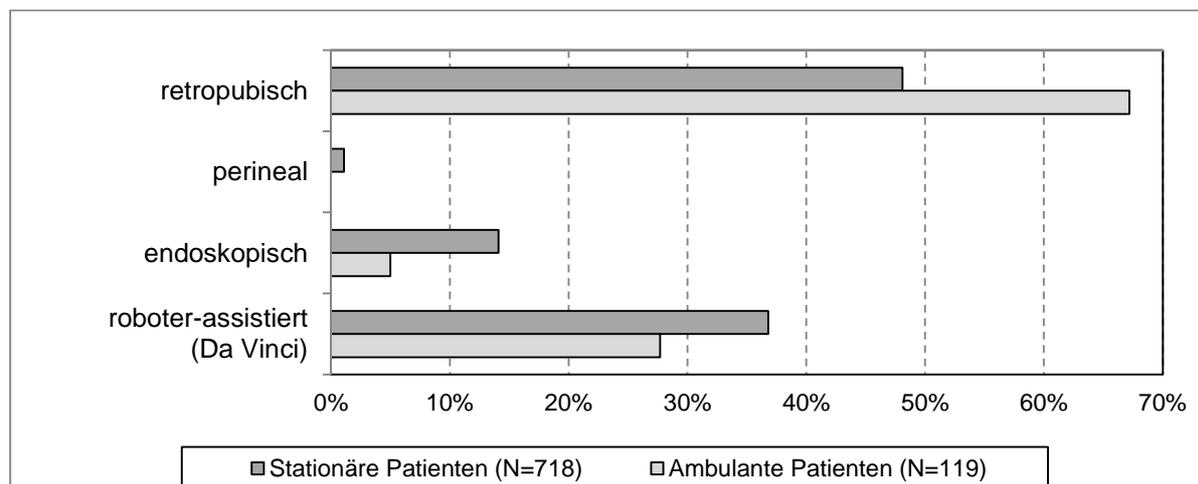


Abb. 4.1: Art der Operation bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

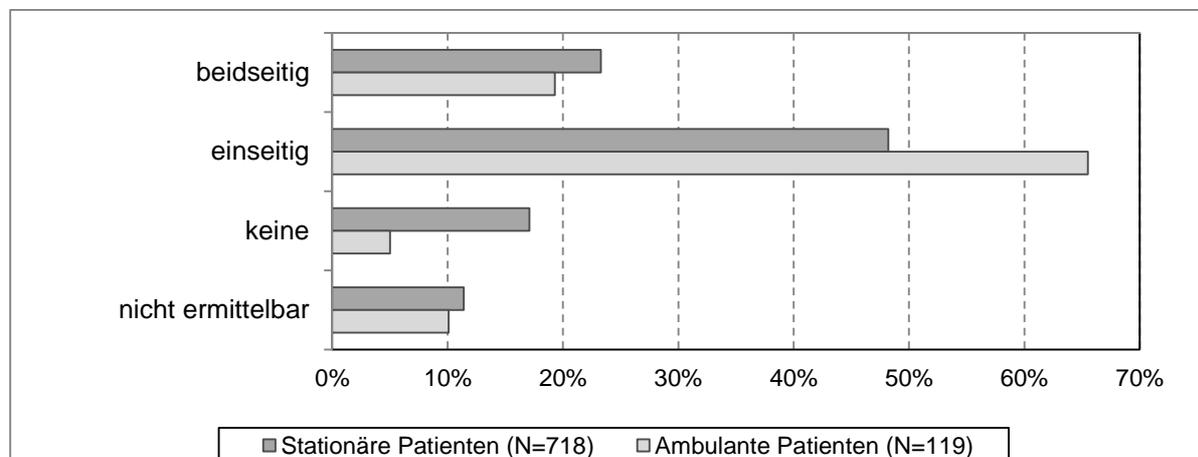


Abb. 4.2: Status der Nerverhaltung bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

Weitere Therapien in Bezug auf den aktuellen Tumor. Zum Zeitpunkt des Rehabilitationsbeginns (T1) hat lediglich ein geringer Anteil der Patienten eine Kombination von Therapiemodalitäten in Bezug auf das Prostatakarzinom erhalten. Nur bei etwa 3% aller Patienten wurde die Operation durch eine neoadjuvante oder adjuvante antihormonelle Therapie ergänzt, bei lediglich einem Patienten wurde eine Strahlentherapie durchgeführt. Bei der Mehrheit der Patienten sind keine weiteren strahlentherapeutischen Maßnahmen vorgesehen (88%). Für einige Patienten ist eine Strahlentherapie geplant (7%) bzw. die Durchführung einer Bestrahlung ist noch nicht bekannt (5%, Tab. 4.4).

Im Hinblick auf die Planung strahlentherapeutischer Maßnahmen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Mehr stationäre als ambulante Patienten sollen im weiteren Behandlungsverlauf eine Strahlentherapie erhalten (stat: 7%, amb: 3%) bzw. die Entscheidung über die Durchführung entsprechender Maßnahmen steht noch aus (stat: 6%, amb: 3%, $p=.017$, Tab. 4.4).

Tab. 4.4: Weitere Therapien in Bezug auf das Prostatakarzinom (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Weitere Therapiemaßnahmen (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
Hormonelle Therapie									
neoadjuvant	14	1.7	14	1.9	0	0.0	2.234	-	.324
adjuvant	12	1.4	10	1.4	2	1.7			
keine	811	96.9	694	96.7	117	98.3			
Strahlentherapie									
ja	1	0.1	0	0.0	1	0.8	9.767	-	.017
nein	739	88.3	627	87.3	112	94.1			
geplant	54	6.5	51	7.1	3	2.5			
noch nicht bekannt	43	5.1	40	5.6	3	2.5			

^AExakter Test nach Fisher

Therapiebedingte Einschränkungen. Zum Zeitpunkt des Rehabilitationsbeginns weisen in der Gesamtstichprobe 76% der Rehabilitanden Einschränkungen durch Ermüdbarkeit und Fatigue auf. Den Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zufolge leiden 37% der Patienten unter Schmerzen im Narbenbereich, für 36% der Patienten wird eine allgemeine psychische Belastung angegeben. Weniger häufig werden Einschränkungen im Hinblick auf Defäkationsstörungen und Probleme bei der Krankheitsverarbeitung verzeichnet. Über die im Funktionsbogen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus wurden unter „Sonstiges“ am häufigsten perineale Schmerzen bzw. Beschwerden sowie Schmerzen bzw. Beschwerden des Bewegungs- und Haltungsapparats genannt (Tab. 4.5).

Ein Vergleich der Patienten in stationärer und ambulanter Rehabilitation zeigt, dass für stationäre Patienten die Merkmale Ermüdbarkeit und Fatigue (stat: 83%, amb: 33%, $p < .001$), allgemeine psychische Belastung (stat: 39%, amb: 18%, $p < .001$), Probleme bei der Krankheitsverarbeitung (stat: 29%, amb: 11%, $p < .001$) sowie Defäkationsstörungen (stat: 15%, amb: 5%, $p = .004$) signifikant häufiger genannt werden als für ambulante Patienten. Für ambulante Patienten sind hingegen signifikant häufiger Schmerzen im Narbenbereich (stat: 36%, amb: 46%, $p = .031$) und sonstige Beeinträchtigungen angegeben (stat: 5%, amb: 18%, $p < .001$, Tab. 4.5, Abb. 4.3).

Tab. 4.5: Therapiebedingte Einschränkungen (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837); Mehrfachnennungen möglich

Therapiebedingte Einschränkungen (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Ermüdbarkeit/Fatigue^A	634	75.7	595	82.9	39	32.8	139.450	1	<.001^B
Schmerzen im Narbenbereich^A	310	37.0	255	35.5	55	46.2	5.015	1	.031^B
Einschränkungen im Zusammenhang mit der Defäkation^A	116	13.9	110	15.3	6	5.0	9.033	1	.004^B
Beeinträchtigung psychischer Funktionen									
Probleme bei der Krankheitsverarbeitung ^A	219	26.2	206	28.7	13	10.9	16.679	1	<.001^B
allgemeine psychische Belastung ^A	303	36.2	282	39.3	21	17.6	20.676	1	<.001^B
Sonstige Beeinträchtigungen									
Perineale Schmerzen/Beschwerden ^C	47	5.6	44	6.1	3	2.5	2.506	1	.134 ^D
Schmerzen/Beschwerden des Bewegungs- und Haltungsapparats ^C	26	3.1	23	3.2	3	2.5	-	-	.999 ^D
Andere ^{C,E}	58	6.9	37	5.2	21	17.6	24.707	1	<.001^B

^AMerkmal war im Funktionsbogen vorgegeben; ^BChi²-Test; ^CMerkmal wurde frei genannt unter „sonstiges“; ^DExakter Test nach Fisher; ^EAnzahl/Anteil der Patienten, bei denen mind. 1 therapiebedingte Beeinträchtigung unter „sonstiges“ genannt wurde, die nicht unter „perineale Schmerzen/Beschwerden“ oder „Schmerzen/Beschwerden des Bewegungs- und Haltungsapparats“ kategorisiert wurde

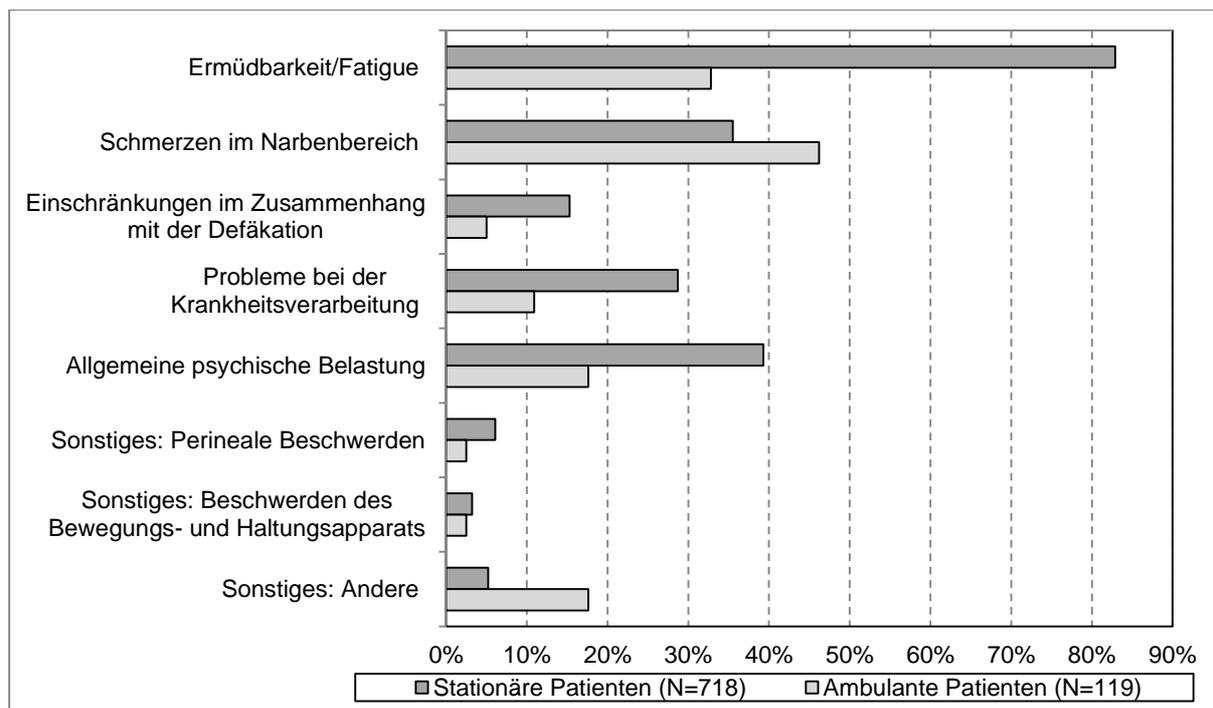


Abb. 4.3: Therapiebedingte Einschränkungen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich

Nebendiagnosen. Für 34% der Gesamtstichprobe wird von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der Rehabilitation (T1) eine Nebendiagnose angegeben. Die am häufigsten vorliegenden Begleiterkrankungen betreffen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10-I: 36%), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10-E: 19%) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10-M: 17%, Tab. 4.6). Insgesamt liegen für die Gesamtstichprobe 851 Nebendiagnose-Nennungen vor. Die zehn am häufigsten genannten Nebendiagnosen sind in Tab. 4.7 dargestellt.

Im Hinblick auf die zu Beginn der Rehabilitation vorliegenden Nebendiagnosen unterscheiden sich die Patientengruppen nur hinsichtlich des Merkmals Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10-E) signifikant voneinander, wobei stationäre Patienten häufiger betroffen sind als ambulante Patienten (stat: 20%, amb: 9%, $p=0.005$, Tab. 4.6, Abb. 4.5). Insgesamt liegen für stationäre Patienten 757 Nennungen und für ambulante Patienten 94 Nennungen von Nebendiagnosen vor. Die zehn bzw. elf am häufigsten angegebenen Nebendiagnosen sind für stationäre Patienten in Tab. 4.8 und für ambulante Patienten in Tab. 4.9 dargestellt.

Tab. 4.6: Anzahl und Art der Nebendiagnosen (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Nebendiagnosen (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Anzahl									
keine	342	40.9	284	39.6	58	48.7			
eine	285	34.1	246	34.3	39	32.8			
zwei	128	15.3	114	15.9	14	11.8	4.821	-	.300 ^A
drei	52	6.2	48	6.7	4	3.4			
vier und mehr	30	3.6	26	3.6	4	3.4			
Nebendiagnose^{B,C}									
Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10-I)	301	36.0	259	36.1	42	35.3	.027	1	.918 ^D
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10-E)	156	18.6	145	20.2	11	9.2	8.073	1	.005 ^D
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10-M)	139	16.6	124	17.3	15	12.6	1.604	1	.233 ^D

^AExakter Test nach Fisher; ^BPatienten, bei denen mindestens eine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Kapitel genannt wurde; ^Cdargestellt sind nur ICD-10-Kapitel, zu denen für mindestens 10% der Patienten mindestens eine Nebendiagnose angegeben wurde; ^DChi²-Test

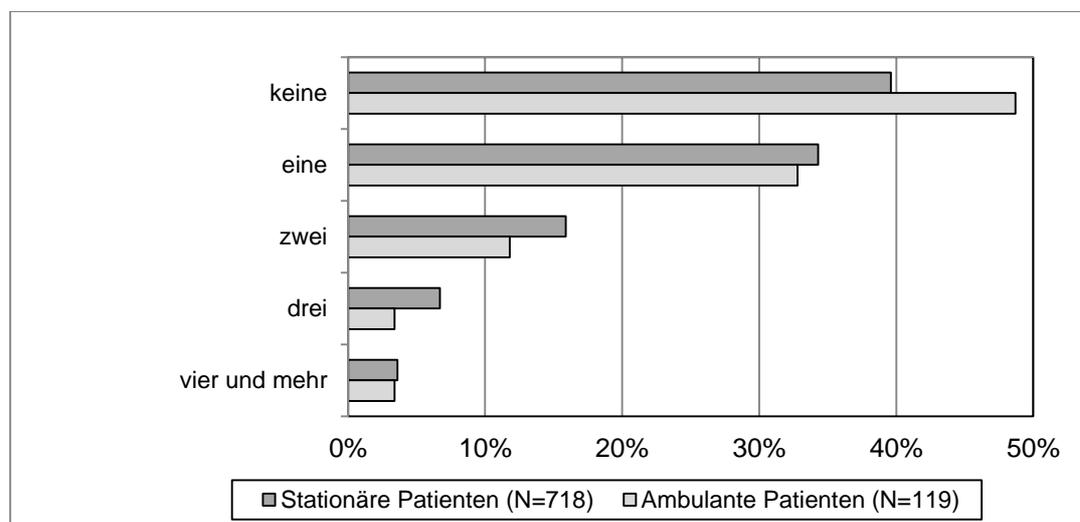


Abb. 4.4: Anzahl der Nebendiagnosen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

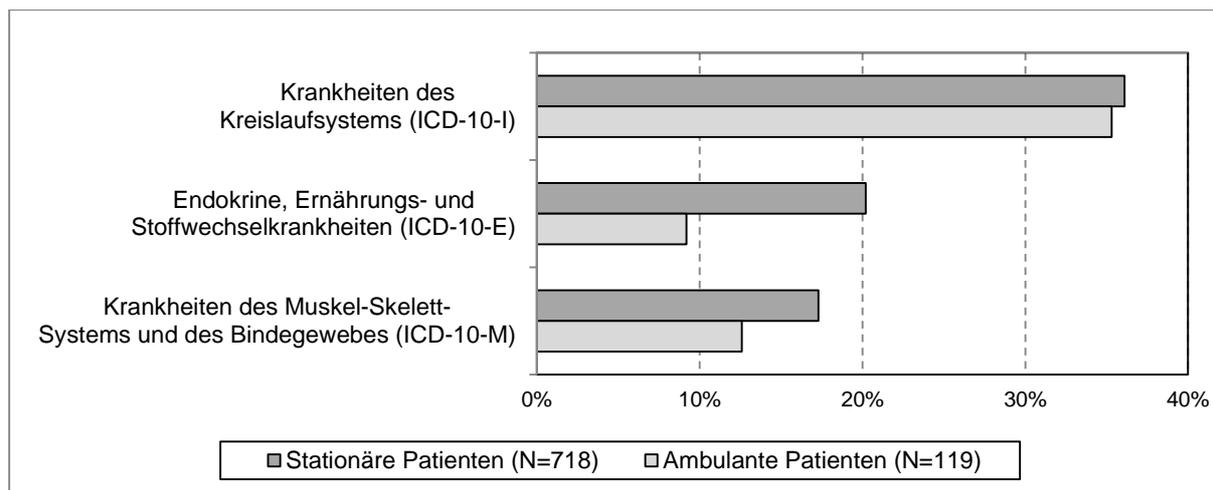


Abb. 4.5: Nebendiagnosen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

Tab. 4.7: Die 10 am häufigsten angegebenen Nebendiagnosen (T1) in der Gesamtstichprobe (N=837)

10 häufigste Nebendiagnosen (N=851 Nennungen ^A)				
#	ICD-10-Code	Bezeichnung	n	%
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	284	33.4
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	65	7.6
3	M54	Rückenschmerzen	55	6.5
4	E66	Adipositas	30	3.5
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	28	3.3
6	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	27	3.2
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	22	2.6
8	J44	Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit	18	2.1
9	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidin-stoffwechsels	18	2.1
10	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	18	2.1

^AMehrfachnennungen möglich

Tab. 4.8: Die 10 am häufigsten angegebenen Nebendiagnosen (T1) der stationären Rehabilitanden (N=718)

10 häufigste Nebendiagnosen (N=757 Nennungen ^A)				
#	ICD-10-Code	Bezeichnung	n	%
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	248	32.8
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	64	8.5
3	M54	Rückenschmerzen	47	6.2
4	E66	Adipositas	30	4.0
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	24	3.2
6	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	21	2.8
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	20	2.6
8	J44	Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit	18	2.4
9	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidin-stoffwechsels	17	2.2
10	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	16	2.1

^AMehrfachnennungen möglich

Tab. 4.9: Die 11 am häufigsten angegebenen Nebendiagnosen (T1) der ambulanten Rehabilitanden (N=119)

11 häufigste Nebendiagnosen ^A (N=94 Nennungen ^B)				
#	ICD-10-Code	Bezeichnung	n	%
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	36	38.3
2	M54	Rückenschmerzen	8	8.5
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	6	6.4
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4	4.3
5	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	2	2.1
6	G47	Schlafstörungen	2	2.1
7	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	2	2.1
8	I26	Lungenembolie	2	2.1
9	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2	2.1
10	M66	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen	2	2.1
11	G35	Multiple Sklerose	2	2.1

^ADa insgesamt 7 Nebendiagnosen in der ambulanten Stichprobe gleichhäufig vorlagen, sind hier die 11 am häufigsten genannten Nebendiagnosen aufgeführt; ^BMehrfachnennungen möglich

Medizinisch-onkologische Basisdaten: Zusammenfassung

Im Hinblick auf die operative Therapie unterschieden sich stationäre und ambulante Patienten signifikant im Status des **Nerverhalts**, wobei ambulante Patienten häufiger nerverhaltend operiert wurden. Aus klinischer Sicht erscheint der Anteil nerverhaltend operierter Patienten höher, als es dem Erfahrungswert in Bezug auf Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie in der onkologischen Rehabilitation entspricht. Gleichzeitig ist anzumerken, dass es sich hier um eine Stichprobe vergleichsweise junger Patienten mit nicht-metastasierten Tumoren handelt. Entsprechend sind die Studienergebnisse nur begrenzt auf die Gesamtpopulation aller Prostatakarzinompatienten transferierbar.

Über die Operation hinaus haben die meisten Patienten keine **weiteren Therapien in Bezug auf den Tumor** erhalten, wobei für stationäre Patienten signifikant häufiger eine Bestrahlung geplant wird.

Hinsichtlich **therapiebedingter Einschränkungen** zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Stationäre Patienten sind insbesondere im Hinblick auf psychische Einschränkungen sowie Ermüdbarkeit/Fatigue stärker betroffen, während für ambulante Patienten häufiger Schmerzen im Narbenbereich angegeben werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Gesamtstichprobe eine eher moderate Anzahl von **Nebendiagnosen** aufweist und keine signifikanten Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten bestehen. Da die zehn am häufigsten genannten Nebendiagnosen in etwa der Epidemiologie bei Männern in der vorliegenden Altersgruppe entsprechen, sind diesbezüglich keine Auffälligkeiten der Stichprobe zu verzeichnen.

Bezüglich der Frage, inwieweit die berichteten Nebendiagnosen die Rückkehr zur Arbeit

erschweren können, ist zu berücksichtigen, dass die Berufsausübung für Patienten trotz Vorliegen der Nebendiagnose(n) im Vorfeld der Rehabilitation möglich war. Insofern kann die Komorbidität der Patienten als weniger bedeutsamer Faktor für die Entwicklung der sozialmedizinischen Outcomes bewertet werden.

4.1.1.2 Allgemeine funktionelle Parameter

Im Hinblick auf allgemeine funktionelle Parameter werden komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf, der Karnofsky-Index, die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten sowie operationsbedingte und operationsunabhängige Schmerzen der Patienten berichtet.

Komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf. In der Gesamtstichprobe zählen zu den häufiger genannten komplizierenden Faktoren das Vorliegen einer Lymphozele (mit oder ohne Drainage, 11%), Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber, 9%) und Wundheilungsstörungen (6%). Insgesamt sind zu Beginn der Rehabilitation (T1) unter 1% der Patienten mit einem Katheter versorgt (transurethral: n=4; suprapubisch: n=2, Daten nicht tabellarisch dargestellt). Auch weitere komplizierende Merkmale wie Obstruktion und/oder Harnverhalt und Thrombose liegen bei weniger als 1% der Patienten vor, von einem sekundären Lymphödem sind knapp 2% der Patienten betroffen (Tab. 4.10).

Der Vergleich zwischen stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass stationäre Patienten signifikant häufiger unter einem Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber) leiden (stat: 10%, amb: 3%, p=.008, Tab. 4.10, Abb. 4.6).

Tab. 4.10: Komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Katheter^A									
ja	6	0.7	5	0.7	1	0.8	-	-	^B
Harnwegsinfekt/Fieber									
ja	74	8.8	71	9.9	3	2.5	6.875	1	.008^C
Wundheilungsstörung									
ja	46	5.5	40	5.6	6	5.0	0.055	1	.837 ^D
sekundäres Lymphödem									
ja	13	1.6	10	1.4	3	2.5	-	-	.412 ^C
Lymphozele/Drainage									
ja	88	10.5	81	11.3	7	5.9	3.163	1	.077 ^D

^AVariable „Katheter“ (transurethral/suprapubisch) dichotomisiert: ja/nein; ^BAufgrund zu geringer Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung der Gruppenunterschiede vorgenommen; ^CExakter Test nach Fisher; ^DChi²-Test

Fortsetzung Tab. 4.10

Komplizierende Faktoren für den Heilungsverlauf (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Obstruktion/Harnverhalt									
ja	1	0.1	1	0.1	0	0.0	-	-	^B
Thrombose									
ja	6	0.7	5	0.7	1	0.8	-	-	^B

^AVariable „Katheter“ (transurethral/suprapubisch) dichotomisiert: ja/nein; ^BAufgrund zu geringer Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung der Gruppenunterschiede vorgenommen; ^CExakter Test nach Fisher; ^DChi²-Test

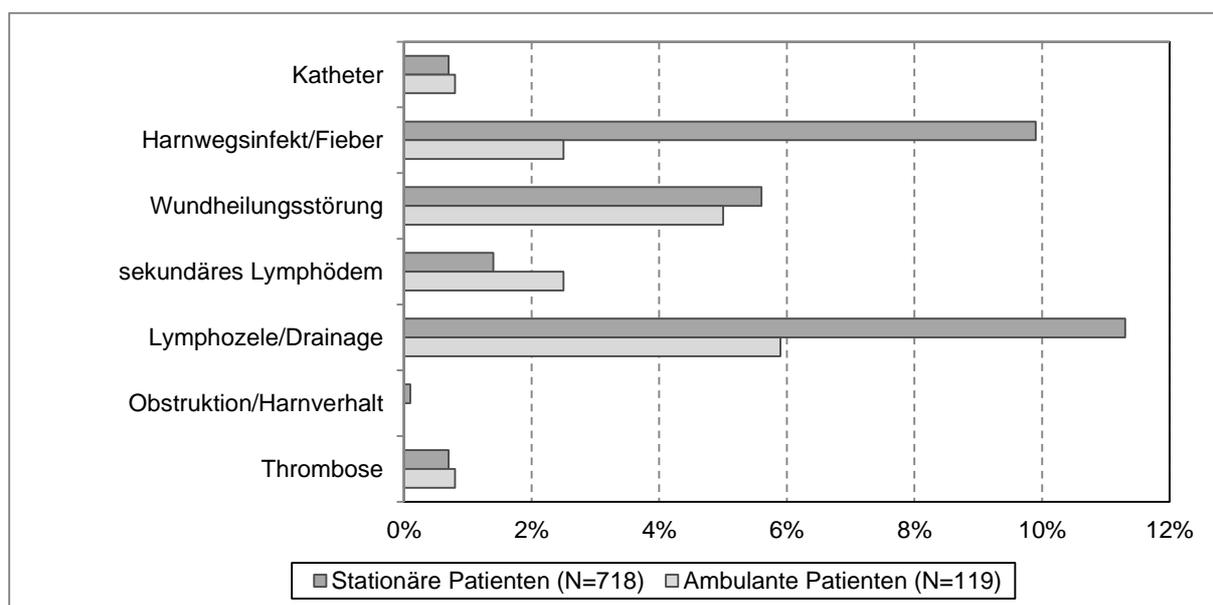


Abb. 4.6: Vorliegen komplizierender Faktoren bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

Schmerzen. Auf einer Rating-Skala von 0 bis 10 zeigen Patienten der Gesamtstichprobe durchschnittlich eine höhere operationsbedingte (M=2.4) als operationsunabhängige (M=1.5) Schmerzbelastung, wobei das Ausmaß der im Mittel vorliegenden Schmerzen jeweils eher gering ist (Tab. 4.11).

Die vergleichende Analyse der Patientengruppen zeigt, dass stationäre Patienten im Durchschnitt signifikant stärkere operationsunabhängige Schmerzen haben als ambulante Patienten (stat: M=1.6, amb: M=0.8, p<.001, Tab. 4.11, Abb. 4.7).

Tab. 4.11: Schmerzen (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Schmerzen (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Operationsbedingte Schmerzen^C	837	2.4	2.0	718	2.4	2.0	119	2.2	2.0	1.155	835	.249	0.1
Operationsunabhängige Schmerzen^C	835	1.5	2.2	718	1.6	2.2	117	0.8	1.8	4.123	193	<.001	0.4

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d, ^CSkala von 0 bis 10, wobei 0=keine Schmerzen und 10=stärkste Schmerzen

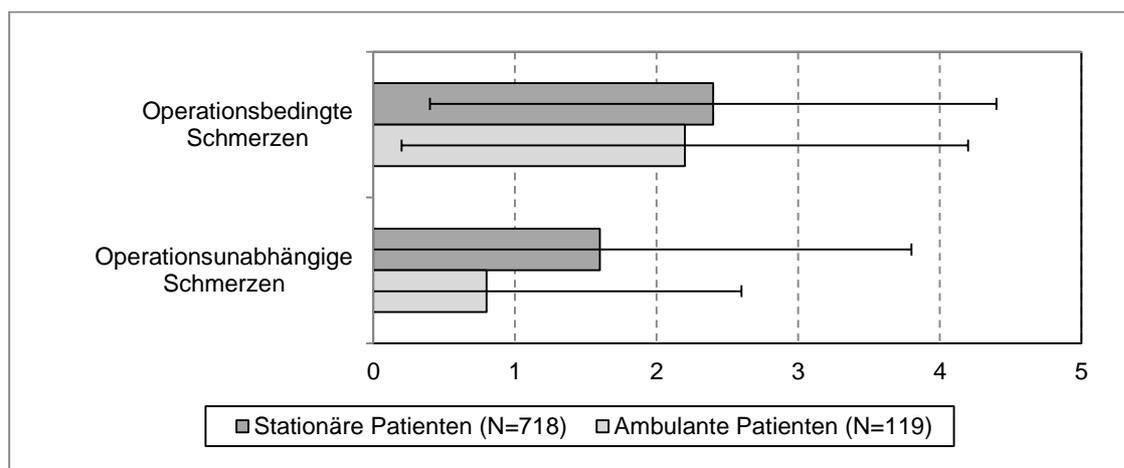


Abb. 4.7: Schmerzen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Mittelwerte (Skala 0-10), Standardabweichungen sind als Fehlerbalken angegeben

Körperliche Leistungsfähigkeit und Karnofsky-Index. Die körperliche Leistungsfähigkeit der Gesamtstichprobe liegt, gemessen auf einer Skala von 0 bis 100%, bei knapp 51%. Der Karnofsky-Index der Gesamtstichprobe beträgt im Mittel 79.4%, wobei ein Karnofsky-Index von 80% dem Status „normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome“ entspricht (Tab. 4.12).

Auch hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit bestehen signifikante Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten. Mit knapp 50% Leistungsfähigkeit liegt der Gruppenmittelwert der stationären Patienten unter dem der ambulanten Patienten mit etwa 71% ($p < .001$). Der Gruppenvergleich zeigt weiterhin, dass stationäre Patienten mit 77.4% einen signifikant niedrigeren durchschnittlichen Karnofsky-Index aufweisen als ambulante Patienten mit 91.4% ($p < .001$; Tab. 4.12, Abb. 4.8; siehe auch Tab. 4.6 bzgl. kategorialer Auswertung des Karnofsky-Index).

Tab. 4.12: Körperliche Leistungsfähigkeit und Karnofsky-Index (Skala 0-100%) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Leistungsfähigkeit (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^B	d ^C
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Körperliche Leistungsfähigkeit^A	837	50.6	19.2	718	47.2	17.3	119	70.9	16.8	-13.887	835	<.001	-1.4
Karnofsky-Index^{D,E}	837	79.4	8.9	718	77.4	7.6	119	91.4	6.3	-21.830	180.710	<.001	-2.0

^APatientenangabe; ^BT-Test; ^CEffektstärke Cohen's d; ^DArztangabe; ^EKarnofsky-Index: 100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung, 90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome, 80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome, 70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit

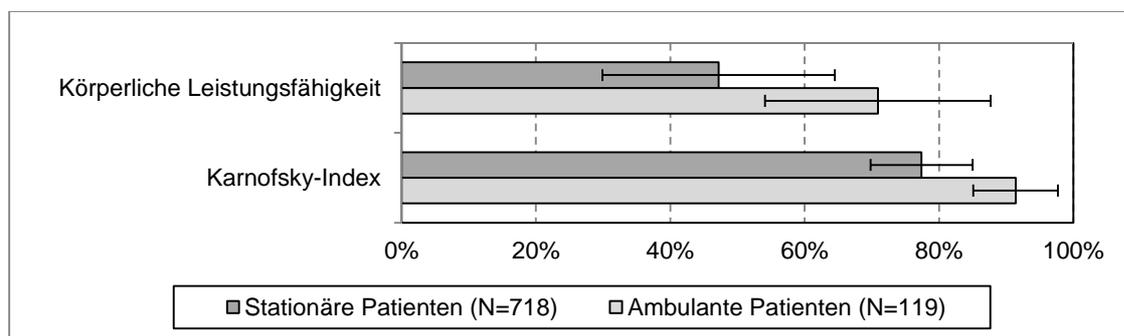


Abb. 4.8: Körperliche Leistungsfähigkeit und Karnofsky-Index bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Mittelwerte (Skala 0-100%), Standardabweichungen sind als Fehlerbalken angegeben

Allgemeine funktionelle Parameter T1: Zusammenfassung

Hinsichtlich **komplizierender Faktoren für den Heilungsverlauf** unterscheiden sich die Patienten nur im Merkmal Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber) voneinander. Aus klinischer Erfahrung verlaufen Harnwegsinfekte überwiegend ohne Fieber, so dass die Komplikationsrate in der Gesamtstichprobe hoch erscheint. Weiterhin erscheint auch der Anteil der Gesamtstichprobe mit Lymphozele (mit oder ohne Drainage) hoch. Aufgrund der interpretationsoffenen Itemformulierungen im Arztfragebogen (Harnwegsinfekt/Fieber, Lymphozele/Drainage) könnte eine Überschätzung dieser Komplikationen vorliegen.

Sowohl ambulante als auch stationäre Patienten zeigen eine eher geringe **Schmerzbelastung** auf einer Skala von 0-10, wobei die stationäre Gruppe im Hinblick auf operationsunabhängige Schmerzen signifikant und klinisch relevant stärker belastet ist.

Hinsichtlich der Merkmale zur **Leistungsfähigkeit** der Patienten zeigen sich signifikante und klinisch relevante Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit hohen Effekten. Stationäre Patienten schätzen ihre körperliche Leistungsfähigkeit deutlich schlechter ein als ambulante Patienten. Auch die ärztliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index) fällt für stationäre Patienten negativer aus. Aufgrund unterschiedlicher Interpretatio-

nen der Karnofsky-Kriterien in den Kliniken könnten Patienten mit einem Karnofsky-Index von 100% in der Stichprobe leicht überschätzt sein.

4.1.1.3 Urologische Funktionsparameter

Zur Beschreibung spezifischer urologischer Funktionsparameter von Prostatakarzinom-Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie werden im Folgenden Ergebnisse zum prostataspezifischen Antigen (PSA)-Wert, zur postoperativen Inkontinenz sowie zum Mikti-onsverhalten berichtet.

Prostataspezifisches Antigen (PSA)-Wert. Vor der Operation (prä-OP) liegt der mittlere PSA-Wert in der Gesamtstichprobe bei 9.2 ng/ml, wobei der Wert zwischen 0.180 und 92.000 ng/ml schwankt. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) ist der mittlere PSA-Wert der Patienten deutlich gesunken und liegt bei 0.3 ng/ml (Tab. 4.13) mit einer Spannbreite von 0 bis 30.570 ng/ml. Bezüglich des PSA-Werts zu T1 ist anzumerken, dass dieser für n=26 Patienten nicht als exakter Wert, sondern als Cut-off (bspw. <0.003, <0.01, <0.05) berichtet wurde. In einer ersten Analyse wurde für diese Patienten der jeweils unter dem Cut-off liegende numerische Wert (bspw. <0.003=0.002, <0.01=0.009, <0.05=0.04) als PSA-Wert herangezogen. In einer zweiten Analyse wurden die als Cut-off angegebenen PSA-Werte als fehlende Werte interpretiert. Die Ergebnisse beider Vorgehensweisen sind in Tab. 4.13 gegenübergestellt. Vor dem Hintergrund (i) der ähnlichen Ergebnisse beider Analysen und (ii) zugunsten einer größeren Fallzahlausschöpfung beruhen alle weiteren Auswertungen zum PSA-Wert auf der Vorgehensweise der ersten Analyse, d.h. der Interpretation von Cut-off-Werten als numerische Werte.

Der Gruppenvergleich verdeutlicht, dass die durchschnittlichen PSA-Werte bei stationären Patienten vor der Operation (prä-OP) tendenziell höher liegen, sich die Werte beider Patientengruppen aber zu T1 bis auf 0.1 ng/ml angleichen (Tab. 4.14). Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant voneinander.

Die varianzanalytische Überprüfung zeigt, dass unter Berücksichtigung der Ausgangswerte hinsichtlich der Entwicklung des PSA-Werts (prä-OP, T1) kein Zeiteffekt und keine Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting bestehen (Tab. 4.14, Tab. 4.15).

Tab. 4.13: PSA-Wert vor der OP (prä-OP) und zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

PSA-Wert (prä-OP/ T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
PSA-Wert prä-OP in ng/ml	834	9.2	9.3	717	9.4	9.4	117	7.9	8.5	1.620	832	.106	0.2
PSA-Wert T1 ^C in ng/ml	834	0.3	1.2	716	0.3	1.3	118	0.2	0.4	.771	832	.441	0.1
PSA-Wert T1 ^D in ng/ml	808	0.3	1.2	702	0.3	1.3	106	0.2	0.4	.596	806	.551	0.1

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d; ^Czu T1 liegt der PSA-Wert bei n=26 Patienten in Form eines Cut-off-Wertes vor (<0.003, <0.01 bzw. <0.05). In dieser Analyse wurden die PSA-Werte der betroffenen Patienten wie folgt interpretiert: <0.003=0.002, <0.01=0.009 bzw. <0.05=0.04 ^Din dieser Analyse wurden PSA-Werte, die als Cut-offs angegeben sind (<0.003, <0.01 bzw. <0.05), als fehlende Werte interpretiert

Tab. 4.14: Entwicklung des PSA-Werts (prä-OP–T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des PSA-Werts (prä-OP–T1)	n ^A	Messzeitpunkte	
		prä-OP M (SD)	T1 M (SD)
PSA-Wert in ng/ml			
Gesamtstichprobe	831	9.2 (9.3)	0.3 (1.2)
stationär	715	9.4 (9.4)	0.3 (1.3)
ambulant	116	7.9 (8.5)	0.2 (0.4)

^Anur Patienten, bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die Variable „PSA-Wert“ vorliegen; zu T1 liegt der PSA-Wert bei n=26 Patienten in Form eines Cut-off-Wertes vor (<0.003, <0.01 bzw. <0.05). In dieser Analyse wurden die PSA-Werte der betroffenen Patienten wie folgt interpretiert: <0.003=0.002, <0.01=0.009 bzw. <0.05=0.04

Tab. 4.15: Einfluss der Zeit und Zeit*Setting auf die Entwicklung des PSA-Werts (N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	partielles eta ²
PSA-Wert				
Zeit	1.744	1	.187	.002
Zeit*Setting	.055	1	.815	<.001

^AANCOVA mit Messwiederholung, prä-OP-Wert als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt

Harninkontinenz. Knapp 40% der Gesamtstichprobe sind postoperativ auch in der Nacht inkontinent (Grad III), über 20% leiden bereits am Vormittag unter Harninkontinenz (Grad II) und etwa ein Viertel ist nur am Nachmittag betroffen (Grad I). Knapp 15% der Patienten sind bereits zu Beginn der Rehabilitation (T1) vollständig kontinent (Tab. 4.16).

Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass für stationäre Patienten signifikant häufiger Inkontinenzgrad III (stat: 40%, amb: 18%) und seltener Inkontinenzgrad I oder II berichtet wird als für ambulante Patienten. Der Anteil der bereits zu Beginn der Rehabilitation vollständig kontinenten Patienten ist in den Vergleichsgruppen hingegen ähnlich hoch (stat: 15%, amb: 16%, p<.001, Tab. 4.16, Abb. 4.9).

Tab. 4.16: Harninkontinenz (T1) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Harninkontinenz (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^B
	n	%	n	%	n	%			
Inkontinenzgrad^A									
Grad 0	123	14.7	104	14.5	19	16.4	23.484	3	<.001
Grad I	211	25.3	167	23.3	44	37.9			
Grad II	189	22.7	157	21.9	32	27.6			
Grad III	311	37.3	290	40.4	21	18.1			

^AInkontinenzgrad nach Otto: °0: keine Inkontinenz, °I: nur am Nachmittag, °II: bereits am Vormittag, °III: auch in der Nacht;
^BChi²-Test

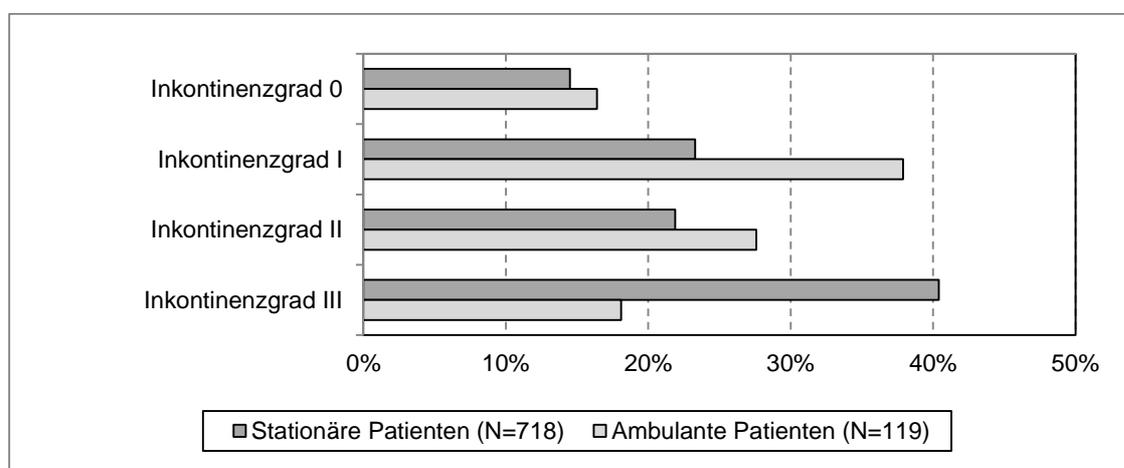


Abb. 4.9: Grad der Inkontinenz bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1, N=837); Angaben in %

Miktionsverhalten

Methodische Vorbemerkung

Die Analyse der einzelnen miktionsbezogenen Parameter wurde unter verschiedenen Bedingungen durchgeführt:

- Zunächst wurden alle Patienten identifiziert, deren Parameterwert Null betrug. Die Anzahl und der Anteil dieser Patienten an der Gesamtstichprobe sind in Tab. 4.17 in der Zeile „kein Parameter x (n, %)“ angegeben.
- Im nächsten Schritt wurde der Parametermittelwert für alle Patienten berechnet, deren Parameterwert größer Null war. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tab. 4.17 in der Zeile „mit Parameter x“ angegeben.
- Im letzten Schritt wurde der Parametermittelwert für alle Patienten berechnet, bei denen ein Parameterwert vorlag. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tab. 4.17 in der Zeile „Gesamt“ angegeben.

In Tab. 4.17 sind die Ergebnisse aller o.a. Analyseschritte dargestellt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich für das Miktionsvolumen sowie den maximalen und mittleren Uroflow auf alle Patienten (Tabellenzeile „Gesamt“). Die Beschreibungen zu den weiteren miktionsbezogenen Parameter beziehen sich nur auf diejenigen Patienten, die einen Parameterwert größer Null aufweisen (Tabellenzeile „mit Parameter x“). Die textlich beschriebenen Daten sind jeweils in der Tabelle grau hinterlegt.

Ergebnisse zum Miktionsverhalten

Zu Beginn der Rehabilitation verzeichnen Patienten im Mittel ein Miktionsvolumen von insgesamt 214.4 ml. Der maximale Flow (peak) beträgt im Durchschnitt 19.8 ml/s, der mittlere Flow (mean) 9.8 ml/s. In Bezug auf den Harnfluss liegen damit alle Mittelwerte im Normbereich. Der Mittelwert des Restharns liegt bei Patienten mit entsprechendem Befund bei 20.3 ml, so dass auch für diesen Parameter kein pathologischer Wert vorliegt. Hinsichtlich der Miktionsfrequenz weisen Patienten, deren Frequenz über Null lag, tagsüber eine durchschnittliche Frequenz von 6.8 und nachts von 2.2 auf. Der mittlere Vorlagenverbrauch liegt bei Patienten, die Inkontinenzvorlagen nutzen, tagsüber bei 3.2 und nachts bei 1.3 Vorlagen. Der 24-Std.-PAD-Test zeigt, dass Patienten mit Urinverlust im Durchschnitt 213.1 g Urin verlieren. Der Urinverlust dieser Patienten liegt tagsüber bei 175.1 g und nachtsüber bei 60.1 g (Tab. 4.17).

Der Vergleich der Patientengruppen ergibt statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede im Hinblick auf das Miktionsvolumen (stat: M=207.6 ml, amb: M=266.0 ml, $p < .001$) und den mittleren Flow (stat: M=9.5 ml/s, amb: M=12.0 ml/s, $p < .001$). In Bezug auf den Restharn unterscheiden sich ambulante und stationäre Patienten, bei denen ein Restharn festgestellt wurde, ebenfalls statistisch signifikant (stat: M=21.6 ml, amb: M=7.5 ml, $p < .001$). Da die Werte beider Patientengruppen jeweils im Normbereich liegen, bleiben die Mittelwertsunterschiede ohne klinische Relevanz. Tagsüber weisen stationäre Patienten, die Inkontinenzvorlagen nutzen, durchschnittlich einen signifikant höheren Verbrauch auf (stat: M=3.4, amb: M=1.9, $p < .001$). Weiterhin verzeichnen stationäre Patienten, die Urin verlieren, im 24-Std.-PAD-Test einen signifikant höheren mittleren Verlust als ambulante Patienten (stat: M=239.0 g, amb: M=80.4 g, $p < .001$, Tab. 4.17).

Tab. 4.17: Miktionsverhalten (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Miktionsverhalten (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Miktionsvolumen gesamt in ml													
kein Volumen (n, %)	30	4.1	-	30	4.7	-	0	0.0	-				
mit Volumen	695	223.7	140.6	611	217.8	139.7	84	266.0	140.5	-2.961	693	.003	-0.3
Gesamt	725	214.4	144.7	641	207.6	144.0	84	266.0	140.5	-3.503	723	<.001	-0.4
maximaler Flow (peak) in ml/s													
kein Flow (n, %)	30	4.1	-	30	4.7	-	0	0.0	-				
mit Flow	695	20.7	14.6	611	20.4	15.0	84	22.3	10.6	-1.084	693	.279	-0.1
Gesamt	725	19.8	14.8	641	19.5	15.3	84	22.3	10.6	-1.624	723	.105	-0.2
mittlerer Flow (mean) in ml/s													
kein Flow (n, %)	30	4.1	-	30	4.7	-	0	0.0	-				
mit Flow	695	10.2	5.2	611	10.0	5.2	84	12.0	5.2	-3.315	693	.001	-0.4
Gesamt	725	9.8	5.5	641	9.5	5.5	84	12.0	5.2	-3.901	723	<.001	-0.5
Restharn in ml													
kein Restharn (n, %)	537	76.5	-	484	76.5	-	53	76.8	-				
mit Restharn	165	20.3	15.9	149	21.6	15.8	16	7.5	10.2	4.952	23.607	<.001	1.1
Gesamt	702	4.8	11.5	633	5.1	11.9	69	1.7	5.7	3.990	143.712	<.001	0.4
Miktionsfrequenz/ tagsüber													
keine Miktion (n, %)	50	6.0	-	46	6.4	-	4	3.6	-				
mit Miktion	779	6.8	2.9	671	6.8	3.0	108	6.6	2.6	.612	777	.540	0.1
Gesamt	829	6.4	3.3	717	6.4	3.3	112	6.4	2.8	-.038	827	.969	0.0
Miktionsfrequenz/ nachts													
keine Miktion (n, %)	67	8.1	-	51	7.1	-	16	14.3	-				
mit Miktion	762	2.2	1.3	666	2.2	1.2	96	2.2	1.5	-.276	112.833	.783	0.0
Gesamt	829	2.0	1.3	717	2.0	1.3	112	1.9	1.6	.732	134.177	.466	0.1
Vorlagenverbrauch Anzahl/ tagsüber													
kein Verbrauch (n, %)	115	13.8	-	101	14.1	-	14	12.1	-				
mit Verbrauch	719	3.2	2.8	617	3.4	2.9	102	1.9	1.5	8.328	246.150	<.001	0.7
Gesamt	834	2.8	2.8	718	3.0	2.9	116	1.6	1.5	7.312	274.485	<.001	0.6
Vorlagenverbrauch Anzahl/ nachts													
kein Verbrauch (n, %)	142	17.0	-	123	17.2	-	19	16.4	-				
mit Verbrauch	691	1.3	0.7	594	1.3	0.7	97	1.2	0.6	1.213	143.591	.227	0.2
Gesamt	833	1.1	0.8	717	1.1	0.8	116	1.0	0.7	.750	831	.453	0.1

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d

Fortsetzung Tab. 4.17

Miktionsverhalten (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
24-Std.-PAD-Test/ Urinverlust in g													
kein Urinverlust (n, %)	182	22.2	-	170	24.2	-	12	10.3	-				
mit Urinverlust	637	213.1	384.6	533	239.0	409.3	104	80.4	164.2	6.622	392	<.001	0.5
Gesamt	819	165.8	350.6	703	181.2	370.7	116	72.1	157.4	5.396	371	<.001	0.4
PAD-Test tagsüber/ Urinverlust in g													
kein Urinverlust (n, %)	206	25.1	-	193	27.4	-	13	11.2	-				
mit Urinverlust	614	175.1	315.0	511	199.4	335.5	103	54.5	125.8	7.492	428.036	<.001	0.6
Gesamt	820	131.1	282.9	704	144.7	299.3	116	48.4	119.7	6.082	403.638	<.001	0.4
PAD-Test nachts/ Urinverlust in g													
kein Urinverlust (n, %)	348	41.6	-	326	46.4	-	22	19.0	-				
mit Urinverlust	471	60.1	150.9	377	67.8	165.4	94	29.2	57.2	3.721	426.356	<.001	0.3
Gesamt	819	34.6	118.2	703	36.4	125.7	116	23.7	52.7	1.070	817	.285	0.1

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d

Datenqualität der miktionsbezogenen Parameter

Zur Einschätzung der Datenqualität wurden die Angaben zum Miktionsverhalten (T1, Gesamtstichprobe) im Hinblick auf deren Vollständigkeit geprüft. Dabei zeigte sich, dass für 667 von 837 Patienten Angaben zu allen miktionsbezogenen Parametern vorlagen. Bei 13.4% der Gesamtstichprobe wurde keine Harnflussmessung und bei 15.8% keine Restharnmessung vorgenommen. Bezüglich der Miktionsfrequenz tagsüber/nachts, dem Vorlagenverbrauch tagsüber/nachts sowie dem 24-Std.-PAD-Test (Urinverlust) beträgt der Anteil der Gesamtstichprobe, bei dem keine Messung vorgenommen wurde, zwischen 0.4 bis 2.2%.

Im Hinblick auf die beiden Patientengruppen zeigt sich, dass bei 10.7% der stationären und 29.4% der ambulanten Patienten keine Harnflussmessung vorgenommen wurde. Bezüglich des Restharns liegt bei 11.8% der stationären und bei 42% der ambulanten Patienten kein Wert vor.

Die Informationen stammen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Diese hatten Parameter, zu denen bei Beginn der Rehabilitation keine Messung durchgeführt wurde, im Arztfragebogen entsprechend gekennzeichnet.

Urologische Funktionsparameter T1: Zusammenfassung

Bezüglich der **PSA-Werte** vor der OP (prä-OP) und zu T1 unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten nicht signifikant voneinander. Hinsichtlich der Entwicklung des PSA-

Werts (prä-OP, T1) liegt weder ein Zeiteffekt noch eine Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting vor.

Im Hinblick auf die postoperative **Inkontinenz** zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede. Im Vergleich zu stationären Patienten sind ambulante Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) häufiger vollständig kontinent und seltener von schwerer Inkontinenz (Inkontinenzgrad III) betroffen. Hier könnte ein Zusammenhang mit dem höheren Anteil nerverhaltend operierter ambulanter Patienten bestehen. Bei Indikation der ein- oder beidseitigen Nerverhaltung wird häufig gewebeschonender operiert, wovon Patienten auch hinsichtlich der Kontinenzsituation profitieren könnten. Gleichzeitig kann dieser aber, in Relation gesetzt, die deutlich höhere Harninkontinenzrate der stationären Patienten nicht zufriedenstellend klären.

Im Hinblick auf das **Miktionsverhalten** zeigen sich statistisch und klinisch relevante Gruppenunterschiede nur beim Vorlagenverbrauch am Tag sowie beim 24-Std.-PAD-Test, wobei stationäre Patienten jeweils höhere Werte aufweisen. Statistisch signifikante Unterschiede bestehen darüber hinaus beim Uroflow, beim mittleren Flow und beim Restharn, wobei die Werte in beiden Patientengruppen jeweils im Normbereich liegen. Insgesamt zeigt sich, dass stationäre Patienten hinsichtlich der postoperativen Harninkontinenz zu T1 ungünstigere Ausgangsbedingungen aufweisen als ambulante Patienten.

Bei der Interpretation des Inkontinenzgrads nach Otto zu berücksichtigen, dass eine vollständige Kontinenz nur vorliegt, wenn der Patient nachweislich keinen Urin verliert. Der Urinverlust wird objektiviert mit Hilfe des 24-Std.-PAD-Tests. Alle anderen Patienten, die nachweislich, insbesondere im 24-Std.-PAD-Test Urin verlieren, müssen als inkontinent gelten. Die Quote derjenigen Patienten, für die im 24-Std.-PAD-Test kein Urin angegeben wurde, beträgt 22.2%. Gleichzeitig wurde von ärztlicher Seite nur für 14.7% der Patienten ein Inkontinenzgrad von 0 (nach Otto) eingeschätzt. Insofern stimmen hier die objektivierten Daten mit den Angaben der Ärztinnen und Ärzte nicht überein. Vor diesem Hintergrund sollte im Zusammenhang mit der Interpretation der postoperativen Inkontinenz den Angaben aus dem PAD-Test Vorzug gegeben werden.

4.1.1.4 Sexuelle Funktionsparameter

Zur Beschreibung spezifischer sexueller Funktionsparameter von Prostatakarzinom-Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie werden im Folgenden Ergebnisse zur erektilen Funktionsfähigkeit mit und ohne Hilfsmittel sowie zum Einsatz unterschiedlicher Erektionshilfen berichtet.

Erektionsstatus ohne Hilfsmittel. Für die Zeit vor der radikalen Prostatovesikulektomie (prä-OP) geben knapp 90% der Gesamtstichprobe eine volle oder für den Geschlechtsverkehr ausreichende Rigidität (E4-E5) an. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) berichten 97% der Patienten postoperativ eine schwache Erektionsfähigkeit (E1-E3; Tab. 4.18). Etwa 60% der Gesamtstichprobe äußern zu Beginn der Rehabilitation (T1) den Wunsch nach einer Behandlung der erektilen Dysfunktion, etwa 22% möchten diesbezüglich noch abwarten (Tab. 4.18).

Der Gruppenvergleich zeigt signifikante Unterschiede des prä-operativen Erektionsstatus, wobei die stationäre Gruppe häufiger eine volle Tumescenz (E3) und die ambulante Gruppe häufiger keine oder eine leichte Tumescenz (E1-E2) aufweist. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der ambulanten Gruppe (E1-E3) und der überwiegend geschlechtsverkehrstauglichen Erektionsfähigkeit der Patienten beider Gruppen ist dieser Unterschied jedoch als klinisch nicht relevant zu bewerten. Bei Beginn der Rehabilitation (T1) unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten weder in Bezug auf den Erektionsstatus ohne Hilfsmittel noch im Hinblick auf den Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion signifikant voneinander (Tab. 4.18).

Tab. 4.18: Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (prä-OP und T1) und Behandlungswunsch (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (prä-OP/ T1) und Wunsch nach Behandlung (T1)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Erektionsstatus prä-OP^A									
E1-E2	30	3.6	19	2.6	11	9.3	13.585	-	.001 ^B
E3	65	7.8	61	8.5	4	3.4			
E4-E5	741	88.6	638	88.9	103	87.3			
Erektionsstatus T1^A									
E1-E2	794	94.9	682	95.0	112	94.1	.569	-	.781 ^B
E3	21	2.5	18	2.5	3	2.5			
E4-E5	22	2.6	18	2.5	4	3.4			
Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion									
nein	130	15.6	110	15.4	20	16.8	3.300	2	.192 ^C
ja	518	62.0	438	61.2	80	67.2			
abwarten	187	22.4	168	23.5	19	16.0			

^AErektionsstatus nach Porst: E1: keine Tumescenz, E2: leichte Tumescenz, E3: volle Tumescenz, E4: Rigidität, die für Geschlechtsverkehr ausreichend ist, E5: Rigidität 100%; ^BExakter Test nach Fisher; ^CChi²-Test

Behandlung der erektilen Dysfunktion bei Patienten mit Nerverhalt. In die Analysen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (T1) wurden N=482 Patienten eingeschlossen,

- die einen prä-operativen Erektionsstatus von E4 oder E5 (ohne Hilfsmittel) berichten,

- ein- oder beidseitig nerverhaltend operiert wurden und
- einen Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion angeben (ja/abwarten).

Die Ergebnisse zeigen, dass zu Beginn der Rehabilitation bei der Mehrheit dieser Patienten (94%) noch keine Behandlung der erektilen Dysfunktion eingeleitet ist. 28 Patienten (6%) erhalten PDE5-Inhibitoren, überwiegend als Schwellkörpertraining (Tab. 4.19, Tab. 4.20). Die Patienten erreichen unter Medikation mit PDE5-Inhibitoren überwiegend keine oder eine leichte Tumescenz (E1-E2, Tab. 4.21).

Im Gruppenvergleich wird deutlich, dass sich stationäre und ambulante Patienten hinsichtlich der Behandlung erektiler Dysfunktion zu Beginn der Rehabilitation (T1) nicht signifikant unterscheiden. Tendenziell werden PDE5-Inhibitoren bei stationären Patienten häufiger „on demand“ und bei ambulanten Patienten häufiger als Schwellkörpertraining eingesetzt (Tab. 4.19, Tab. 4.20). Bezüglich des Erektionsstatus unter Einsatz von Hilfsmitteln bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede (Tab. 4.21).

Tab. 4.19: Behandlung erektiler Dysfunktion bei Nerverhaltung (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=482)

Behandlung erektiler Dysfunktion (T1)	Gesamte Stichprobe (N=482 ^A)		Stationäre Patienten (N=399 ^A)		Ambulante Patienten (N=83 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Art der Erektionshilfe									
VES	1	0.2	1	0.3	0	0.0			
PDE5-Inhibitor	28	5.8	23	5.8	5	6.0	.559	-	.999 ^C
keine Erektionshilfe	453	94.0	375	94.0	78	94.0			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) ein- oder beidseitigem Nerverhalt;
^CExakter Test nach Fisher

Tab. 4.20: Einsatzart des PDE5-Inhibitors bei Patienten mit Nerverhalt (T1) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=28)

Einsatzart des PDE5-Inhibitors (T1)	Gesamte Stichprobe (N=28 ^A)		Stationäre Patienten (N=23 ^A)		Ambulante Patienten (N=5 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
PDE5-Inhibitor Einsatz									
als Schwellkörpertraining	17	65.4	13	61.9	4	80.0	-	-	.628 ^B
on demand	9	34.6	8	38.1	1	20.0			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten), (iii) ein- oder beidseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T1; ^BExakter Test nach Fisher

Tab. 4.21: Erektionsstatus unter Medikation mit einem PDE5-Inhibitor (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=28)

Erektionsstatus unter Einsatz PDE5-Inhibitor (T1)	Gesamte Stichprobe (N=28 ^A)		Stationäre Patienten (N=23 ^A)		Ambulante Patienten (N=5 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Erektionsstatus^B									
E1	15	53.6	13	56.5	2	40.0	1.494	-	.370 ^C
E2	10	35.7	7	30.4	3	60.0			
E3	3	10.7	3	13.0	0	0.0			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten). (iii) ein- oder beidseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T1; ^BErektionsstatus nach Porst: E1=keine Tumescenz, E2=leichte Tumescenz, E3=volle Tumescenz, E4=Rigidität, die ausreichend für GV ist, E5=Rigidität 100%; ^CExakter Test nach Fisher

Sexuelle Funktionsparameter T1: Zusammenfassung

Bezüglich des **Erektionsstatus ohne Hilfsmittel** unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten prä-operativ signifikant voneinander, jedoch nicht zum Beginn der Rehabilitation (T1). Bezüglich des prä-operativen Erektionsstatus ist zu berücksichtigen, dass sich der Unterschied zwischen ambulanten und stationären Patienten aus der Differenzierung zwischen den Erektionsstatus¹ E1/E2 und E3 ergibt. Knapp 90% beider Patientengruppen weisen einen prä-operativen Erektionsstatus vor, der zum Geschlechtsverkehr ausreicht (E4/E5). Der Unterschied zwischen den Patientengruppen ist daher klinisch nicht bedeutsam.

Patienten, die einen prä-operativen Erektionsstatus (ohne Hilfsmittel) von E4 oder E5 berichten, nerverhaltend operiert wurden und eine Behandlung der erektilen Dysfunktion wünschen, erhalten zu T1 überwiegend noch keine **Erektionshilfe**. 28 dieser Patienten erhalten als Erektionshilfe einen **PDE5-Inhibitor**. Hinsichtlich der Einsatzart des PDE5-Inhibitors und des erreichten Erektionsstatus unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten nicht signifikant voneinander.

Im Hinblick auf die Erfassung des Erektionsstatus nach Porst ist anzumerken, dass die Übergänge zwischen dem Erektionsstatus E2 (leichte Tumescenz) und E3 (volle Tumescenz) fließend und klinisch schwierig abzugrenzen sind. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse zu sexuellen Funktionsparametern berücksichtigt werden.

4.2 Medizinische Situation zum Ende der Rehabilitation (T2)

Um die Situation der Patienten zum Ende der Rehabilitation zu beschreiben, werden folgend die T2-Daten für die Gesamtstichprobe berichtet sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten. Im Falle eines Einflusses der Variable sozio-ökonomischer Status auf die Outcomevariablen werden diese Ergebnisse zusätzlich berichtet und die dazugehörigen Ergebnistabellen im Anhang aufgeführt.

4.2.1 Medizinisch-funktionelle Parameter

Im Hinblick auf medizinisch-funktionelle Parameter werden die Veränderungen der allgemeinen funktionellen Parameter, der urologischen Funktionsparameter und der sexuellen Funktionsparameter im Verlauf der Rehabilitation beschrieben. Die Angaben wurden bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in einem studienspezifischen Fragebogen jeweils zum Ende des Rehabilitationsaufenthaltes erhoben. Am Ende des Abschnitts sind die wichtigsten Ergebnisse zur medizinisch-funktionellen Situation der Patienten im Rehabilitationsverlauf und zum Ende der Rehabilitation kurz zusammengefasst.

4.2.1.1 Allgemeine medizinisch-funktionelle Parameter

Im Folgenden wird untersucht, wie sich die Gesamtstichprobe hinsichtlich komplizierender Faktoren im Heilungsverlauf, des Karnofsky-Index', der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der operationsbedingten und operationsunabhängigen Schmerzen während der Rehabilitation entwickelt und ob sich stationäre und ambulante Patienten diesbezüglich unterschiedlich darstellen.

Entwicklung komplizierender Faktoren im Heilungsverlauf. Zum Ende der Rehabilitation (T2) ist der Anteil der Patienten mit Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber, T1: 9%, T2: 1%), Wundheilungsstörungen (T1: 6%, T2: 1%) sowie Lymphozelen (mit oder ohne Drainagen, T1: 11%, T2: 6%) gesunken. Mit Ausnahme von Lymphozelen (mit oder ohne Drainage) betreffen alle komplizierenden Faktoren zu T2 jeweils weniger als 1% aller Patienten (Tab. 4.22).

Während der Rehabilitation verzeichnet die stationäre Gruppe eine signifikante Veränderung im Hinblick auf die folgenden Komplikationen: Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber, $p < .001$), Wundheilungsstörungen ($p < .001$) und Lymphozelen (mit oder ohne Drainagen, $p < .001$). Ausgehend von niedrigen Ausgangswerten zu T1 verzeichnet die ambulante Gruppe bezüglich dieser Merkmale ebenfalls Veränderungen im Zeitverlauf, diese sind jedoch statistisch nicht signifikant. Unter den ambulanten Patienten ist zu T2 kein Patient katheterisiert oder von Harnwegsinfekt (mit oder ohne Fieber), Obstruktion und/oder Harnverhalt bzw. Thrombose betroffen (Tab. 4.22).

Tab. 4.22: Entwicklung komplizierender Faktoren (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung komplizierender Faktoren für den Heilungsverlauf (T1–T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests			
	T1		T2		McNemar ^A (T1–T2)	X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%		p	X ²	df
Katheterversorgung (ja)								
Gesamtstichprobe	6	0.7	0	0.0				
stationär	5	0.7	0	0.0	.063	-	-	_ ^C
ambulant	1	0.8	0	0.0	_ ^C	-	-	_ ^C
Harnwegsinfekt/Fieber (ja)								
Gesamtstichprobe	74	8.8	7	0.8				
stationär	71	9.9	7	1.0	<.001	-	-	.602 ^D
ambulant	3	2.5	0	0.0	.250	-	-	
Wundheilungsstörung (ja)								
Gesamtstichprobe	46	5.5	6	0.7				
stationär	40	5.6	4	0.6	<.001	-	-	.064 ^D
ambulant	6	5.0	3	2.5	.250	-	-	
Sekundäres Lymphödem (ja)								
Gesamtstichprobe	13	1.6	6	0.7				
stationär	10	1.4	4	0.6	.109	-	-	.205 ^D
ambulant	3	2.5	2	1.7	_ ^C	-	-	
Lymphozele/Drainage (ja)								
Gesamtstichprobe	88	10.5	46	5.5				
stationär	81	11.3	42	5.8	<.001	-	-	.384 ^D
ambulant	7	5.9	4	3.4	.250	-	-	
Obstruktion/Harnverhalt (ja)								
Gesamtstichprobe	1	0.1	2	0.2				
stationär	1	0.1	2	0.3	_ ^C	-	-	_ ^C
ambulant	0	0.0	0	0.0	-	-	-	
Thrombose (ja)								
Gesamtstichprobe	6	0.7	2	0.2				
ambulant	5	0.7	2	0.3	.250	-	-	_ ^C
stationär	1	0.8	0	0.0	_ ^C	-	-	

^A Prüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, bei denen für die jeweilige Variable Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^B prüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Ende der Rehabilitation; ^C aufgrund der Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung vorgenommen; ^D Exakter Test nach Fisher

Entwicklung des Karnofsky-Index und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Gesamtstichprobe verzeichnet während der Rehabilitation eine Verbesserung des durchschnittlichen Karnofsky-Index' (T1: M=79.4%, T2: M=88.2%). Eine deutliche Steigerung zeigt sich im Mittel auch bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit (T1: M=50.6%, T2: M=70.1%, Tab. 4.23). Der Gruppenvergleich verdeutlicht, dass sich der durchschnittliche Karnofsky-Index bei stationären Patienten (T1: M=77.4%, T2: M=86.7%) im Verlauf der Rehabilitation stärker verbessert als bei ambulanten Patienten (T1: M=91.5%, T2: M=97.3%). Die varianzanalytische Überprüfung ergibt einen signifikanten Zeiteffekt auf die Entwicklung des Kar-

nofsky-Index ($p < .001$) und eine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting ($p < .001$). Es besteht keine Wechselwirkung zwischen dem Zeitfaktor und dem sozio-ökonomischen Status (Tab. 4.23, Tab. 4.24, Abb. 4.10).

In Bezug auf die durchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit zeigt sich, dass diese im Verlauf der Rehabilitation bei stationären Patienten (T1: 47.2%, T2: 67.3%) stärker ansteigt als bei ambulanten Patienten (T1: M=67.3%, T2: M=87.1%). Die varianzanalytische Überprüfung ergibt, dass die Zeit einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit hat ($p < .001$) und eine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting besteht ($p < .001$). Eine Wechselwirkung zwischen dem Zeitfaktor und dem sozio-ökonomischen Status liegt nicht vor (Tab. 4.23, Tab. 4.24, Abb. 4.11).

Tab. 4.23: Entwicklung des Karnofsky-Index^A und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Skala 0-100%) (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung der Leistungsfähigkeit (T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte	
		T1 M (SD)	T2 M (SD)
Karnofsky-Index^B			
Gesamtstichprobe	826	79.4 (8.9)	88.2 (7.3)
stationär	710	77.4 (7.6)	86.7 (6.6)
ambulant	116	91.5 (6.2)	97.3 (4.4)
Körperliche Leistungsfähigkeit			
Gesamtstichprobe	824	50.6 (19.1)	70.1 (17.0)
stationär	709	47.2 (17.3)	67.3 (16.1)
ambulant	115	67.3 (16.1)	87.1 (11.5)

^ANur Patienten, bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die Variable „Karnofsky-Index“ bzw. „körperliche Leistungsfähigkeit“ und der SES nach Winkler vorliegen; ^BKarnofsky-Index: 100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung, 90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome, 80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome, 70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit

Tab. 4.24: Einfluss der Zeit und der Wechselwirkung Zeit*Setting auf die Entwicklung des Karnofsky-Index^A und der körperlichen Leistungsfähigkeit (N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	partielles eta ²
Karnofsky-Index				
Zeit	847.343	1	<.001	.508
Zeit*Setting	89.432	1	<.001	.098
Zeit*SES ^B	.940	2	.391	.002
Körperliche Leistungsfähigkeit				
Zeit	769.642	1	<.001	.484
Zeit*Setting	12.982	1	<.001	.016
Zeit*SES ^B	1.041	2	.354	.003

^AANCOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt; ^Bsozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

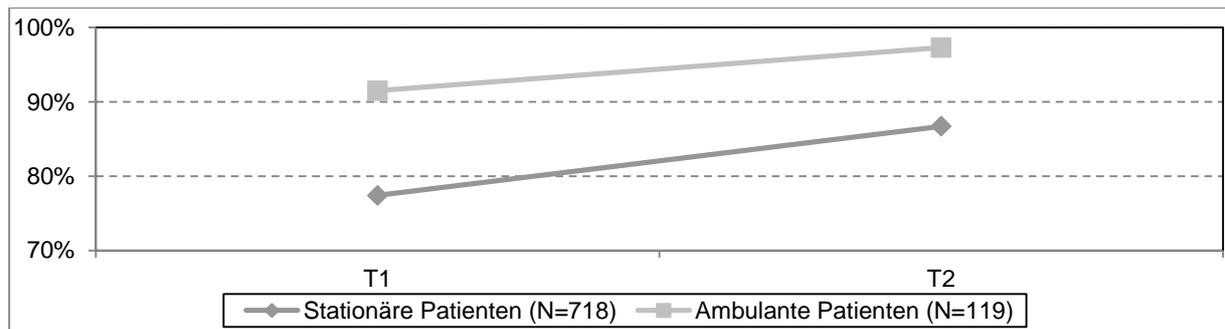


Abb. 4.10: Entwicklung des Karnofsky-Index' bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte (Skala 0-100%)

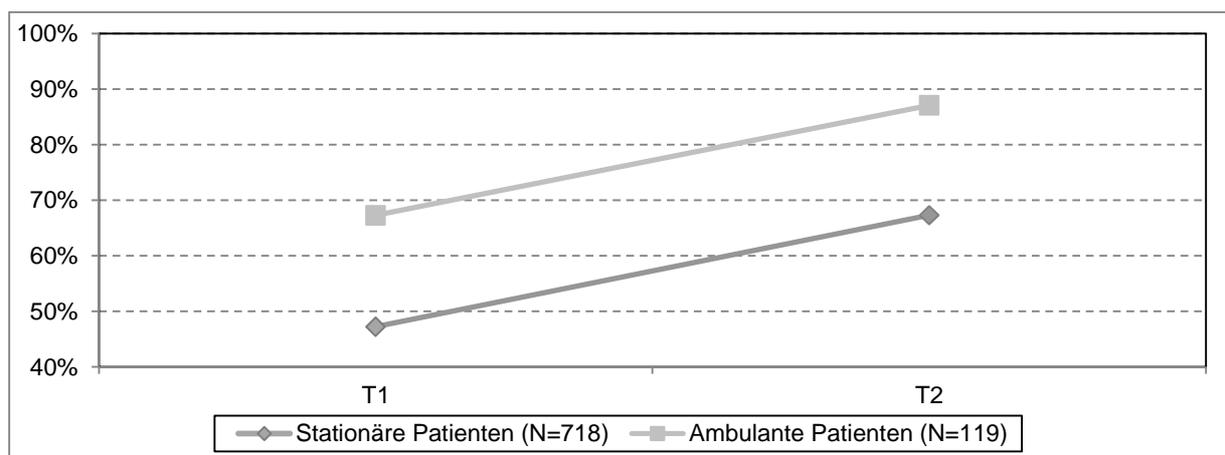


Abb. 4.11: Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte (Skala 0-100%)

Darüber hinaus wurden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt in Bezug auf eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zwischen T1 und T2 befragt. Eine positive Veränderung wurde für fast alle Patienten bejaht (97%; Tab. 4.25).

Tab. 4.25: Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (T2) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (T2)	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Bessere körperliche Leistungsfähigkeit									
ja	812	97.0	696	96.9	116	97.5	-	-	.514 ^A
nein	25	3.0	22	3.1	3	2.5			

^AExakter Test nach Fisher

Entwicklung von Schmerzen. Zum Ende der Rehabilitation (T2) haben sich die operationsbedingten Schmerzen der Patienten auf einer Skala von 0 bis 10 im Mittel um mehr als die Hälfte reduziert (T1: M=2.4, T2: M=0.8). Das Ausmaß der im Durchschnitt angegebenen

operationsunabhängigen Schmerzen verbessert sich im Rehabilitationsverlauf in ähnlichem Ausmaß (T1: M=1.6, T2: M=0.7, Tab. 4.26).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass die Entwicklung der operationsbedingten Schmerzen für stationäre Patienten (T1: M=2.4, T2: M=0.8) und ambulante Patienten (T1: M=2.2, T2: M=0.6) ähnlich verläuft. Auch im Hinblick auf operationsunabhängige Schmerzen verzeichnen stationäre Patienten (T1: M=1.6, T2: M=0.8) und ambulante Patienten (T1: M=0.8, T2: M=0.4) eine vergleichbare Reduktion der mittleren Schmerzbelastung. In der varianzanalytischen Überprüfung finden sich keine signifikanten Zeiteffekte oder Wechselwirkungen des Zeitfaktors mit den Faktoren Setting und sozio-ökonomischer Status (Tab. 4.26, Tab. 4.27, Abb. 4.12, Abb. 4.13).

Tab. 4.26: Entwicklung der Schmerzen (Skala 0-10) (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Veränderung operationsbedingter und operationsunabhängiger Schmerzen (T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte	
		T1 M (SD)	T2 M (SD)
operationsbedingte Schmerzen			
Gesamtstichprobe	826	2.4 (2.0)	0.8 (1.2)
stationär	710	2.4 (2.0)	0.8 (1.2)
ambulant	116	2.2 (2.0)	0.6 (1.2)
operationsunabhängige Schmerzen			
Gesamtstichprobe	824	1.6 (2.2)	0.7 (1.5)
stationär	710	1.6 (2.2)	0.8 (1.5)
ambulant	114	0.8 (1.5)	0.4 (0.9)

^ANur Patienten, bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die Variable „operationsbedingte Schmerzen“ bzw. „operationsunabhängige Schmerzen“ sowie der SES nach Winkler vorliegen

Tab. 4.27: Einfluss der Zeit und der Wechselwirkung Zeit*Setting auf Schmerzen (T1–T2, N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	partielles eta ²
Operationsbedingte Schmerzen				
Zeit	.684	1	.409	.001
Zeit*Setting	.385	1	.535	<.001
Zeit*SES ^B	.356	2	.700	.001
Operationsunabhängige Schmerzen				
Zeit	.048	1	.827	<.001
Zeit*Setting	.097	1	.756	<.001
Zeit*SES ^B	.434	2	.648	.001

^AANCOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt;
^Bsozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

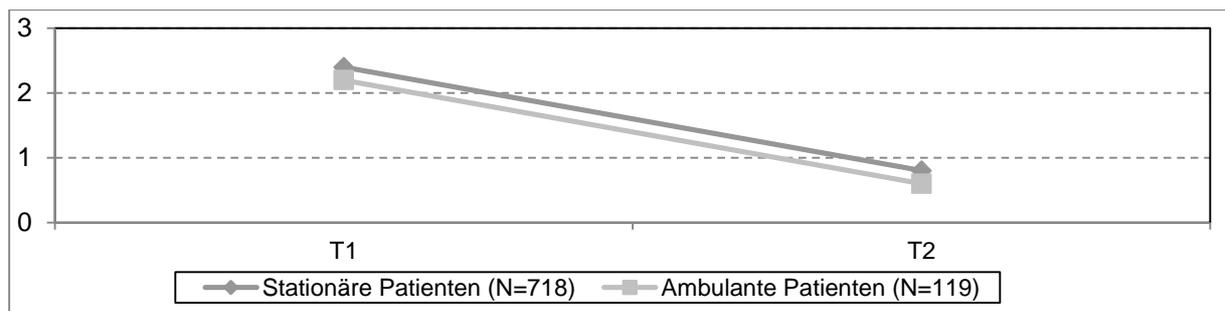


Abb. 4.12: Entwicklung der operationsbedingten Schmerzen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte (Skala 0-10)

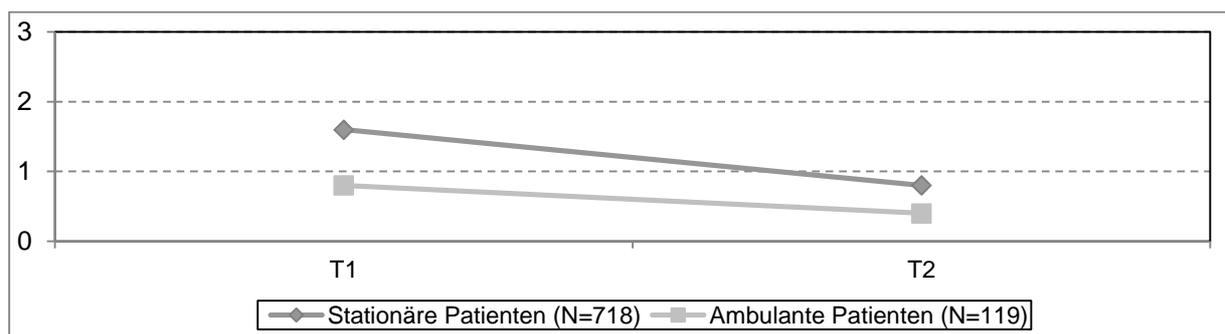


Abb. 4.13: Entwicklung der operationsunabhängigen Schmerzen bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte (Skala 0-10)

Allgemeine funktionelle Parameter T1-T2: Zusammenfassung und Interpretation

Bezüglich **komplizierender Faktoren für den Heilungsverlauf** unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten zum Ende der Rehabilitation (T2) nicht signifikant voneinander. Im Rehabilitationsverlauf verzeichnen stationäre Patienten signifikante Verbesserungen einiger Komplikationen. Ausgehend von niedrigeren Ausgangswerten zu T1 zeigen sich in der ambulanten Patientengruppe Bodeneffekte bezüglich der Veränderungsmessung.

Im Hinblick auf die Mittelwerte des **Karnofsky-Index'** und der **körperlichen Leistungsfähigkeit** verbessern sich stationäre Patienten jeweils in höherem Ausmaß als ambulante Patienten. Unter Berücksichtigung der Ausgangswerte zu T1 bestehen für beide Merkmale signifikante Zeiteffekte sowie signifikante Wechselwirkungen zwischen Zeit und Setting. Der sozio-ökonomische Status der Patienten hat keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Karnofsky-Index' oder die körperlichen Leistungsfähigkeit im Zeitverlauf.

Stationäre und ambulante Patienten verzeichnen im Mittel jeweils eine Reduktion **operationsbedingter und operationsunabhängiger Schmerzen**. Unter Berücksichtigung der Ausgangswerte zu T1 liegen für beide Schmerzarten weder signifikante Zeiteffekte noch signifikante Wechselwirkungen zwischen Zeit und Setting vor. Der sozio-ökonomische Status hat keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Schmerzen im Rehabilitationsverlauf.

4.2.1.2 Urologische Funktionsparameter

Im Folgenden werden für stationäre und ambulante Patienten Veränderungen zum prostata-spezifischen Antigen (PSA)-Wert, zu urologischen Funktionsparametern und zu erektiler Dysfunktion zum Ende der Rehabilitation untersucht.

Entwicklung des Prostataspezifischen Antigen (PSA)-Werts. Zum Ende der Rehabilitation verbessert sich der PSA-Wert der Gesamtstichprobe im Durchschnitt von 0.3 ng/ml (T1) auf 0.1 ng/ml (T2, Tab. 4.28). Bezüglich der PSA-Werte zu T2 ist anzumerken, dass für n=65 Patienten der PSA Wert nicht als exakter Wert, sondern als Cut-off (bspw. <0.003, <0.01, <0.05) berichtet wurde. Analog zur Vorgehensweise bei T1 wurde für diese Patienten in einer ersten Analyse jeweils der unter dem Cut-off liegende numerische Wert (bspw. <0.003=0.002, <0.01=0.009, <0.05=0.04) als PSA-Wert definiert. In einer zweiten Analyse wurden die als Cut-off angegebenen PSA-Werte als fehlende Werte interpretiert (Daten hier nicht gezeigt). Vor dem Hintergrund (i) der ähnlichen Ergebnisse beider Analysen und (ii) zugunsten einer größeren Fallzahlausschöpfung beruhen alle weiteren Auswertungen in Bezug auf den PSA-Wert zu T2 auf der Vorgehensweise der ersten Analyse, d.h. der Interpretation von Cut-off-Werten als numerische Werte.

Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass sich der durchschnittliche PSA-Wert bei stationären Patienten (T1: M=0.3 ng/ml, T2: M=0.1 ng/ml) im Verlauf der Rehabilitation geringfügig stärker reduziert als bei ambulanten Patienten (T1: M=0.2 ng/ml, T2: M=0.1 ng/ml). Die varianzanalytische Überprüfung der Entwicklung des PSA-Werts während der Rehabilitation (T1, T2) weist auf einen signifikanten Effekt des Faktors Zeit hin, wobei keine Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting besteht (Tab. 4.28, Tab. 4.29). Darüber hinaus wurde die Veränderung des PSA-Werts zu drei Messzeitpunkten (prä-OP, T1, T2) varianzanalytisch untersucht. Hier ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Einfluss des Zeitfaktors auf die Entwicklung des PSA-Werts, Wechselwirkungen zwischen Zeit und Setting bzw. Zeit und sozioökonomischem Status liegen nicht vor (Tab. 4.30, Tab. 4.31, Abb. 4.14).

Tab. 4.28: Entwicklung des PSA-Werts (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des PSA-Werts (T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte	
		T1 M (SD)	T2 M (SD)
PSA-Wert in ng/ml			
Gesamtstichprobe	769	0.3 (1.2)	0.1 (1.2)
stationär	671	0.3 (1.3)	0.1 (1.3)
ambulant	98	0.2 (0.4)	0.1 (0.2)

^Anur Patienten, bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die Variable „PSA-Wert“ sowie der SES nach Winkler vorliegen

Tab. 4.29: Einfluss der Zeit und der Wechselwirkung Zeit*Setting auf die Entwicklung des PSA-Werts (T1–T2, N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	partielles eta ²
PSA-Wert				
Zeit	70.172	1	<.001	.084
Zeit*Setting	.031	1	.859	<.001
Zeit*SES ^B	.190	2	.827	<.001

^AANCOVA mit Messwiederholung, T1-Wert als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt;
^Bsozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Tab. 4.30: Entwicklung des PSA-Werts zu drei Messzeitpunkten (prä-OP–T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des PSA-Werts (prä-OP–T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte		
		prä-OP M (SD)	T1 M (SD)	T2 M (SD)
PSA-Wert in ng/ml				
Gesamtstichprobe	766	9.5 (9.6)	0.3 (1.2)	0.1 (1.2)
stationär	670	9.6 (9.6)	0.3 (1.3)	0.1 (1.3)
ambulant	96	8.2 (9.2)	0.2 (0.4)	0.1 (0.2)

^Anur Patienten, bei denen zu allen drei Messzeitpunkten Angaben für die Variable „PSA-Wert“ und der SES nach Winkler vorliegen

Tab. 4.31: Einfluss der Zeit und der Wechselwirkung Zeit*Setting auf die Entwicklung des PSA-Werts (prä-OP–T1–T2, N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	partielles eta ²
PSA-Wert				
Zeit	4.342	1.127	.031	.006
Zeit*Setting	.174	1.127	.707	<.001
Zeit*SES ^B	1.447	2.254	.234	.004

^AANCOVA mit Messwiederholung, prä-OP-Wert als Kovariate; nur Patienten, für die zu allen drei Messzeitpunkten ein Wert vorliegt; grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur, da Sphärizität nicht angenommen werden kann; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

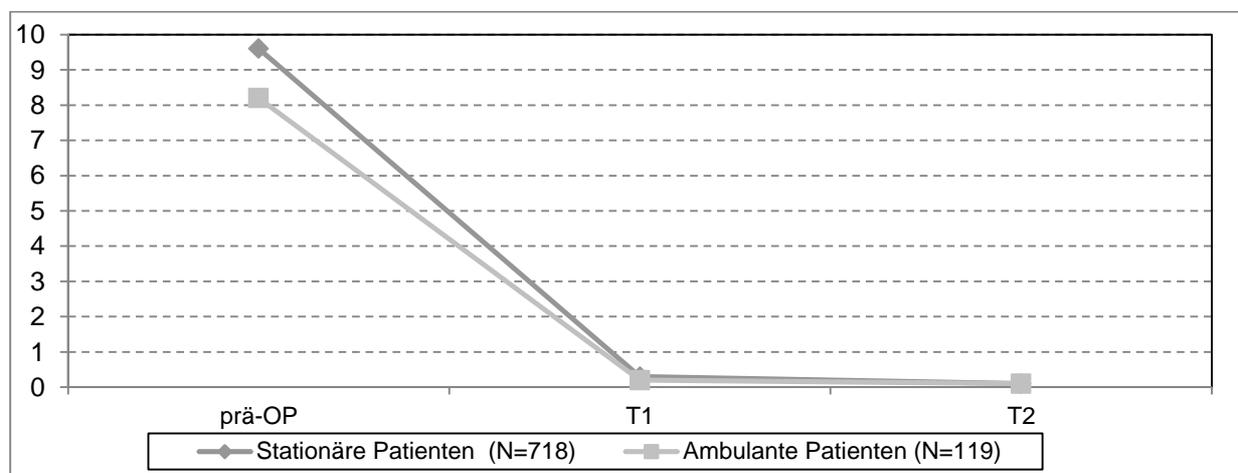


Abb. 4.14: Veränderung des PSA-Werts bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (prä-OP–T1–T2, N=837); Mittelwerte in ng/ml

Diagnostik/Therapie während der Rehabilitation. Von den vorgegebenen Diagnostikverfahren wurde während der Rehabilitation am häufigsten eine diagnostische und therapeutische Zystoskopie durchgeführt (8%). Unter den Therapien wurde am häufigsten die Verabreichung eines Anticholinergikums (24%) bzw. von Yentreve® (3%) angegeben. Weitere Diagnostik- und Therapieverfahren wie Installation, IOU/Bougierung und Elektrostimulation wurden in der Gesamtstichprobe nur für jeweils unter 1% der Patienten verordnet (Tab. 4.32).

Die vergleichende Analyse der Patientengruppen zeigt, dass sich der Einsatz der anteilig häufiger eingesetzten Verfahren fast ausschließlich auf stationäre Patienten bezieht. Während 28% der stationären Patienten im Rehabilitationsverlauf ein Anticholinergikum erhalten haben, trifft dies im ambulanten Setting nur auf einen Patienten zu ($p < .001$). Yentreve® wurde 4% der stationären und keinem ambulanten Patienten verabreicht ($p = .024$). Eine diagnostische und therapeutische Zystoskopie erhielten 9% der stationären und 2% der ambulanten Patienten ($p = .008$, Tab. 4.32).

Tab. 4.32: Diagnostik- und Therapieverfahren während der Rehabilitation (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Diagnostik/Therapie während der Rehabilitation (T2)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Urodynamik									
ja	9	1.1	9	1.3	0	0.0	-	-	^A
Zystoskopie									
ja	65	7.8	63	8.8	2	1.7	7.172	1	.008^B
Anticholinergikum									
ja	201	24.0	200	27.9	1	0.8	40.827	1	<.001^B
Yentreve®									
ja	27	3.2	27	3.8	0	0.0	-	-	.024^C
Installation (Cocktail)									
ja	1	0.1	1	0.1	0	0.0	-	-	^A
IOU/Bougierung									
ja	4	0.5	4	0.6	0	0.0	-	-	^A
Elektrostimulation									
ja	1	0.1	0	0.0	1	0.8	-	-	.142^C

^Aaufgrund der niedrigen Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung der Gruppenunterschiede vorgenommen; ^BChi²-Test; ^CExakter Test nach Fisher

Entwicklung des Inkontinenzgrads. Während der Rehabilitation vergrößert sich der Anteil vollständig kontinenter Patienten von 15% (T1) auf knapp 50% (T2). Gleichzeitig sinkt der Anteil derjenigen Patienten mit einer Harninkontinenz des Schweregrads III deutlich von 37% (T1) auf 8% (T2, Tab. 4.33).

Sowohl innerhalb der stationären ($p < .001$) als auch innerhalb der ambulanten ($p < .001$) Gruppe verändert sich die Ausprägung der Harninkontinenz während der Rehabilitation signifikant. Der Gruppenvergleich zeigt, dass stationäre Patienten zum Ende der Rehabilitation signifikant häufiger kontinent sind als ambulante Patienten (stat: 52%, amb: 34%). Für ambulante Patienten wird häufiger eine Inkontinenz des Schweregrads I (stat: 32%, amb: 47%) bzw. des Schweregrads II berichtet (stat: 8%, amb: 13%, $p = .001$; Tab. 4.33). Bezüglich des sozio-ökonomischen Status bestehen mit Blick auf den Inkontinenzgrad nach Otto zum Ende der Rehabilitation (T2) keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (nicht tabellarisch dargestellt).

Tab. 4.33: Entwicklung des Inkontinenzgrads (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des Inkontinenzgrads (T1–T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Inkontinenzgrad^C									
<i>Gesamtstichprobe</i>									
Grad 0	122	14.7	409	49.2					
Grad I	211	25.4	281	33.8					
Grad II	188	22.6	72	8.7					
Grad III	310	37.3	69	8.3					
<i>stationär</i>									
Grad 0	104	14.5	370	51.7	-19,665	<.001	16.913	3	.001
Grad I	167	23.3	227	31.7					
Grad II	156	21.8	57	8.0					
Grad III	289	40.4	62	8.7					
<i>ambulant</i>									
Grad 0	18	15.7	39	33.9	-6,832	<.001			
Grad I	44	38.3	54	47.0					
Grad II	32	27.8	15	13.0					
Grad III	21	18.3	7	6.1					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Inkontinenzgrad“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Ende der Rehabilitation; ^CInkontinenzgrad nach Otto: 0: keine Inkontinenz, 1: nur am Nachmittag, 1I: bereits am Vormittag, 1II: auc h in der Nacht

Entwicklung des Miktionsverhaltens

Methodische Vorbemerkung

Für die Verlaufsanalysen des Miktionsvolumens sowie des maximalen und mittleren Uroflows wurden alle Patienten berücksichtigt, d.h. auch diejenigen, die zu T1 einen Parameterwert von Null hatten. Gleiches gilt auch für den PAD-Test, da es bei Patienten, die zunächst kontinent sind, durch Zunahme der körperlichen Aktivität, der Anschwellung der Anastomose oder der Beseitigung einer relativen Enge im Rehabilitationsverlauf zu einem deutlichen Urinverlust kommen kann. Entsprechend kann sich auch der tägliche und nächtliche Vorla-

genverbrauch im Verlauf der Rehabilitation steigern. Da sich eine Miktionsfrequenz von Null, d.h. kein Volumenaufbau, im Zeitverlauf positiv verändern kann, werden auch bezüglich der Miktionsfrequenz tags- und nachtsüber alle Patienten für die Analysen berücksichtigt. Für den Parameter Restharn wurden nur Patienten einbezogen, deren Parameterwert zu Beginn der Rehabilitation (T1) größer Null war.

In den varianzanalytischen Überprüfungen des Zeiteffekts und der Wechselwirkung zwischen Zeit*Setting und Zeit*SES wurden die Ausgangswerte der Patienten jeweils als Kovariate berücksichtigt. Bezüglich des 24-Std.-PAD-Tests wurde aufgrund der hohen interindividuellen Varianz der Parameterwerte zu Beginn der Rehabilitation (T1, Spannweite: 0-2444 g) eine abweichende Vorgehensweise gewählt. In der varianzanalytischen Überprüfung des 24-Std.-PAD-Tests wurde der Ausgangswert der Patienten kategorisiert und neben dem Setting sowie dem sozio-ökonomischen Status als dritter Faktor einbezogen. Für die Faktorbildung wurden die Patienten statistisch in drei ähnlich große Gruppen geteilt. Gruppe 1 umfasste 269 Patienten mit einem Urinverlust von 0-5.9 g, Gruppe 2 umfasste 273 Patienten mit einem Urinverlust von 6-53.9 g und Gruppe 3 umfasste n=213 Patienten mit einem Urinverlust von 54-2444 g. Ein gleiches Vorgehen mit entsprechend angepassten Gruppenbildungen wurde für die Variablen PAD-Test Tag und PAD-Test Nacht durchgeführt.

Ergebnisse zum Miktionsverhalten

Ein Vergleich der Mittelwerte zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Rehabilitation zeigt, dass sich die Gesamtstichprobe unter Berücksichtigung der Ausgangswerte zu T1 in den meisten miktionsbezogenen Parametern verbessert. Die Mittelwerte des Miktionsvolumens (T1: M=213.4 ml, T2: M=279.6 ml), des maximalen Flows (T1: M=19.7 ml/s, T2: M=27.2 ml/s) und des mittleren Flows (T1: M=9.8 ml/s, T2: M=13.4 ml/s) steigen während der Rehabilitation an. Das Mittelwertsniveau des Restharns von Patienten, die zu T1 einen Restharnbefund hatten, sinkt im Rehabilitationsverlauf etwa um die Hälfte ab (T1: M=20.5, T2: M=10.3). Weiterhin sinkt die mittlere Miktionsfrequenz der Patienten tagsüber (T1: M=6.3, T2: M=5.4) und nachts (T1: M=2.0, T2: M=1.2). Patienten verbrauchen zu T2 im Durchschnitt weniger Inkontinenzvorlagen (tagsüber T1: M=2.7, T2: M=1.3; nachts T1: M=1.1, T2: M=0.5). Auch hinsichtlich des Urinverlustes (24-Std.-PAD-Test) verbessern sich die Werte der Patienten im Mittel um deutlich mehr als die Hälfte (T1: M=166.7 g, T2: M=66.9 g, Tab. 4.34).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass die Mittelwerte des Miktionsvolumens sowie des maximalen und mittleren Flows beider Patientengruppen während der Rehabilitation ansteigen und im Normbereich liegen. Auch der Restharn von Patienten, die zu T1 einen entsprechenden Befund hatten, liegt zu T1 wie auch zu T2 unterhalb des pathologischen Werts (<50 ml). Sowohl bei ambulanten als auch stationären Patienten halbiert sich der mittlere Restharn im Rehabilitationsverlauf (amb: T1: 7.4 ml, T2: 3.0 ml; stat: T1: 21.5 ml, T2: 10.8 ml). Bezüglich

der Miktionsfrequenz zur Tag- und Nachtzeit entwickeln sich die Mittelwerte der stationären und ambulanten Patienten ähnlich. Ausgehend von einem höheren Ausgangswert reduziert sich der Vorlagenverbrauch stationärer Patienten tagsüber (T1: M=3.0, T2: M=1.3) stärker als der ambulanter Patienten (T1: M=1.7, T2: M=1.1). Hinsichtlich des nächtlichen Vorlagenverbrauchs weisen stationäre und ambulante Patienten zu T1 ähnlich hohe Mittelwerte auf, stationäre Patienten (T1: M=1.1, T2: M=0.4) verbessern sich zu T2 jedoch stärker als ambulante Patienten (T1: M=1.0, T2: M=0.8) und benötigen zum Ende der Rehabilitation im Durchschnitt weniger Vorlagen. Im 24-Std.-PAD-Test zeigt sich, dass die stationäre Patientengruppe (T1: M=181.5 g, T2: M=71.7 g) zu beiden Messzeitpunkten durchschnittlich höhere Urinverluste aufweist als die ambulante Gruppe (T1: M=74.5 g, T2: M=37.3 g), sich aber im Rehabilitationsverlauf etwas stärker verbessert (Abb. 4.15).

Die varianzanalytischen Überprüfungen zeigen, dass die Zeit einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung aller Mittelwerte der miktionsbezogenen Parameter hat ($p < .001$ bis $p = .011$). Wechselwirkungen zwischen Zeit und Setting bestehen bei den Durchschnittswerten des maximalen Flow ($p = .046$), des Vorlagenverbrauchs tagsüber ($p = .016$) und nachts ($p < .001$) sowie des 24-Std.-PAD-Tests ($p = .034$, Tab. 4.35). Wechselwirkungen zwischen der Zeit und dem sozio-ökonomischen Status der Patienten bestehen nicht.

Tab. 4.34: Entwicklung des Miktionsverhaltens (T1–T2) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des Miktionsverhaltens (T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte	
		T1 M (SD)	T2 M (SD)
Miktionsvolumen gesamt in ml			
Gesamtstichprobe	662	213.4 (144.3)	279.6 (153.1)
stationär	596	206.4 (142.2)	275.2 (153.6)
ambulant	66	277.0 (146.8)	306.6 (146.8)
maximaler Flow (peak) in ml/s			
Gesamtstichprobe	662	19.7 (15.0)	27.2 (14.9)
stationär	596	19.4 (15.4)	27.4 (15.3)
ambulant	66	22.9 (10.5)	25.1 (10.3)
mittlerer Flow (mean) in ml/s			
Gesamtstichprobe	662	9.8 (5.6)	13.4 (6.5)
stationär	596	9.5 (5.6)	13.4 (6.6)
ambulant	66	12.3 (5.5)	13.9 (5.9)

^Anur Patienten, (i) bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die jeweilige Variable vorliegen und (ii) der SES nach Winkler vorliegt

Fortsetzung Tab. 4.34

Entwicklung des Miktionsverhaltens (T1–T2)	n ^A	Messzeitpunkte	
		T1 M (SD)	T2 M (SD)
Restharn in ml			
Gesamtstichprobe	157	20.5 (15.9)	10.3 (15.0)
stationär	146	21.5 (15.7)	10.8 (15.3)
ambulant	11	7.4 (11.7)	3.0 (6.6)
Miktionsfrequenz/ tagsüber			
Gesamtstichprobe	807	6.3 (3.2)	5.4 (1.7)
stationär	708	6.4 (3.4)	5.4 (1.6)
ambulant	99	6.3 (2.7)	5.3 (1.8)
Miktionsfrequenz/ nachts			
Gesamtstichprobe	808	2.0 (1.3)	1.2 (0.9)
stationär	708	2.0 (1.3)	1.2 (0.9)
ambulant	100	1.9 (1.6)	1.2 (1.0)
Vorlagenverbrauch Anzahl/ tagsüber			
Gesamtstichprobe	817	2.7 (2.8)	1.3 (1.6)
stationär	708	3.0 (2.9)	1.3 (1.7)
ambulant	109	1.7 (1.6)	1.1 (1.1)
Vorlagenverbrauch Anzahl/ nachts			
Gesamtstichprobe	817	1.1 (0.8)	0.5 (0.9)
stationär	708	1.1 (0.8)	0.4 (0.8)
ambulant	109	1.0 (0.8)	0.8 (0.9)
24-Std.-PAD-Test/ Urinverlust in g			
Gesamtstichprobe	797	166.7 (352.8)	66.9 (179.3)
stationär	687	181.5 (372.5)	71.7 (187.8)
ambulant	110	74.5 (161.2)	37.3 (108.3)
PAD-Test tagsüber/ Urinverlust in g			
Gesamtstichprobe	799	131.9 (284.4)	56.8 (149.5)
stationär	689	144.9 (300.3)	61.7 (156.9)
ambulant	110	50.1 (122.7)	26.5 (84.2)
PAD-Test nachts/ Urinverlust in g			
Gesamtstichprobe	797	34.6 (119.3)	10.0 (48.1)
stationär	687	36.3 (126.6)	9.9 (49.8)
ambulant	110	24.3 (54.1)	10.9 (36.4)

^Anur Patienten, (i) bei denen zu beiden Messzeitpunkten Angaben für die jeweilige Variable vorliegen und (ii) der SES nach Winkler vorliegt

Tab. 4.35: Einfluss der Zeit und der Wechselwirkung Zeit*Setting auf die Entwicklung des Miktionsverhaltens (T1–T2, N=837)

Quelle der Varianz	F	df	p ^A	eta ²
Miktionsvolumen gesamt in ml				
Zeit	174.705	1	<.001 ^A	.210
Zeit*Setting	.405	1	.525 ^A	.001
Zeit*SES ^B	2.168	2	.115	.007
maximaler Flow (peak) in ml/s				
Zeit	215.311	1	<.001 ^A	.247
Zeit*Setting	3.984	1	.046 ^A	.006
Zeit*SES ^B	2.018	1	.134 ^A	.006
mittlerer Flow (mean) in ml/s				
Zeit	148.158	1	<.001 ^A	.184
Zeit*Setting	2.502	1	.114 ^A	.004
Zeit*SES ^B	1.436	1	.239 ^A	.004
Restharn in ml				
Zeit	6.588	1	.011 ^A	.042
Zeit*Setting	1.004	1	.318 ^A	.007
Zeit*SES ^B	2.327	2	.101 ^A	.030
Miktionsfrequenz/ tagsüber				
Zeit	879.930	1	<.001 ^A	.523
Zeit*Setting	.128	1	.720 ^A	<.001
Zeit*SES ^B	.210	2	.811 ^A	.001
Miktionsfrequenz/ nachts				
Zeit	95.448	1	<.001 ^A	.106
Zeit*Setting	.267	1	.606 ^A	<.001
Zeit*SES ^B	.876	2	.417 ^A	.002
Vorlagenverbrauch Anzahl/ tagsüber				
Zeit	10.583	1	.001 ^A	.013
Zeit*Setting	5.849	1	.016 ^A	.007
Zeit*SES ^B	1.137	2	.321 ^A	.003
Vorlagenverbrauch Anzahl/ nachts				
Zeit	6.838	1	.009 ^A	.008
Zeit*Setting	29.266	1	<.001 ^A	.035
Zeit*SES ^B	.671	2	.512 ^A	.002

^AANCOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt;
^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie; ^CANCOVA mit Messwiederholung, T1-Wert als dreistufiger Faktor; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt

Fortsetzung Tab. 4.35

Quelle der Varianz	F	df	p	eta ²
24-Std.-PAD-Test/ Urinverlust in g				
Zeit	30.742	1	<.001 ^c	.038
Zeit*Setting	4.505	1	.034 ^c	.006
Zeit*SES ^B	.740	2	.477 ^c	.002
PAD-Test tagsüber/ Urinverlust in g				
Zeit	21.741	1	<.001 ^c	.027
Zeit*Setting	3.527	1	.061 ^c	.004
Zeit*SES ^B	1.236	2	.283 ^c	.042
PAD-Test nachts/ Urinverlust in g				
Zeit	9.786	1	<.002 ^c	.012
Zeit*Setting	2.409	1	.121 ^c	.003
Zeit*SES ^B	.616	2	.540 ^c	.002

^AANCOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt;
^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie; ^CANCOVA mit Messwiederholung, T1-Wert als dreistufiger Faktor; nur Patienten, für die zu beiden Messzeitpunkten ein Wert vorliegt

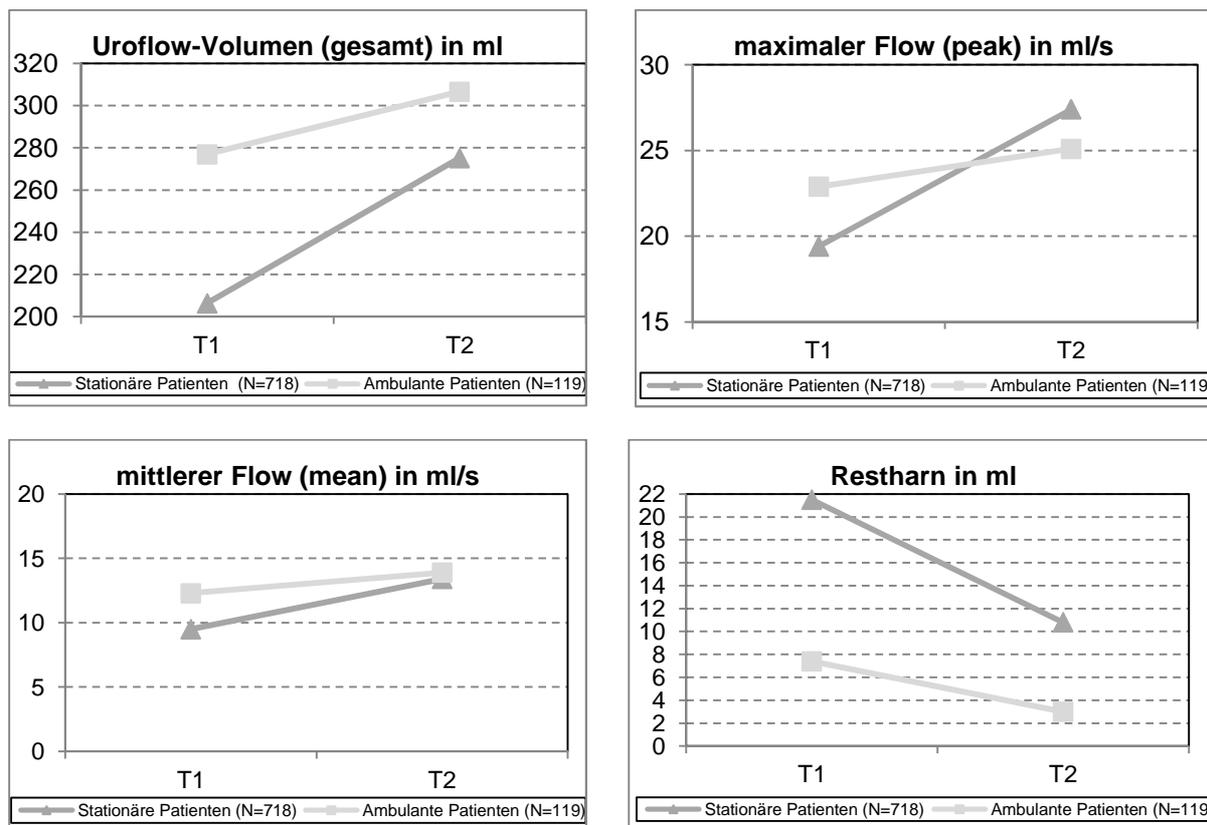


Abb. 4.15: Entwicklung des Miktionsverhaltens bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte

Fortsetzung Abb. 4.15

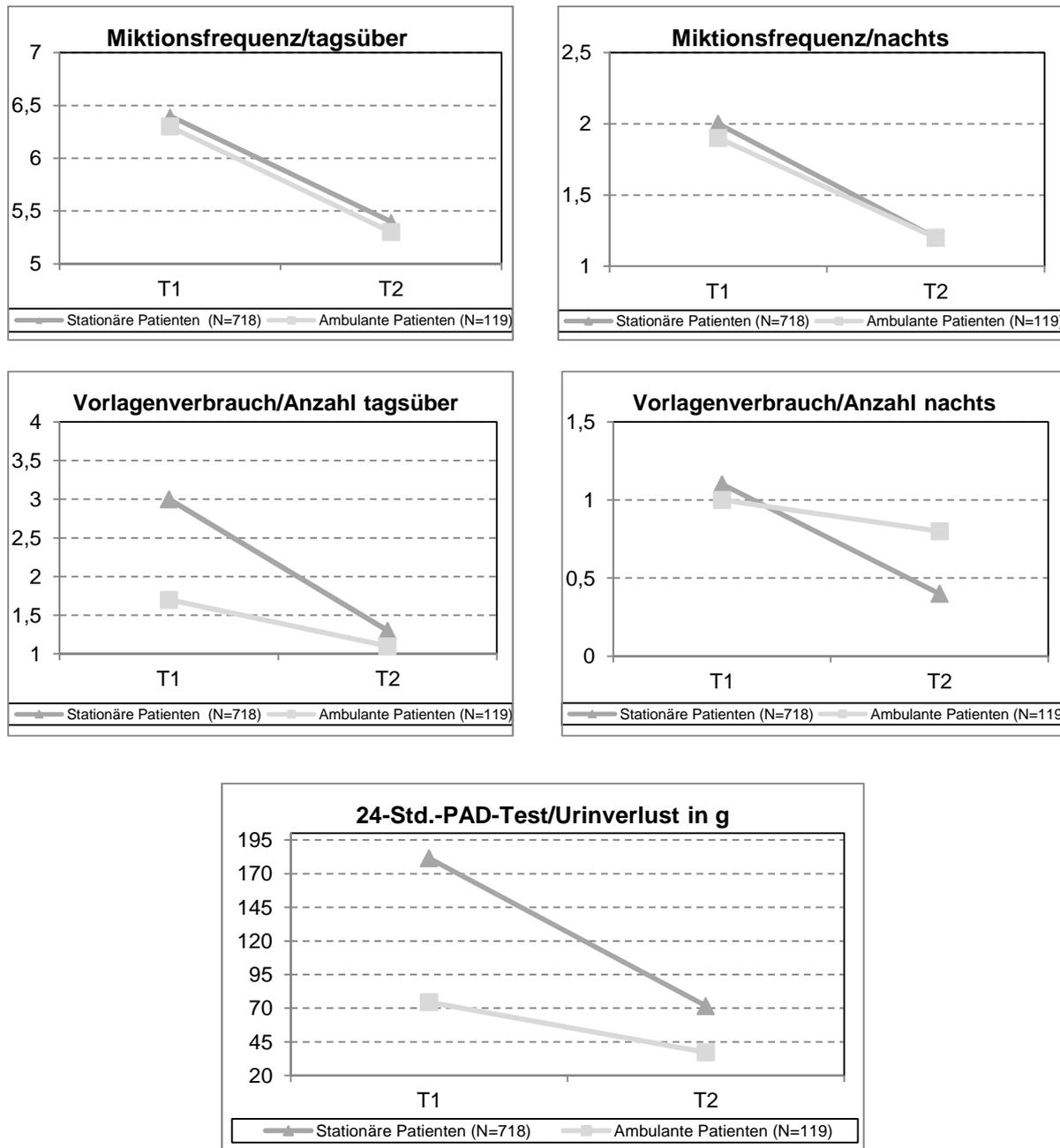


Abb. 4.15: Entwicklung des Miktionsverhaltens bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (T1–T2, N=837); Mittelwerte

Einschätzung der Datenqualität miktionsbezogener Parameter

Zur Einschätzung der Datenqualität wurden die Angaben zum Miktionsverhalten (T2, Gesamtstichprobe) im Hinblick auf deren Vollständigkeit geprüft. Dabei zeigte sich, dass zu T2 für 666 von 837 Patienten Angaben zu allen miktionsbezogenen Parametern vorlagen. Bei 11.6% der Gesamtstichprobe wurde zu T2 keine Harnflussmessung vorgenommen. In Bezug auf beide Messzeitpunkte wurde der Harnfluss bei 5.0% der Gesamtstichprobe weder zu T1 noch zu T2 gemessen. Bei 15.4% der Gesamtstichprobe wurde zu T2 keine Restharnmessung vorgenommen. Die Gegenüberstellung beider Messzeitpunkte ergibt, dass der Restharn bei 4.7% der Gesamtstichprobe weder zu T1 noch zu T2 bestimmt wurde. Hinsichtlich der Miktionsfrequenz tagsüber/nachts, des Vorlagenverbrauchs tagsüber/nachts und des 24-Std.-PAD-Tests (Urinverlust) beträgt der Anteil der Gesamtstichprobe, bei der keine Messung vorgenommen wurde, zwischen 1.0 bis 3.5%.

Die Informationen stammen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Diese hatten Parameter, bei denen zu Beginn bzw. zum Ende der Rehabilitation keine Messung durchgeführt wurde, im Arztfragebogen entsprechend gekennzeichnet.

Urologische Funktionsparameter T1-T2: Zusammenfassung

Der **PSA-Wert** sinkt im Rehabilitationsverlauf sowohl in der stationären als auch ambulanten Gruppe auf ein ähnliches Niveau ab. Es besteht ein signifikanter Zeiteffekt, die Wechselwirkung zwischen Zeit und Setting ist jedoch nicht signifikant. Der sozio-ökonomische Status der Patienten hat keinen Einfluss auf die Entwicklung des PSA-Werts im Zeitverlauf (prä-OP–T1–T2).

Die im Arztbogen vorgegebenen **Diagnostik- und Therapieverfahren während der Rehabilitation** werden fast ausschließlich bei stationären Patienten eingesetzt. Die Patientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der medikamentösen Kontinenztherapie (Anticholinergikum, Yentreve[®]) sowie der Durchführung einer diagnostischen und therapeutischen Zystoskopie.

Bezüglich des **Inkontinenzgrads** nach Otto verändert sich das Ausmaß der postoperativen Inkontinenz in beiden Patientengruppen signifikant. Zum Ende der Rehabilitation (T2) sind signifikant mehr stationäre als ambulante Patienten vollständig kontinent. Nach klinischer Einschätzung könnte dies im Zusammenhang mit dem häufigeren Einsatz medikamentöser Therapie sowie therapeutischer Zystoskopien im stationären Rehabilitationssetting stehen (stärkere fachspezifisch urologische Ausrichtung). Besondere Bedeutung kommt der besseren Kontinenzsituation (nach ärztlicher Einschätzung des Inkontinenzgrades) auch dadurch zu, dass bei stationären Patienten häufiger als bei ambulanten Patienten erschwerende therapiebedingte Einschränkungen bei Rehabilitationsbeginn vorlagen.

Im Hinblick auf das **Miktionsverhalten** verbessern sich die Mittelwerte der stationären und ambulanten Patienten in allen Parametern. Die Ergebnisse der Harnfluss- und Restharnmessung liegen zu beiden Messzeitpunkten im Normbereich, bezüglich der Miktionsfrequenz zeigen beide Gruppen ähnliche Ausgangs- (T1) und Outcome-Werte (T2). Hinsichtlich des Vorlagenverbrauchs und des Urinverlusts (24-Std.-PAD-Test) verbessern sich stationäre Patienten ausgehend von niedrigeren Ausgangswerten stärker als ambulante Patienten.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangswerte zu T1, bestehen statistisch signifikante und klinisch relevante Zeiteffekte in Bezug auf das Miktionsvolumen, den maximalen und mittleren Flow sowie bezüglich der Miktionsfrequenz tagsüber. Die statistischen Wechselwirkungen zwischen Zeit und Setting sind aufgrund der als klein einzuschätzenden Effekte (np^2 zwischen .006 und .035) klinisch nicht relevant. Bezüglich des Miktionsverhaltens besteht kein Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf die Entwicklung der verschiedenen Parameter im Rehabilitationsverlauf.

4.2.1.3 Sexuelle Funktionsparameter

Im Folgenden werden für stationäre und ambulante Patienten Veränderungen zum Erektionsstatus (mit und ohne Hilfsmittel) sowie zur Behandlung der erektilen Dysfunktion mit Erektionshilfen untersucht. Bezüglich des Einsatzes von Erektionshilfen und des Erektionsstatus mit Hilfsmitteln erfolgen die Analysen getrennt (i) für Patienten mit Nerverhalt sowie (ii) für alle Patienten, d.h. unabhängig vom Nerverhalt.

Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel. Im Hinblick auf den Erektionsstatus ohne Hilfsmittel zeigt sich, dass die Mehrheit der Patienten zum Ende der Rehabilitation (T2) keine oder eine leichte Tumescenz aufweisen, dieser Anteil aber im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation gesunken ist (T1: 95%, T2: 83%, Tab. 4.36).

Beide Patientengruppen verzeichnen während der Rehabilitation signifikante Veränderungen des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (jeweils $p < .001$). Zum Ende der Rehabilitation (T2) unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten bezüglich des Erektionsstatus nicht signifikant voneinander (Tab. 4.36). Bezüglich der Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel zeigt sich ein signifikanter Einfluss des sozio-ökonomischen Status, auch zu T2 unterscheiden sich Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht signifikant voneinander (siehe im Anhang Tab. B.1 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.36: Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (T1–T2) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=837)

Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (T1–T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Erektionsstatus^C									
<i>Gesamtstichprobe</i>									
E1-E2	794	94.9	691	82.6					
E3	21	2.5	96	11.5					
E4-E5	22	2.6	50	6.0					
<i>stationär</i>									
E1-E2	682	95.0	596	83.0	-8.422	<.001	.569	-	.781 ^D
E3	18	2.5	83	11.6					
E4-E5	18	2.5	39	5.4					
<i>ambulant</i>									
E1-E2	112	94.1	95	79.8	-4.021	<.001			
E3	3	2.5	13	10.9					
E4-E5	4	3.4	11	9.2					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionsstatus ohne Hilfsmittel“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^CErektionsstatus nach Porst: E1: keine Tumescenz, E2: leichte Tumescenz, E3: volle Tumescenz, E4: Rigidität, die für Geschlechtsverkehr ausreichend ist, E5: Rigidität 100%; ^DExakter Test nach Fisher

Behandlung der erektilen Dysfunktion bei Patienten mit Nerverhalt. Die Analysen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (T2) wurden zunächst für N=482 Patienten durchgeführt,

- die einen prä-operativen Erektionsstatus von E4 oder E5 aufweisen (ohne Hilfsmittel),
- ein- oder beidseitig nerverhaltend operiert worden sind und
- zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion angeben (ja/abwarten).

Zum Ende der Rehabilitation (T2) werden etwa 71% dieser Patienten mit einer Erektionshilfe behandelt (Tab. 4.37). Bei ausschließlicher Betrachtung von Patienten mit PDE5-Inhibitoren (n=327) zeigt sich, dass die PDE5-Inhibitoren überwiegend als Einzelmaßnahme (84%, Tab. 4.38) und überwiegend „on demand“ eingesetzt werden (71%, Tab. 4.39). Unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren erreichen 37% der Patienten zu T2 keine oder eine leichte Tumescenz, 31% volle Tumescenz und 31% mindestens eine Rigidität, die ausreichend für Geschlechtsverkehr ist (E4/E5, Tab. 4.40).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass sich ambulante und stationäre Patienten hinsichtlich des Einsatzes von Erektionshilfen zu T2 nicht signifikant unterscheiden (Tab. 4.37). Bei ausschließlicher Betrachtung von Patienten mit PDE5-Inhibitoren (n=327) zeigt sich in beiden Gruppen eine signifikante Veränderung der Behandlung mit PDE5-Inhibitoren im Rehabilita-

tionsverlauf (jeweils $p < .001$, Tab. 4.38). Ambulante Patienten, die mit einem PDE5-Inhibitor versorgt werden, erhalten zu T2 tendenziell seltener eine Kombinationsbehandlung mit SKAT und/oder VES (stat: 17%, amb: 10%, n.s., Tab. 4.38). Ambulante Patienten nutzen den Inhibitor überwiegend als Schwellkörpertraining, stationäre Patienten hingegen überwiegend „on demand“ ($p < .001$, Tab. 4.39). Im Hinblick auf den Erektionsstatus unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren verändern sich beide Patientengruppen im Rehabilitationsverlauf signifikant (jeweils $p < .001$), zu T2 besteht jedoch kein signifikanter Gruppenunterschied (Tab. 4.40).

Bezüglich der Behandlung mit Erektionshilfen unterscheiden sich Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht im Rehabilitationsverlauf nicht signifikant voneinander (siehe im Anhang Tab. B.2 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte). Bei Patienten, die zu T2 einen PDE5-Inhibitor erhalten, bestehen darüber hinaus auch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes als Schwellkörpertraining oder „on demand“ (siehe im Anhang Tab. B.3 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte). Unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren profitieren Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht in Bezug auf den Erektionsstatus jeweils signifikant, wobei Mittelschichtsangehörige im Vergleich die stärkste Verbesserung erfahren. Zu T2 unterscheiden sich entsprechend behandelte Patienten der drei Gruppen nicht signifikant hinsichtlich des erreichten Erektionsstatus (siehe im Anhang Tab. B.4 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.37: Behandlung erektiler Dysfunktion bei Nerverhaltung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=482)

Behandlung erektiler Dysfunktion bei Nerverhaltung (T2)	Gesamte Stichprobe (N=482 ^A)		Stationäre Patienten (N=399 ^A)		Ambulante Patienten (N=83 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Art der Erektionshilfe									
SKAT	1	0.2	1	0.3	0	0.0			
VES	16	3.3	16	4.0	0	0.0			
PDE5-Inhibitor	276	57.3	220	55.1	56	67.5	6.939	-	.127 ^B
PDE5-Inhibitor und SKAT/VES ^B	51	10.6	45	11.3	6	7.2			
keine Erektionshilfe	138	28.6	117	29.3	21	25.3			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt;
^BExakter Test nach Fisher

Tab. 4.38: Entwicklung der Behandlung erektiler Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor (T1-T2) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=327)

Entwicklung der Behandlung erektiler Dysfunktion mit PDE5-Inhibitoren (T1-T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Art der Erektionshilfe									
<i>Gesamtstichprobe^C</i>									
PDE5-Inhibitor	28	100.0	276	84.4					
Kombination ^D	0	0.0	51	15.6					
<i>stationär^C</i>									
PDE5-Inhibitor	23	100.0	220	83.0	-13.078	<.001			
Kombination ^D	0	0.0	45	17.0					
<i>ambulant^C</i>									
PDE5-Inhibitor	5	100.0	56	90.3	-6.342	<.001			
Kombination ^D	0	0.0	6	9.7			2.036	1	.177 ^E

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionshilfe“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^Cnur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%). (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten), (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt; und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T1 bzw. T2; ^DKombinationsbehandlung: PDE5-Inh. und VES, PDE5-Inh. und SKAT, PDE5-Inh. und VES und SKAT; ^EChi²-Test

Tab. 4.39: Einsatz des PDE5-Inhibitors (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=327)

Einsatzart des PDE5-Inhibitors (T2)	Gesamte Stichprobe (N=327 ^A)		Stationäre Patienten (N=265 ^A)		Ambulante Patienten (N=62 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
PDE5-Inhibitor Einsatz									
als Schwellkörpertraining	93	28.9	47	17.7	46	80.7	90.546	1	<.001 ^A
on demand	229	71.1	218	82.3	11	19.3			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten), (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T2; ^BChi²-Test

Tab. 4.40: Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren (T1-T2) der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=327)

Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren (T1-T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Erektionsstatus^C									
<i>Gesamtstichprobe^D</i>									
E1-E2	25	89.3	121	37.2					
E3	3	10.7	102	31.4					
E4-E5	0	0.0	102	31.4					
<i>stationär^D</i>									
E1-E2	20	87.0	98	37.3	-13.078	<.001	.794	2	.672 ^E
E3	3	13.0	80	30.4					
E4-E5	0	0.0	85	32.3					
<i>ambulant^D</i>									
E1-E2	5	100.0	23	37.1	-6.342	<.001			
E3	0	0.0	22	35.5					
E4-E5	0	0.0	17	27.4					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionsstatus bei Einsatz von Hilfsmitteln“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^EErektionsstatus nach Porst: E1=keine Tumescenz, E2=leichte Tumescenz, E3=volle Tumescenz, E4=Rigidität, die ausreichend für GV ist; E5=100% Rigidität; ^Dnur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T1 bzw. zu T2; ^EChi²-Test

Behandlung der erektilen Dysfunktion unabhängig vom Nerverhalt. Die Analysen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (T2) wurden darüber hinaus unabhängig vom Nerverhalt mit N=633 Patienten durchgeführt,

- die einen prä-operativen Erektionsstatus von E4 oder E5 aufweisen (ohne Hilfsmittel) und
- zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion angeben (ja/abwarten).

Zum Ende der Rehabilitation (T2) werden etwa 70% dieser Patienten mit einer Erektionshilfe behandelt (Tab. 4.41). Bei ausschließlicher Betrachtung der Patienten mit VES, SKAT bzw. einer Kombination beider Hilfsmittel (n=55) zeigt sich, dass überwiegend VES als Einzelmaßnahme (60%) eingesetzt wird (Tab. 4.42). Etwa 6% der mit VES, SKAT bzw. einer Kombinationsbehandlung versorgten Patienten erreichen zu T2 keine oder eine leichte Tumescenz (E1/E2), 26% volle Tumescenz (E3) und 69% mindestens eine Rigidität, die ausreichend für Geschlechtsverkehr ist (E4/E5, Tab. 4.43).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass sich ambulante und stationäre Patienten hinsichtlich des Einsatzes von Erektionshilfen zu T2 nicht signifikant unterscheiden (Tab. 4.41). Bei ausschließlicher Betrachtung von Patienten mit SKAT, VES oder einer Kombination beider

Hilfsmittel (n=55) zeigt sich in der stationären Gruppe eine signifikante Veränderung der Behandlung der erektilen Dysfunktion im Rehabilitationsverlauf ($p < .001$, Tab. 4.42). Während der Rehabilitation verändert sich der Erektionsstatus unter Einsatz von SKAT, VES oder einer Kombination beider Hilfsmittel signifikant ($p < .001$, Tab. 4.43).

Tab. 4.41: Behandlung erektiler Dysfunktion unabhängig von der Nerverhaltung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=633)

Behandlung erektiler Dysfunktion unabhängig von der Nerverhaltung (T2)	Gesamte Stichprobe (N=633 ^A)		Stationäre Patienten (N=543 ^A)		Ambulante Patienten (N=90 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Art der Erektionshilfe									
SKAT	15	2.4	15	2.8	0	0.0	9.211	-	.082 ^C
VES	33	5.2	31	5.7	2	2.2			
PDE5-Inhibitor	319	50.4	262	48.3	57	63.3			
PDE5-Inhibitor und	68	10.7	62	11.4	6	6.7			
SKAT und VES	7	1.1	7	1.3	0	0.0			
keine Erektionshilfe	191	30.2	166	30.6	25	27.8			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%) und (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten), unabhängig vom Nerverhalt; ^BKombinationsbehandlung: PDE5-Inh. und VES, PDE5-Inh. und SKAT, PDE5-Inh. und VES und SKAT; ^CExakter Test nach Fisher

Tab. 4.42: Entwicklung der Behandlung erektiler Dysfunktion mit VES und/oder SKAT (T1–T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=55)

Entwicklung der Behandlung erektiler Dysfunktion mit VES/SKAT (T1–T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Art der Erektionshilfe									
<i>Gesamtstichprobe^C</i>									
SKAT	0	0.0	15	27.3	-6.448	<.001	-	-	.D
VES	2	100.0	33	60.0					
Kombination	0	0.0	7	12.7					
<i>stationär^C</i>									
SKAT	0	0.0	15	28.3	-	.D	-	-	.D
VES	2	100.0	31	58.5					
Kombination	0	0.0	7	13.2					
<i>ambulant^C</i>									
SKAT	0	0.0	0	0.0	-	.D	-	-	.D
VES	0	0.0	2	100.0					
Kombination	0	0.0	0	0.0					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionshilfe“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^Cnur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit SKAT/VES zu T1 bzw. T2; ^Daufgrund der geringen Fallzahl der ambulanten Patientengruppe nicht berechnet

Tab. 4.43: Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von VES und/oder SKAT (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Rehabilitanden (N=55)

Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von VES/SKAT (T1-T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Erektionsstatus^C									
<i>Gesamtstichprobe^D</i>									
E1-E2	1	50.0	3	5.5					
E3	1	50.0	14	25.5					
E4-E5	0	0.0	38	69.1					
<i>stationär^D</i>									
E1-E2	1	50.0	2	3.8	-6.217	<.001			
E3	1	50.0	13	24.5					
E4-E5	0	0.0	38	71.7					
<i>ambulant^D</i>									
E1-E2	0	0.0	1	50.0	-	- ^E			
E3	0	0.0	1	50.0					
E4-E5	0	0.0	0	0.0					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionsstatus bei Einsatz von Hilfsmitteln“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^CErektionsstatus nach Porst: E1=keine Tumescenz, E2=leichte Tumescenz, E3=volle Tumescenz, E4=Rigidität, die ausreichend für GV ist; E5=100% Rigidität; ^Dnur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit SKAT/VES zu T1 bzw. zu T2; ^EAufgrund der geringen Fallzahl der ambulanten Patientengruppe nicht berechnet

Sexuelle Funktionsparameter T1-T2: Zusammenfassung und Interpretation

Bezüglich des **Erektionsstatus ohne Hilfsmittel** verändern sich beide Patientengruppen im Zeitverlauf signifikant, unterscheiden sich aber zum Ende der Rehabilitation (T2) nicht signifikant voneinander. Der sozio-ökonomische Status der Patienten hat einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel, wobei Patienten der Mittelschicht am stärksten profitieren.

Patienten, die einen prä-operativen Erektionsstatus (ohne Hilfsmittel) von E4 oder E5 berichten, **nerverhaltend operiert** wurden und eine Behandlung der erektilen Dysfunktion wünschen, erhalten zu T2 überwiegend eine Erektionshilfe. Dabei weisen die Daten darauf hin, dass eine Kombination von Hilfsmitteln zu verbesserten Outcomes in Bezug auf die sexuelle Funktionsfähigkeit führt und Kombinationsbehandlungen häufiger im stationären als ambulanten Setting eingesetzt wurden.

Beide Patientengruppen zeigen eine Veränderung der Behandlung mit **PDE5-Inhibitoren** im Zeitverlauf, unterscheiden sich zu T2 jedoch nicht signifikant voneinander. Bezüglich der Entwicklung des Erektionsstatus weisen stationäre Patienten in 32% und ambulante in 27% der Fälle geschlechtsverkehrstaugliche Erektionen (E4/E5) unter einer Behandlung mit PDE5-Inhibitoren auf. Stationäre Patienten setzen den PDE5-Inhibitor zu T2 signifikant häu-

figer „on demand“ ein, ambulante Patienten häufiger als regelmäßiges Schwellkörpertraining. In diesem Kontext ist auf die ungünstigeren Ausgangsbedingungen der stationären Patienten im Hinblick auf einen geschlechtsverkehrstauglichen Erektionsstatus hinzuweisen. Bezüglich des sozio-ökonomischen Status zeigt sich, dass zu T2 weder in Bezug auf die Versorgung mit einer Erektionshilfe Unterschiede zwischen unter-, mittel- und oberschichtangehörigen Patienten bestehen. Patienten, die mit PDE5-Inhibitoren behandelt werden, profitieren hinsichtlich des Erektionsstatus gruppenübergreifend von der Medikamentengabe und unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Einsatzart des Medikaments (Schwellkörpertraining bzw. „on demand“).

Unabhängig vom Nerverhalt werden Patienten, die einen prä-operativen Erektionsstatus (ohne Hilfsmittel) von E4 oder E5 berichten und eine Behandlung der erektilen Dysfunktion wünschen, zu T2 überwiegend mit einer Erektionshilfe behandelt. Stationäre Patienten, die mit SKAT, VES oder einer Kombination dieser Hilfsmittel behandelt werden, verzeichnen eine signifikante Veränderung des Erektionsstatus im Rehabilitationsverlauf.

4.3 Psychosoziale Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)

4.3.1 Psychische Belastung (HADS, DT)

Hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität (HADS) erreichen die Patienten im Durchschnitt unauffällige Werte. Mit einem Mittelwert von 5.8 bezüglich Ängstlichkeit und 5.0 bezüglich Depressivität liegen die Angaben unter dem Cut-Off-Wert von 8 Punkten, so dass keine auffällige Belastung festzustellen ist. Auf dem Distressthermometer geben die Patienten mit einem Durchschnittswert von 5.0 allerdings eine klinisch relevante Belastung durch die Krebserkrankung an (klinisch relevante Belastung ab einem Wert von 5 Punkten; Tab. 4.44, Abb. 4.16).

Stationäre Patienten und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich der berichteten Depressivität (HADS) nicht signifikant voneinander (stat: M=5.1, amb: M=4.7). In Bezug auf Ängstlichkeit (HADS) und subjektive Belastung durch die Erkrankung (DT) zeigen die stationären Patienten allerdings eine signifikant höhere Belastung auf. Sie berichten mit durchschnittlich 6.0 Punkten im Vergleich zu ambulanten Patienten mit im Mittel 5.0 Punkten eine signifikant höhere Ausprägung von Angst (p=.019) und geben mit im Mittel 5.1 Punkten auf dem Distressthermometer eine klinisch relevante Belastung an (p=.031). Ambulante Patienten fallen mit durchschnittlich 4.6 Punkten auf dem Distressthermometer knapp unter den Cut-Off-Wert (Tab. 4.44, Abb. 4.16)

Tab. 4.44: Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und in einer männlichen Normstichprobe der HADS (N=895)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)							Normstichprobe ^A (N=895)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^B	d ^C	n	M	SD
HADS^D																
Angst	834	5.8	3.9	716	6.0	3.9	118	5.0	3.6	2.356	832	.019	0.3	895	4.4	3.1
Depressivität	835	5.0	3.6	717	5.1	3.6	118	4.7	3.8	1.053	833	.293	--	895	4.6	3.8
DT^E																
Subjektive Belastung	834	5.0	2.4	715	5.1	2.4	119	4.6	2.3	2.159	832	.031	0.2	--	--	--

^A(Hinz & Schwarz, 2001), ^BT-Test, ^CEffektstärke Cohen's d, ^Dklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Eklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

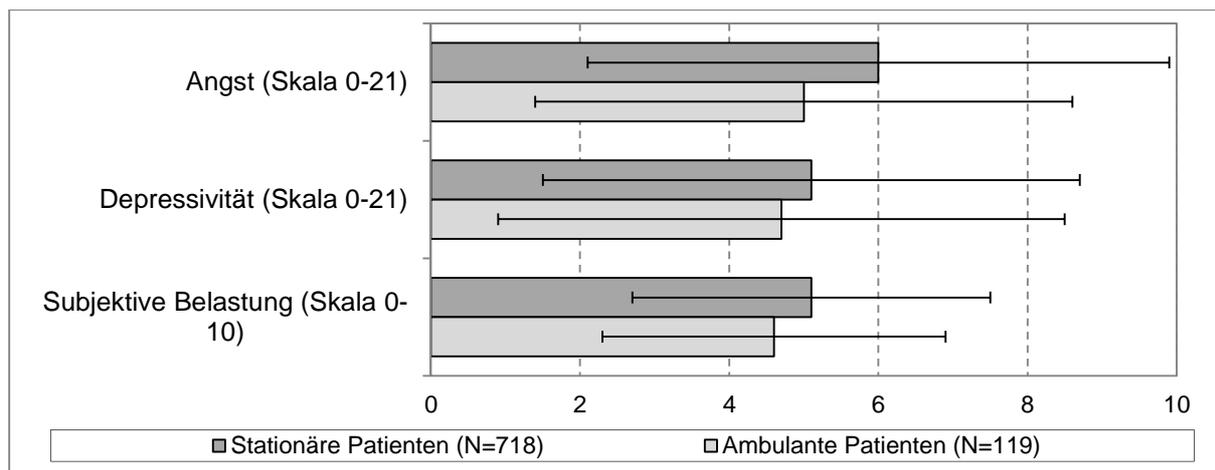


Abb. 4.16: Angst- und Depressivitätswerte (HADS, Skala 0-21) sowie subjektive Belastung (DT, Skala 0-10) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Setzt man die Ergebnisse der gesamten Stichprobe bezüglich der HADS-Skalen in Relation zu den durchschnittlichen Werten einer repräsentativen deutschen männlichen Normstichprobe (Tab. 4.44, Hinz & Schwarz, 2001), so zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede. Die Männer der vorliegenden Studie geben eine höhere Belastung durch Angst an (M=5.8) als die Männer der Vergleichsstichprobe (M=4.4, $p < .001$, $d = 0.4$). Im Vergleich zu den Depressivitätswerten der Bevölkerungstichprobe erreichen die Patienten der vorliegenden Studie ebenfalls signifikant höhere Mittelwerte (M=5.0 vs. M=4.6, $p = .001$, $d = 0.1$).

Neben der Analyse der durchschnittlichen Skalenausprägungen von HADS und DT, ist es weiterhin möglich, die Patienten in klinisch belastete und unbelastete Patienten nach den gängigen Cut-Off-Werten der Instrumente einzuteilen (Hermann et al., 1995; Mehnert et al., 2006). Die Kategorisierung macht deutlich, dass Patienten der Studie mehrheitlich unauffällig hinsichtlich ihrer Angst- und Depressivitätssymptomatik (HADS) sind. Insgesamt weisen knapp 32% der Patienten grenzwertige bis auffällige Werte bezüglich psychischer Belastung durch Angst auf. 22% berichten grenzwertige bis auffällige Depressivitätswerte. Auf dem Distressthermometer geben mit 59% jedoch mehr Patienten eine mittlere bis starke Belastung durch die Krebserkrankung an (Tab. 4.45).

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich auf allen drei Skalen nicht signifikant voneinander. In beiden Gruppen zeigen sich die Patienten mehrheitlich unauffällig hinsichtlich Ängstlichkeit (stat: 67%, amb: 75%) und Depressivität (stat: 78%, amb: 79%). Bezüglich der subjektiven Belastung durch die Erkrankung berichten über die Hälfte sowohl der stationären (60%) wie auch ambulanten Patienten (51%) mittlere bis starke Belastungen (Tab. 4.45, Abb. 4.17).

Tab. 4.45: Angst- und Depressivitätssymptomatik (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) (T1) der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Angstsymptomatik	834		716		118				
unauffällig (0-7)		68.1		67.0		74.6			
grenzwertig (8-10)		18.6		19.1		15.3	2.684	2	.261
auffällig (≥11)		13.3		13.8		10.2			
Depressivitätssymptomatik	835		717		118				
unauffällig (0-7)		78.0		77.8		78.8			
grenzwertig (8-10)		14.0		14.1		13.6	0.060	2	.971
auffällig (≥11)		8.0		8.1		7.6			
Subjektive Belastung	834		715		119				
geringe Belastung (< 5)		41.0		39.7		48.7			
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)		59.0		60.3		51.3	3.431	1	.064

^AChi²-Test

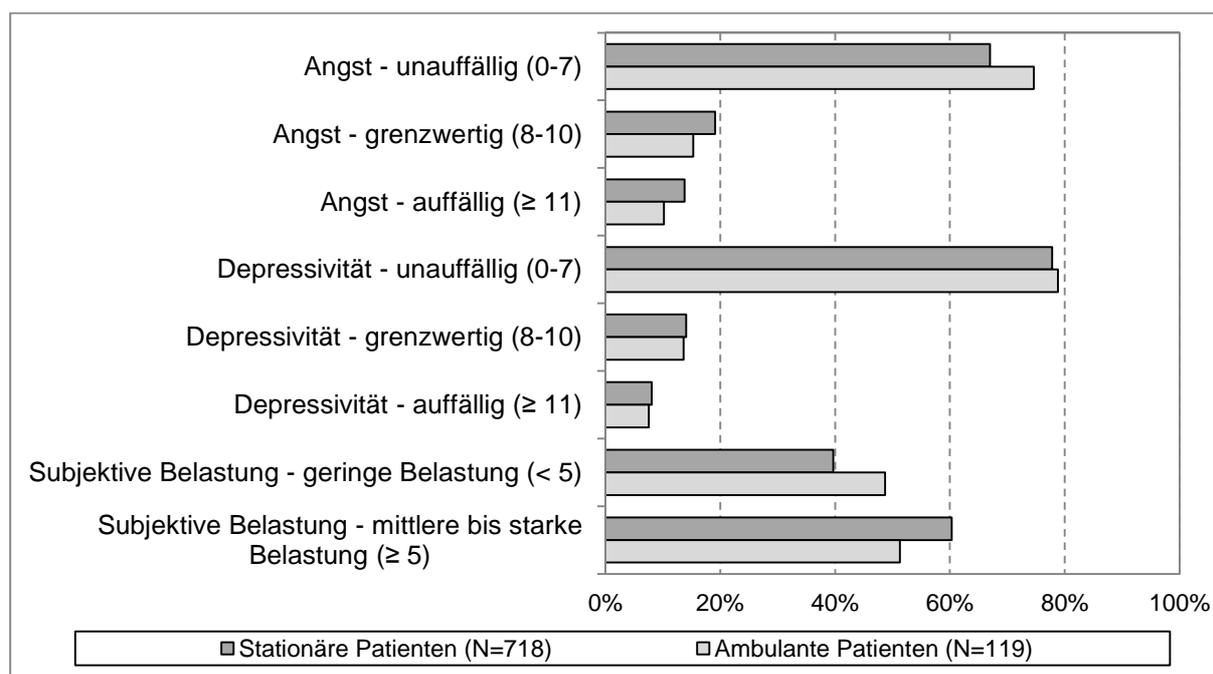


Abb. 4.17: Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

4.3.2 Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-PR25, SF8)

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30). Die Patienten der Gesamtstichprobe schätzen die kognitive Funktion im Vergleich zu den anderen vier Funktionsskalen mit durchschnittlich 78.0 Punkten am höchsten ein (Skala von 0 bis 100, wobei 100 Punkte einem vollen Funktionsniveau entsprechen). Die zweithöchste Einschätzung betrifft

die körperliche Funktion mit einem Mittelwert von 72.2 Punkten, während die Rollenfunktion von den Patienten im Mittel am schlechtesten bewertet wird (M=40.2). Auch die globale Lebensqualität wird mit durchschnittlich 52.2 Punkten niedrig eingestuft (Tab. 4.46).

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich auf drei der fünf Funktionsskalen signifikant voneinander. In allen drei Fällen geben die stationären Patienten ein niedrigeres Funktionsniveau an. Dies betrifft die körperliche Funktion (stat: M=71.5, amb: M=76.4, p=.013) wie auch die Rollenfunktion (stat: M=39.2, amb: M=46.3, p=.033). Bezüglich der kognitiven Funktion berichten stationäre Patienten einen Durchschnittswert von 77.0 Punkten im Vergleich zu den ambulanten Patienten, die mit einem Mittelwert von 84.0 Punkten ein signifikant höheres Funktionsniveau angeben (p=.001, Tab. 4.46, Abb. 4.18).

Tab. 4.46: Globale Lebensqualität, Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und in einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=889)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T				Bevölkerungsstichprobe ^A (N=889)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^C	d ^D	n	M	SD
Funktions- skalen^B																
Globale Lebensqualität	837	52.2	21.3	718	52.0	20.8	119	53.3	24.1	-0.543	148.4	.588	--	889	72.7	22.2
Körperliche Funktion	835	72.2	19.6	717	71.5	19.5	118	76.4	20.1	-2.491	833	.013	-0.3	889	92.0	15.6
Rollenfunktion	833	40.2	33.4	715	39.2	33.5	118	46.3	32.5	-2.141	831	.033	-0.2	889	89.8	21.7
Emotionale Funktion	833	62.9	25.9	715	62.4	25.6	118	66.4	25.6	-1.582	831	.114	--	889	81.8	18.8
Kognitive Funktion	834	78.0	23.5	716	77.0	23.9	118	84.0	19.9	-3.429	177.8	.001	-0.3	889	92.7	15.0
Soziale Funktion	837	54.9	28.3	718	54.5	28.4	119	57.1	27.3	-0.927	835	.354	--	889	92.0	18.3
Symptomskalen^E																
Fatigue	833	42.9	26.1	715	42.6	25.8	118	44.6	27.4	-0.781	831	.435	--	889	14.0	0.3
Übelkeit	834	2.4	8.8	716	2.5	9.2	118	1.7	5.5	0.936	832	.350	--	889	1.8	7.6
Schmerzen	834	36.2	29.6	716	36.5	29.6	118	34.9	30.1	0.531	832	.595	--	889	13.0	23.1
Atemnot	828	17.7	25.6	710	18.4	25.8	118	13.6	24.4	1.984	163.6	.049	0.2	889	6.9	18.5
Schlaflosigkeit	834	36.7	34.8	716	37.3	34.8	118	32.8	34.9	1.308	832	.191	--	889	13.0	24.4
Appetitlosigkeit	833	12.8	22.6	715	13.1	22.6	118	11.0	22.2	0.950	831	.342	--	889	4.2	14.0
Verstopfung	832	14.4	26.6	714	14.9	26.8	118	11.3	25.5	1.376	162.7	.156	--	889	2.5	11.8
Durchfall	831	7.3	18.9	713	7.6	19.3	118	5.6	16.5	1.144	174.8	.254	--	889	2.5	10.4
Finanzielle Probleme	833	23.1	30.6	714	23.2	30.4	119	22.4	32.2	0.277	831	.782	--	889	5.5	17.8

^A(Schwarz & Hinz, 2001), ^BSkala von 0 bis 100 (100 ≡ volles Funktionsniveau), ^CT-Test, ^DEffektstärke Cohen's d, ^ESkala von 0 bis 100 (100 ≡ maximale Einschränkung)

Im Vergleich zu den Ergebnissen einer deutschen männlichen Bevölkerungsstichprobe wird deutlich (Schwarz & Hinz, 2001), dass die Krebspatienten der vorliegenden Studie eine signifikant niedrigere globale Lebensqualität angeben sowie signifikant geringere Funktionsni-

veaus berichten (T-Tests, jeweils $p < .001$, siehe im Anhang Tab. B.5. für statistische Kennwerte). Die Unterschiede werden vor allem auf den Skalen soziale Funktion und Rollenfunktion deutlich. Während die Bevölkerungsstichprobe in Bezug auf die soziale Funktion im Durchschnitt einen Wert von 92.0 Punkten angibt, liegen die Krebspatienten mit im Mittel 54.9 Punkten signifikant niedriger. Hinsichtlich der Rollenfunktion besteht eine Differenz von knapp 50 Punkten zwischen beiden Gruppen (Krebspatienten: $M=40.2$, Bevölkerungsstichprobe: $M=89.8$, Tab. 4.46).

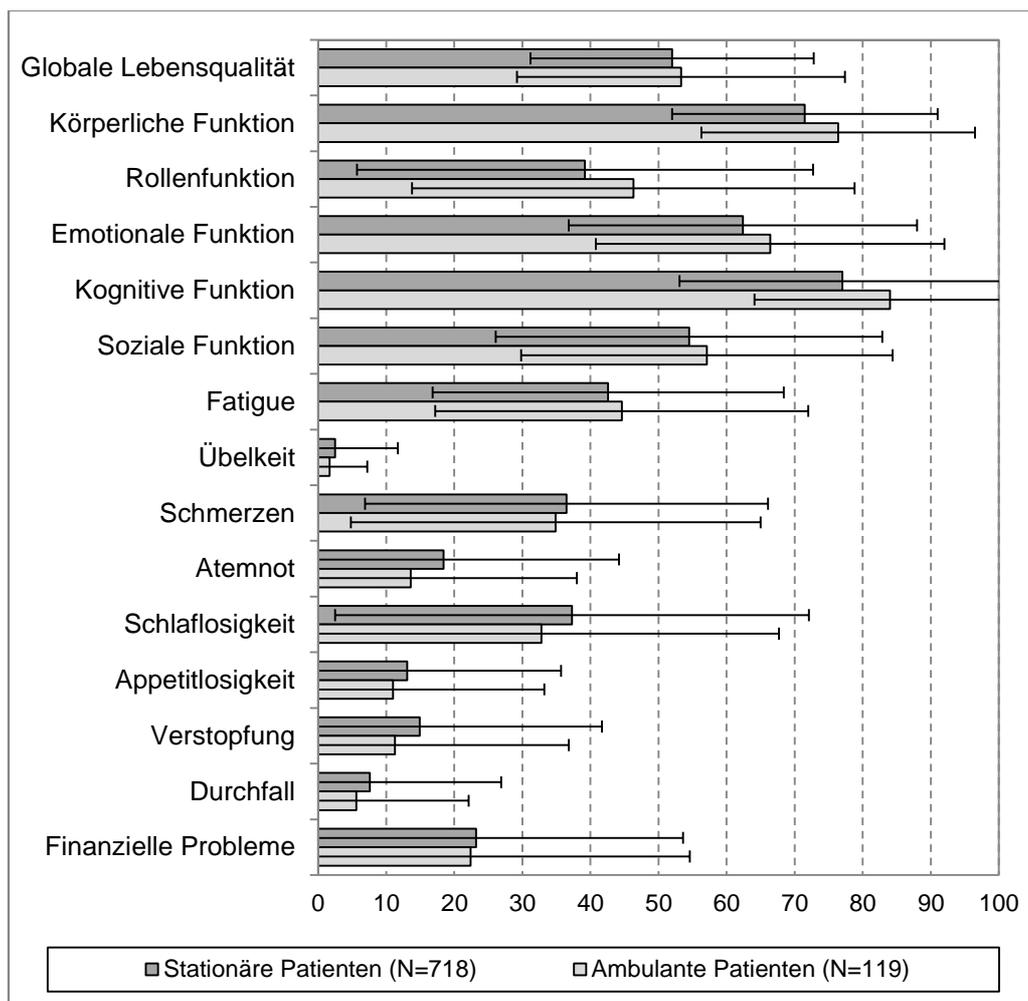


Abb. 4.18: Globale Lebensqualität, Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-C30, Skala 0-100) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Symptomskalen (EORTC QLQ-C30). Die höchsten Belastungen werden von der Gesamtstichprobe hinsichtlich des Fatiguesymptoms angegeben ($M=42.9$). Weiterhin werden Schlaflosigkeit ($M=36.7$) sowie Schmerzen ($M=36.2$) als problematisch eingeschätzt. Weniger belastend werden Symptome wie Durchfall ($M=7.3$) und Übelkeit erlebt ($M=2.4$, Tab. 4.46).

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Angaben auf den Symptomskalen kaum voneinander. Lediglich die Atemnot wird von den stationären Patienten signifikant etwas schlechter eingestuft (stat: $M=18.4$, amb: $M=13.6$, $p=.049$, Tab. 4.46, Abb. 4.18).

Der Vergleich der Belastung durch krebsbezogene Symptome der Patienten mit denen einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (Schwarz & Hinz, 2001) zeigt auf allen Skalen signifikant höhere Werte der Krebspatienten auf. Es ist allerdings anzumerken, dass der Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf der Symptomskala Übelkeit nur knapp signifikant ist (T-Tests, jeweils zwischen $p \leq .005$ und $p < .001$, siehe im Anhang Tab. B.6 für statistische Kennwerte). Große Unterschiede liegen vor allem auf den Skalen Fatigue, Schmerzen und Schlaflosigkeit vor. Während die Patienten im Durchschnitt einen Fatiguewert von 42.9 berichten, liegt dieser bei der Bevölkerungsstichprobe im Mittel bei 14.0 Punkten. Schmerzen und Schlaflosigkeit werden mit jeweils 13.0 Punkten knapp 23 Punkte besser bewertet im Vergleich zu den Krebspatienten. Die niedrigste Belastung wird in beiden Gruppen bezüglich Durchfall (Krebspatienten: $M=7.3$, Bevölkerungsstichprobe: $M=2.5$) und Übelkeit (Krebspatienten: $M=2.4$, Bevölkerungsstichprobe: $M=1.8$) angegeben (Tab. 4.46, Abb. 4.18).

Funktionsskalen (EORTC QLQ-PR25). Bezüglich spezifischer Aspekte der Lebensqualität nach Erkrankung an einem Prostatakarzinom, gibt die Gesamtstichprobe im Durchschnitt eher eine niedrige sexuelle Aktivität zu Beginn der Rehabilitation an ($M=34.8$; Tab. 4.47).

Tab. 4.47: Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten ($N=837$) und in einer männlichen Referenzstichprobe des EORTC QLQ-PR25 ($N=509$)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-PR25)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p^C	d^D	Referenzstichprobe ^A (N=509)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD					n	M	SD
Funktions-skalen^B																
Sexuelle Aktivität	832	34.8	29.3	713	34.1	29.6	119	38.7	27.2	-1.571	830	.116	--	454	27.8	26.0
Sexualfunktion	353	63.0	29.3	293	64.4	29.2	60	56.1	28.7	2.402	351	.044	0.3	194	53.6	25.4
Symptomskalen^E																
Urininkontinenz	834	45.7	20.3	715	46.4	20.0	119	41.2	21.4	2.617	832	.009	0.3	457	22.7	18.1
Darmsymptome	829	8.9	12.0	711	9.1	12.3	118	7.8	10.2	1.117	827	.264	--	423	5.4	9.4
Behandlungsbedingte Symptome ^F	835	14.8	12.9	716	15.2	12.9	119	11.9	12.3	2.738	832	.007	0.3	457	11.9	10.7
Belastung durch Inkontinenzhilfen	605	43.1	33.9	528	44.4	34.3	77	33.8	29.9	2.874	603	.005	0.3	146	22.6	27.1

^A(van Andel et al., 2008), ^BSkala von 0 bis 100 (100 \cong volles Funktionsniveau), ^CT-Test, ^DEffektstärke Cohen's d, ^ESkala von 0 bis 100 (100 \cong maximale Einschränkung), ^Fbeispielsweise Hitzewallungen oder Gewichtsveränderungen

Die Patienten, die sexuell aktiv sind, liegen bei der Beschreibung der sexuellen Funktion bei einem Mittelwert von 63.0, wobei ein Punktwert von 100 der vollen sexuellen Funktion entspricht.

Stationäre Patienten geben mit durchschnittlich 64.4 Punkten eine signifikant bessere sexuelle Funktion an im Vergleich zu den ambulanten Patienten mit 56.1 Punkten ($p=.044$). Hinsichtlich der sexuellen Aktivität unterscheiden sich beide Gruppen nicht voneinander (Tab. 4.47, Abb. 4.19).

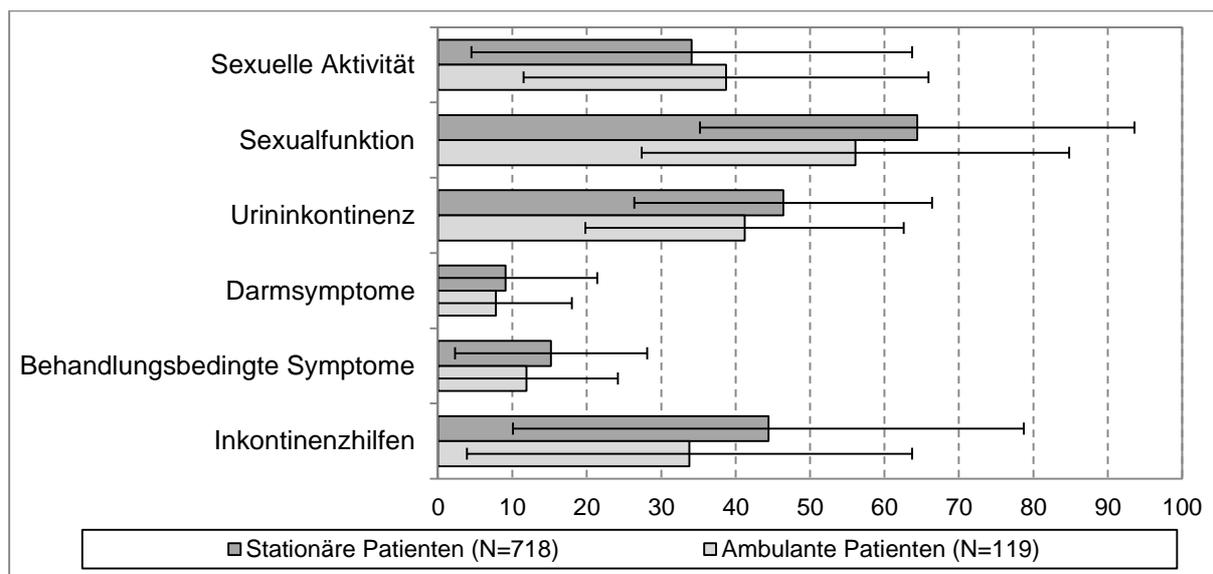


Abb. 4.19: Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25, Skala 0-100) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Im Vergleich zu einer internationalen Referenzstichprobe von Patienten mit einem Prostatakarzinom (van Andel et al., 2008) berichten die Patienten der vorliegenden Studie im Durchschnitt ein besseres Funktionsniveau bezüglich der sexuellen Aktivität sowie der Sexualfunktion (T-Tests, jeweils $p<.001$, siehe im Anhang Tab. B.7 für statistische Kennwerte, Tab. 4.47).

Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25). Auf den Symptomskalen berichten die Patienten vor allem Belastungen bezüglich der Urininkontinenz ($M=45.7$) und der notwendigen Nutzung durch Inkontinenzhilfen ($M=43.1$). Weniger stark werden behandlungsbedingte Symptome erlebt ($M=14.8$) sowie Darmprobleme ($M=8.9$, Tab. 4.47).

Ein Vergleich zwischen stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass die ambulanten Patienten weniger stark belastet sind durch Urininkontinenz (stat: $M=46.4$, amb: $M=41.2$, $p=.009$) und die Nutzung von Inkontinenzhilfen (stat: $M=44.4$, amb: $M=33.8$, $p=.005$). Auch bezüglich der behandlungsbedingten Symptome geben die ambulanten Patienten eine signi-

fikant geringere Einschränkung an im Vergleich zu den stationären Patienten (stat: $M=15.2$, amb: $M=11.9$, $p=.005$, $p=.005$, Tab. 4.47, Abb. 4.19).

Ein Vergleich mit der männlichen Referenzstichprobe (van Andel et al., 2008) zeigt eine deutlich stärkere Belastung der Studienpatienten auf (T-Tests, jeweils $p<.001$, siehe im Anhang Tab. B.8 für statistische Kennwerte). Besonders deutlich tritt der Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Belastung durch die Urininkontinenz (Studienpatienten: $M=45.7$, Referenzstichprobe: $M=22.7$) und die Belastung durch Inkontinenzhilfen (Studienpatienten: $M=43.1$, Referenzstichprobe: $M=22.6$) hervor (Tab. 4.47).

Generische Lebensqualität (SF8). Auf den Subskalen des SF8 berichtet die Gesamtstichprobe vor allem Einschränkungen bezüglich der körperlichen Funktionsfähigkeit ($M=40.5$), der körperlichen Rollenfunktion ($M=35.9$) und der emotionalen Rollenfunktion ($M=36.8$). Je geringer der Punktwert, desto größer sind die Einschränkungen der Patienten. Auf allen drei Subskalen liegen die Gesamtwerte mindestens knapp eine Standardabweichung ($SD=10$) unter dem an einer Normstichprobe standardisierten Mittelwert von 50. Dies gilt ebenfalls für den Mittelwert von 38.3 Punkten auf der Summenskala Körperliche Gesundheit. Entsprechend geben die Krebspatienten auf drei der acht Subskalen und einer der beiden Summenskalen des SF8 ein unterdurchschnittliches Niveau der Lebensqualität an (Tab. 4.48).

Der Vergleich von stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass die stationären Patienten im Durchschnitt auf sechs der acht Subskalen eine etwas geringere Lebensqualität berichten. So geben die stationären Patienten signifikant niedrigere Werte auf den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit (stat: $M=40.2$, amb: $M=42.3$, $p=.007$) und Rollenfunktion (stat: $M=35.3$, amb: $M=39.1$, $p<.001$) an sowie hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (stat: $M=41.9$, amb: $M=43.2$, $p=.041$). Weiterhin berichten sie eine geringere Vitalität (stat: $M=44.7$, amb: $M=46.6$, $p=.012$), eine eingeschränktere emotionale Rollenfunktion (stat: $M=36.5$, amb: $M=39.0$, $p=.031$) wie auch ein geringeres psychisches Wohlbefinden (stat: $M=46.8$, amb: $M=48.7$, $p=.025$).

Bezogen auf die Summenskala Körperliche Gesundheit unterscheiden sich die stationären Patienten ebenfalls mit durchschnittlich 38.0 Punkten zu 40.6 Punkten signifikant von den ambulanten Patienten (Tab. 4.48, Abb. 4.20). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind jedoch eher gering.

Tab. 4.48: Generische Lebensqualität, Subskalen und Summenskalen (SF8) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und in einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des SF8 (N=1237)

Generische Lebensqualität (SF8)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^C	d ^D	Bevölkerungsstichprobe ^A (N=1237)	
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD					n	M
Subskalen^B															
Körperliche Funktionsfähigkeit	836	40.5	8.1	717	40.2	8.1	119	42.3	8.2	-2.706	834	.007	-0.3	1237	49.8
Körperliche Rollenfunktion	832	35.9	9.1	713	35.3	8.9	119	39.1	9.2	-4.271	830	<.001	-0.4	1237	50.2
Körperliche Schmerzen	837	48.8	9.0	718	48.7	9.0	119	49.5	8.7	-0.890	835	.375	--	1237	55.1
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	834	42.1	6.2	716	41.9	6.2	118	43.2	6.5	-2.052	832	.041	-0.2	1237	49.6
Vitalität	837	45.0	7.5	718	44.7	7.5	119	46.6	7.2	-2.514	835	.012	-0.3	1237	53.4
Soziale Funktionsfähigkeit	834	46.6	8.6	716	46.5	8.6	118	46.7	8.7	-0.265	832	.791	--	1237	51.8
Emotionale Rollenfunktion	810	36.8	11.4	699	36.5	11.4	111	39.0	11.2	-2.165	808	.031	-0.2	1237	49.4
Psychisches Wohlbefinden	833	47.0	9.4	715	46.8	9.6	118	48.7	8.3	-2.260	173.1	.025	-0.2	1237	53.6
Summenskalen^B															
Körperliche Gesundheit	805	38.3	8.9	694	38.0	8.8	111	40.6	9.3	-2.928	803	.004	-0.3	1237	51.5
Psychische Gesundheit	805	45.4	10.6	694	45.2	10.6	111	47.1	10.0	-1.730	803	.084	--	1237	54.2

^A(Beierlein et al., 2012), keine SD verfügbar, ^BSkala: je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität (Normbased Scores-standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)), ^CT-Test, ^DEffektstärke Cohen's d

Im Vergleich zu einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (Beierlein et al., 2012) wird deutlich, dass die Patienten der vorliegenden Studie auf allen Skalen schlechtere Werte angeben (T-Tests, jeweils $p < .001$, siehe im Anhang Tab. B.9 für statistische Kennwerte). Dies zeigt sich vor allem hinsichtlich der körperlichen Rollenfunktion (Studienpatienten: $M=35.9$, Bevölkerungsstichprobe: $M=50.2$), der emotionalen Rollenfunktion (Studienpatienten: $M=36.8$, Bevölkerungsstichprobe: $M=49.4$) und der körperlichen Gesundheit (Studienpatienten: $M=38.3$, Bevölkerungsstichprobe: $M=51.5$, Tab. 4.48).

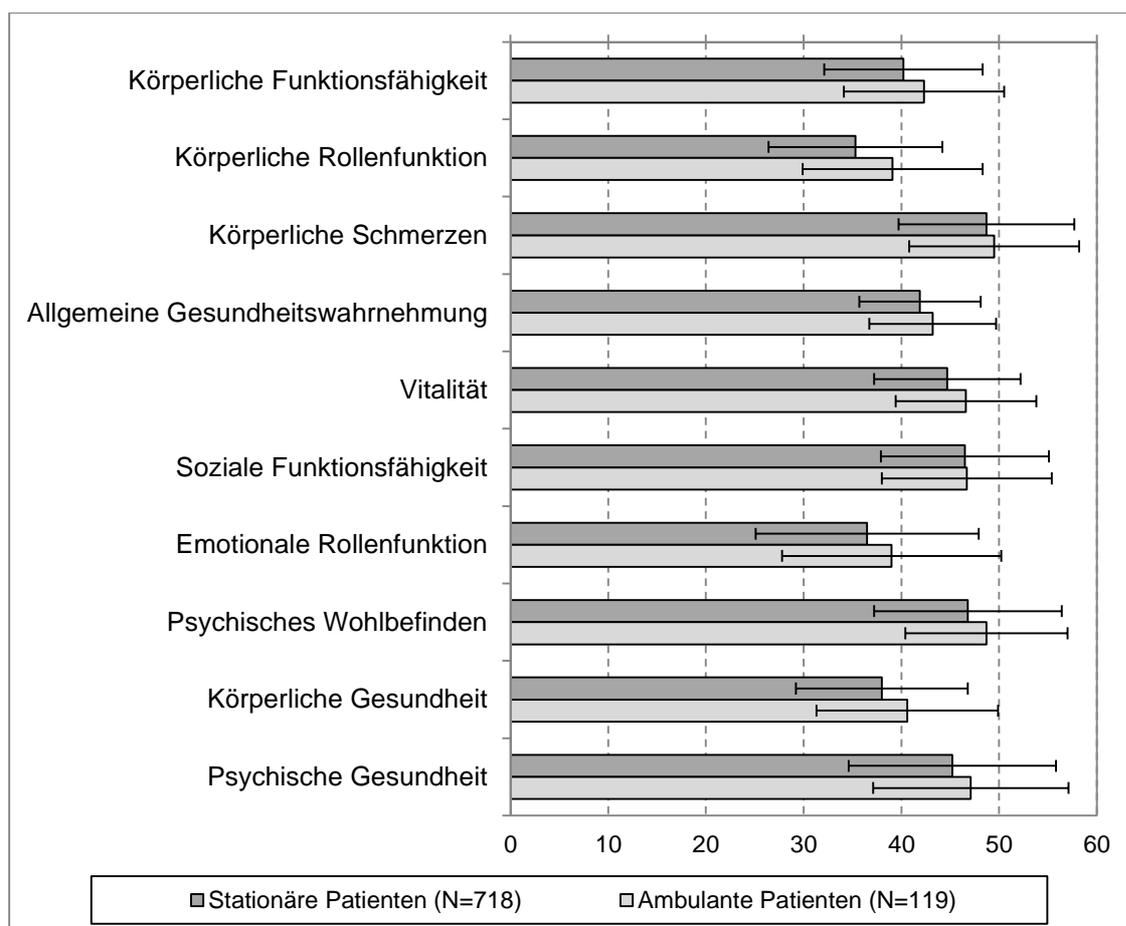


Abb. 4.20: Generische Lebensqualität, Subskalen und Summenskalen (SF8, normbased scores mit $M=50$ und $SD=10$) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden ($N=837$)

Psychosoziale Situation T1: Zusammenfassung

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer psychosozialen Ausgangssituation nicht stark voneinander. Es bestehen zwar in einigen Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die in den meisten Fällen jedoch eher gering ausfallen und klinisch nicht relevant sind. Dennoch ist der Trend erkennbar, dass die ambulanten Patienten ihre psychosoziale Situation im Allgemeinen etwas besser einschätzen. So geben die ambulanten Patienten im Durchschnitt eine etwas geringere **Ängstlichkeit** an (HADS), in beiden Gruppen ist jedoch ein ähnlich hoher Anteil mit einer auffälligen Angstsymptomatik belastet (stat: 14%, amb: 10%). Bezüglich des Distressthermometers berichten beide Patientengruppen überwiegend von einer mittleren bis starken Belastung (stat: 60%, amb: 51%). Hinsichtlich der **krebsspezifischen Lebensqualität** (EORTC QLQ-C30) geben die ambulanten Patienten eine bessere Funktionsfähigkeit bezüglich der körperlichen und kognitiven Funktion an sowie bezüglich der Rollenfunktion. Auf den Symptomskalen sind die stationären Patienten etwas stärker durch Atemnot belastet. Dennoch handelt es sich auch bei diesen Variablen um geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Vergleich zu einer deutschen Bevölkerungsstichprobe berichten die Krebspatienten eine signifikant höhere Belas-

tung auf allen Skalen. Im Hinblick auf die **Prostatakrebs-spezifische Lebensqualität** (EORTC QLQ-PR25) berichten die stationären Patienten eine etwas bessere Sexualfunktion. Hier geben die ambulanten Patienten eine geringere Funktionsfähigkeit an. Bezüglich der Symptome durch Inkontinenz sind hingegen die stationären Patienten stärker betroffen. Im Vergleich mit einer an Prostatakrebs erkrankten Referenzstichprobe berichten die Studienpatienten bessere Werte auf den Funktionsskalen, fühlen sich jedoch stärker belastet durch Symptome wie Urininkontinenz und den damit verbundenen Belastungen durch Inkontinenzhilfen.

Im Rahmen der **generischen Lebensqualität** (SF8) geben die ambulanten Patienten eine signifikant höhere körperliche Gesundheit an und berichten von einer besseren emotionalen Rollenfunktion und einem besseren psychischen Wohlbefinden. Die Unterschiede sind signifikant, die Mittelwertdifferenzen jedoch eher gering. Im Vergleich zu den Angaben einer deutschen Bevölkerungsstichprobe berichten die Krebspatienten eine signifikant schlechtere Lebensqualität.

4.3.3 Patientenseitige Angaben zur Erwerbsfähigkeit

Folgend sind Ergebnisse zum Thema Erwerbsfähigkeit aus Patientensicht aufgeführt. Bei den Items handelt es sich zum Teil um Fragen aus dem SIBAR (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation), die hier einzeln analysiert werden. Zusätzlich beantworteten die Patienten weitere berufsbezogene Fragen. Unter anderem handelt es sich um die selbst eingeschätzte berufliche Leistungsfähigkeit, den geplanten Zeitpunkt der beruflichen Rückkehr oder die Frage nach einer frühzeitigen Rentenplanung.

Absicht, in den Beruf zurückzukehren. Insgesamt berichten knapp 94% der Patienten, die Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen zu wollen. 2% haben dies bereits vor Antritt der Rehabilitation getan und 4% beabsichtigen nicht, in den Beruf zurückzukehren.

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Planungen signifikant voneinander. Während 95% der stationären Patienten in die Erwerbstätigkeit zurückkehren möchten, betrifft dies mit 81% signifikant weniger ambulante Patienten. Dafür sind mit knapp 8% signifikant mehr ambulante Patienten bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme in den Beruf zurückgekehrt im Vergleich zu 2% der stationären Patienten ($X^2(6)=51.881$, $p<.001$, Ergebnisse tabellarisch nicht aufgeführt).

Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit. Mit knapp 52% plant die Mehrheit der Patienten, innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme wieder in den Beruf zurückzukehren. 27% möchten dies bereits innerhalb eines Monats nach Rehabilitationsende tun

und 15% planen ein halbes Jahr Zeit ein. Unter 1% der Patienten möchten die Arbeit sofort wiederaufnehmen und knapp 5% berichten, länger als ein halbes Jahr zu benötigen (Tab. 4.49). Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich signifikant in ihren Rückkehrplänen voneinander. Während die Mehrheit der stationären Patienten eine Rückkehr innerhalb von drei Monaten nach Ende der Maßnahme einplant, trifft dies auf signifikant weniger ambulante Patienten zu (stat: 55%, amb: 34%). Diese planen mehrheitlich bereits innerhalb eines Monats zurückzukehren (stat: 25%, amb: 40%, $p < .001$, Tab. 4.49, Abb. 4.21).

Tab. 4.49: Geplanter Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
sofort	6	0.7	2	0.3	4	3.4	49.816	5	<.001
innerhalb eines Monats	221	26.9	174	24.7	47	40.2			
innerhalb von drei Monaten	424	51.6	384	54.5	40	34.2			
innerhalb von sechs Monaten	120	14.6	110	15.6	10	8.5			
nach sechs Monaten	38	4.6	24	3.4	14	12.0			
gar nicht mehr	13	1.6	11	1.6	2	1.7			

^AChi²-Test

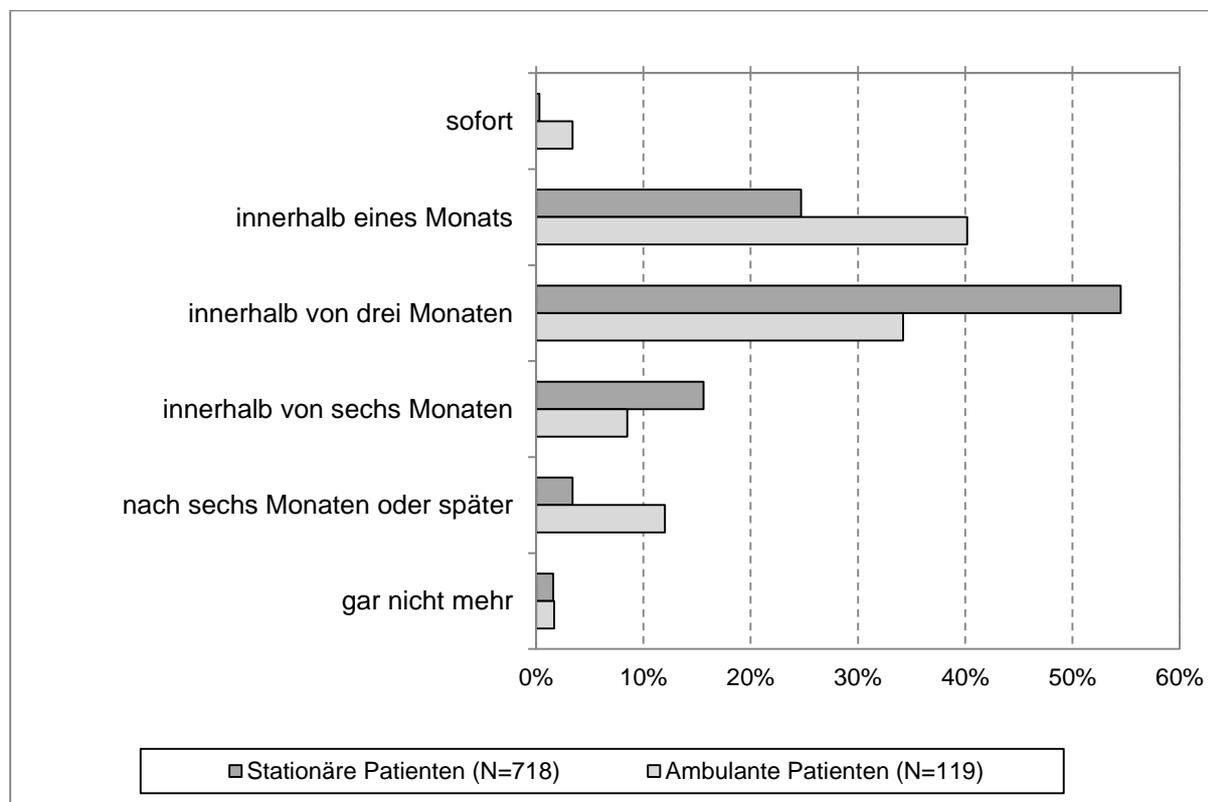


Abb. 4.21: Geplanter Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Aktuelle Leistungsfähigkeit. Die Mehrheit aller Patienten schätzt ihre Leistungsfähigkeit als eingeschränkt ein (65%). Während 12% angeben, voll leistungsfähig zu sein, berichten mit 23% mehr Patienten, aktuell gar keine Leistungsfähigkeit zu besitzen (Tab. 4.50).

Der Vergleich von stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass sich signifikant mehr ambulante als stationäre Patienten als voll leistungsfähig einschätzen (stat: 11%, amb: 19%). Letztere berichten mit 24% zu einem signifikant höheren Anteil, gar nicht leistungsfähig zu sein, was im ambulanten Setting auf 19% der Patienten zutrifft ($p=.040$, Tab. 4.50, Abb. 4.22).

Bezüglich der Ursache für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit geben die Patienten mehrheitlich an, dass dies durch die Krebserkrankung bedingt sei. Hier unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten nicht voneinander (stat: 87%, amb: 91%, Tab. 4.50).

Hinsichtlich der Frage, ob die bisherige berufliche Tätigkeit weiterhin ausgeübt werden kann, zeigt sich etwas mehr als die Hälfte der Patienten optimistisch (59%), während 13% unsicher sind und knapp 5% davon ausgehen, dass die Ausübung des Berufs nicht mehr möglich sein wird. Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich nicht signifikant in ihren Einschätzungen (Tab. 4.50).

Tab. 4.50: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Leistungseinschätzung aus Patientensicht	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
eigene Leistungseinschätzung									
voll leistungsfähig	99	11.9	77	10.8	22	18.5			
eingeschränkt leistungsfähig	539	64.9	464	65.2	75	63.0	6.453	2	.040
gar nicht leistungsfähig	193	23.2	171	24.0	22	18.5			
eingeschränkte Leistung									
durch die Krebserkrankung	689	87.2	592	86.7	97	90.7			
durch eine andere Erkrankung	26	3.3	24	3.5	2	1.9	1.459	2	.482
sowohl durch die Krebs- wie eine andere Erkrankung	75	9.5	67	9.8	8	7.5			
Möglichkeit, die bisherige berufliche Tätigkeit trotz Beschwerden ausüben zu können									
nein, sicher nicht	13	1.6	12	1.7	1	0.8			
vermutlich nicht	27	3.2	24	3.4	3	2.5			
unsicher	105	12.6	95	13.3	10	8.4	8.233	4	.083
vielleicht ja	199	23.9	178	24.9	21	17.6			
ja, bestimmt	489	58.7	405	56.7	84	70.6			

^AChi²-Test

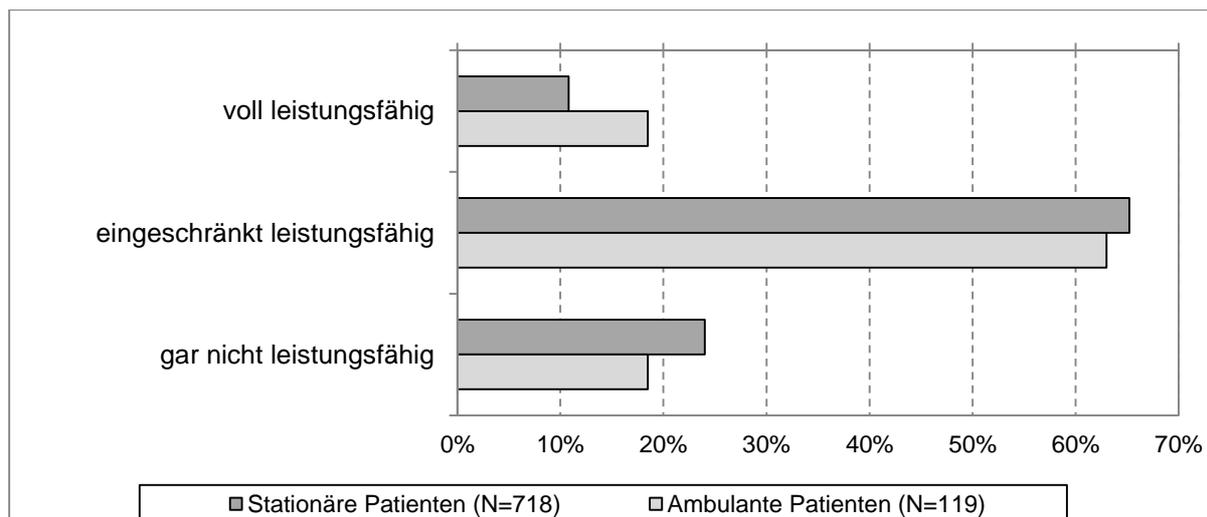


Abb. 4.22: Subjektive Prognose der beruflichen Leistungsfähigkeit (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Zukünftige Erwerbstätigkeit. Knapp 24% der Patienten sehen sich dauerhaft in ihrer Erwerbstätigkeit gefährdet und planen einen Antrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit zu stellen (Tab. 4.51).

Während sich die beiden Patientengruppen nicht darin unterscheiden, wie sie die Gefährdung der Erwerbstätigkeit einschätzen, so geben doch signifikant mehr stationäre Patienten an (26%), einen Antrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit stellen zu wollen. Dies trifft mit 16% auf signifikant weniger ambulante Patienten zu ($p=.034$, Tab. 4.51, Abb. 4.23).

Tab. 4.51: Eigene Einschätzungen bezüglich der Erwerbstätigkeit bis ins Rentenalter (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Erwerbstätigkeit bis zum Rentenalter	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Dauerhafte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch den jetzigen Gesundheitszustand									
ja	193	23.7	173	24.5	22	18.6	1.937	1	.164
Planung eines Antrags auf verminderte Erwerbsfähigkeit									
ja	197	24.2	178	25.5	19	16.4	4.481	1	.034
Gefahr in den nächsten Jahren, die Arbeit zu verlieren									
nein	645	77.8	553	77.8	92	78.0			
ja, aus betrieblichen Gründen	60	7.2	48	6.8	12	10.2			
ja, wegen gesundheitlicher Probleme	59	7.1	52	7.3	7	5.9	2.545	3	.467
ja, wegen gesundheitlicher Probleme <u>und</u> aus betrieblichen Gründen	65	7.8	58	8.2	7	5.9			

^AChi²-Test

78% gehen davon aus, den Arbeitsplatz in den nächsten Jahren nicht zu verlieren. Jeweils 7% befürchten, dass dies aufgrund betrieblicher oder gesundheitlicher Probleme eintreten könnte. 8% der Patienten geben an, sowohl aus betrieblichen wie auch gesundheitlichen Gründen einen Verlust des Arbeitsplatzes zu befürchten. Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich hier in ihren Angaben nicht signifikant voneinander (Tab. 4.51).

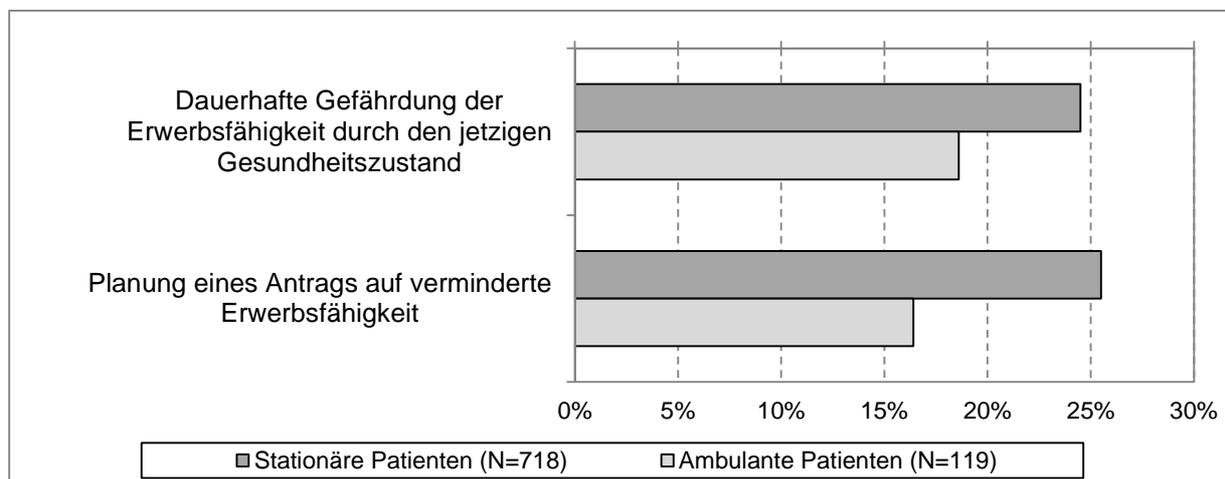


Abb. 4.23: Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Patientenseitige Angaben zur Erwerbsfähigkeit T1: Zusammenfassung

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich in einigen berufsbezogenen Parametern signifikant voneinander. Dies zeigt sich vor allem in der **Planung der Rückkehr zur Arbeit**. Im Gegensatz zu 3% der stationären Patienten, planen 11% der ambulanten Patienten, nicht mehr zur Arbeit zurückzukehren. Im Gegensatz dazu haben allerdings bereits 8% der ambulanten Patienten vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme wieder gearbeitet im Vergleich zu 2% der stationären Patienten. Auch bezüglich des **geplanten Zeitpunkts** werden Unterschiede deutlich. Die Mehrheit der stationären Patienten (55%) plant eine Rückkehr in den Beruf innerhalb von drei Monaten nach Rehabilitationsende, die Mehrheit der ambulanten Patienten (40%) möchte bereits innerhalb eines Monats nach Ende der Maßnahme die berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Mit diesen Angaben einhergehend zeigt sich auch eine bessere **Leistungseinschätzung** bei den ambulanten Patienten. Diese geben zu Beginn der Rehabilitation signifikant häufiger an, sich voll leistungsfähig zu fühlen (19%) als die stationären Patienten (12%). Ein Viertel der stationären Patienten berichtet, gar nicht leistungsfähig zu sein. Entsprechend planen 26% der stationären Patienten einen **Antrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit** zu stellen, was auf signifikant weniger ambulante Patienten zutrifft (16%).

4.3.4 Berufliche Belastung

Die Patienten machten Angaben zu ihrer beruflichen Situation, bestehenden beruflichen Belastungen und inwiefern Bedarf besteht, berufsbezogene Angebote im Rahmen der Rehabilitation wahrzunehmen. Folgend werden hierzu die Ergebnisse des adaptierten FLZ^M, des SIBAR, AVEM und ERI dargestellt.

4.3.4.1 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (FLZ^M)

Die Patienten geben eine durchschnittlich hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation und ihrer finanziellen Lage an (M=4.9, Tab. 4.52). Dies entspricht auch den Angaben in beiden Patientengruppen. Folglich liegen hier keine signifikanten Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten vor (Tab. 4.52).

Tab. 4.52: Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) und zur Art der beruflichen Tätigkeit (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Lebenszufriedenheit (FLZ^M)												
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^B	826	4.9	1.5	709	4.9	1.6	117	4.9	1.4	-0.088	824	.930
Finanzielle Lage^B	830	4.9	1.4	713	4.9	1.4	117	4.9	1.5	-0.032	828	.975
Art der beruflichen Tätigkeit	n	%		n	%		n	%		X²	df	p^C
vorwiegend geistig tätig	361	45.3		304	44.6		57	49.1				
vorwiegend körperlich tätig	98	12.3		84	12.3		14	12.1		0.867	2	.648
etwa gleichermaßen geistig und körperliche tätig	338	42.4		293	43.0		45	38.8				

^AT-Test, ^BSkala: 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“, ^CChi²-Test

Weiterhin beschreiben 45% der Patienten ihre berufliche Tätigkeit als vorwiegend geistig und 42% berichten etwa gleichermaßen geistig wie körperlich tätig zu sein. Mit 12% ist lediglich eine Minderheit der Patienten vorwiegend körperlich tätig. Hier sind die Angaben von stationären und ambulanten Patienten sehr ähnlich und sie unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Tab. 4.52).

4.3.4.2 Berufliche Belastung und Bedarf an berufsbezogenen Angeboten (SIBAR)

Insgesamt berichten 14% der Patienten von einer beruflichen Belastung. Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich bezüglich ihrer Angaben nicht signifikant voneinander (stat: 14%, amb: 13%, Tab. 4.53).

Tab. 4.53: Berufliche Belastung und Bedarf an berufsbezogenen Angeboten (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Berufliche Belastung (SIBAR)									
beruflich belastet	113	13.6	98	13.8	15	12.6	0.117	1	.733
nicht beruflich belastet	718	86.4	614	86.2	104	87.4			
Bedarf an berufsbezogenen Angeboten (SIBAR)									
Bedarf	149	18.4	140	20.2	9	7.6	10.669	1	.001
kein Bedarf	661	81.6	552	79.8	109	92.4			

^AChi²-Test

In Hinsicht auf den Bedarf an berufsbezogenen Angeboten in der Rehabilitation gibt mit 18% ein knappes Fünftel der Patienten einen Bedarf an. Die Mehrheit schätzt entsprechende Angebote zu Beginn der Rehabilitation als etwas oder nicht hilfreich ein. Der Vergleich von stationären und ambulanten Patienten zeigt einen signifikant höheren Bedarf auf Seiten der stationären Patienten. Von diesen äußern 20% einen Bedarf, während dies bei lediglich 8% der ambulanten Patienten der Fall ist (p=.001, Tab. 4.53).

4.3.4.3 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Berufliches Engagement. Die Autoren des AVEM ordnen der Dimension „Berufliches Engagement“ insgesamt fünf Subskalen zu (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Je höher die Punktzahl auf der Subskala, desto höher auch die Ausprägung der Eigenschaft. Auf den Subskalen Perfektionsstreben (M=22.4) und Distanzierungsfähigkeit (M=19.4) erreichen die Patienten der Gesamtstichprobe die höchsten Werte. Die niedrigste Punktzahl wird mit einem Mittelwert von 15.8 Punkten auf der Subskala Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit erreicht.

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich in ihren Angaben auf keiner der Subskalen signifikant voneinander (Tab. 4.54, Abb. 4.24).

Im Vergleich zu den Angaben einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) geben die Patienten der Gesamtstichprobe signifikant geringere Werte hinsichtlich des Beruflichen Ehrgeizes (Studienpatienten: M=16.7, Bevölkerungsstichprobe: M=19.1) und der Verausgabungsbereitschaft (Studienpatienten: M=17.6, Bevölkerungsstichprobe: M=19.0) an. Hinsichtlich der Subskala Distanzierungsfähigkeit erreichen die Studienpatienten im Durchschnitt mit 19.4 Punkten einen signifikant höheren Wert im Vergleich zu 18.1 Punkten in der Bevölkerungsstichprobe. Die Mittelwertunterschiede auf den drei Subskalen sind jedoch sehr gering und klinisch nicht relevant (T-Tests, jeweils p<.001, siehe im Anhang Tab. B.10 für statistische Kennwerte, Tab. 4.54).

Tab. 4.54: AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und Werte in einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^B	Bevölkerungsstichprobe ^A (N=1636)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				n	M	SD
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit ^C	811	15.8	5.0	693	15.9	5.0	118	15.5	4.8	0.688	809	.491	1636	16.0	4.9
Beruflicher Ehrgeiz ^C	801	16.7	4.4	687	16.7	4.4	114	16.5	4.4	0.462	799	.644	1636	19.1	4.9
Verausgabungsbereitschaft ^C	802	17.6	5.0	684	17.7	5.1	118	17.5	4.6	0.315	800	.753	1636	19.0	4.4
Perfektionsstreben ^C	810	22.4	4.3	695	22.5	4.3	115	21.7	4.2	1.822	808	.069	1636	22.6	4.0
Distanzierungsfähigkeit ^C	819	19.4	5.2	700	19.3	5.2	119	20.1	5.4	-1.415	817	.157	1636	18.1	5.1

^A(Schaarschmidt & Fischer, 2006), ^BT-Test, ^Cpro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

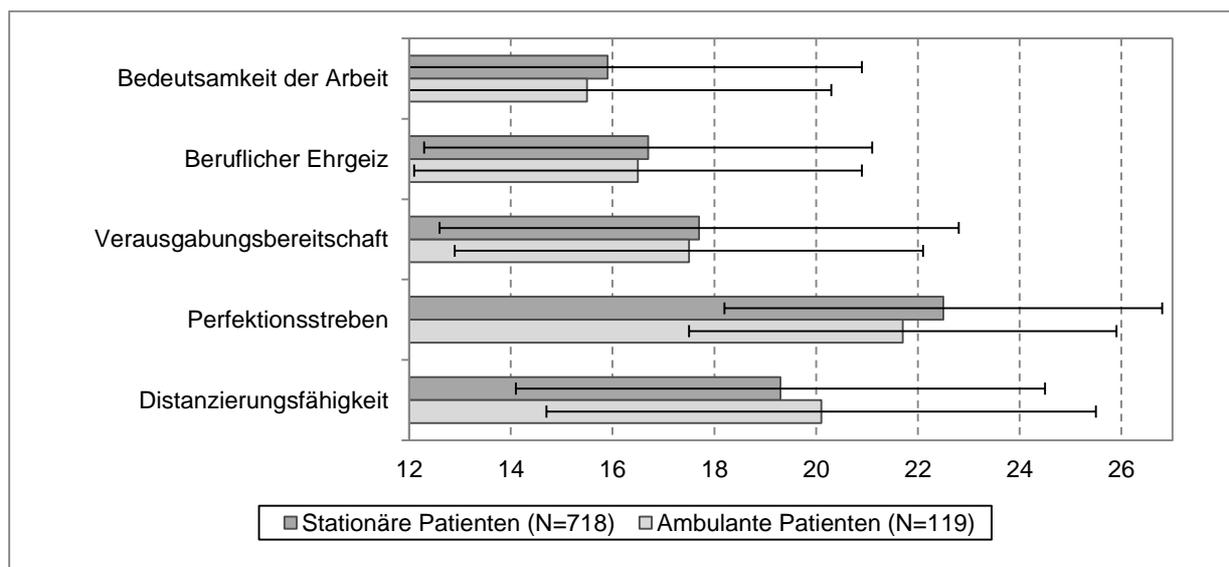


Abb. 4.24: Skala „Berufliches Engagement“ (AVEM; Skala 5-30) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Widerstandskraft. Die Widerstandskraft innerhalb des Berufslebens wird anhand von drei Subskalen erhoben (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Während die Patienten der Gesamtstichprobe auf der Subskala Offensive Problembewältigung mit einem Mittelwert von 22.2 Punkten den höchsten Wert erreichen, liegt die durchschnittliche Punktzahl für die Innere Ruhe und Ausgeglichenheit bei 20.3 Punkten und für die Resignationstendenz bei 14.7 Punkten.

Ein Vergleich der stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass die stationären Patienten auf der Subskala Resignationstendenz mit 14.8 Punkten im Durchschnitt eine signifikant etwas höhere Ausprägung angeben als ambulante Patienten mit einem Mittelwert von 13.8 Punkten ($p=.025$). Auf den anderen beiden Subskalen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander (Tab. 4.55, Abb. 4.25).

Tab. 4.55: AVEM-Skala „Widerstandskraft“ (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und Werte in einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T			Bevölkerungsstichprobe ^A (N=1636)				
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^B	d ^C	n	M	SD	
Widerstandskraft																	
Resignationstendenz ^D	813	14.7	4.5	695	14.8	4.6	118	13.8	3.9	2.241	811	.025	0.2	1636	14.5	4.2	
Offensive Problembewältigung ^D	809	22.2	3.6	693	22.1	3.6	116	22.3	3.5	-0.383	807	.702	--	1636	22.5	3.5	
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit ^D	809	20.3	4.5	692	20.2	4.5	117	20.5	4.4	-0.533	807	.594	--	1636	20.6	4.2	

^A(Schaarschmidt & Fischer, 2006), ^BT-Test, ^CEffektstärke Cohen's d, ^Dpro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

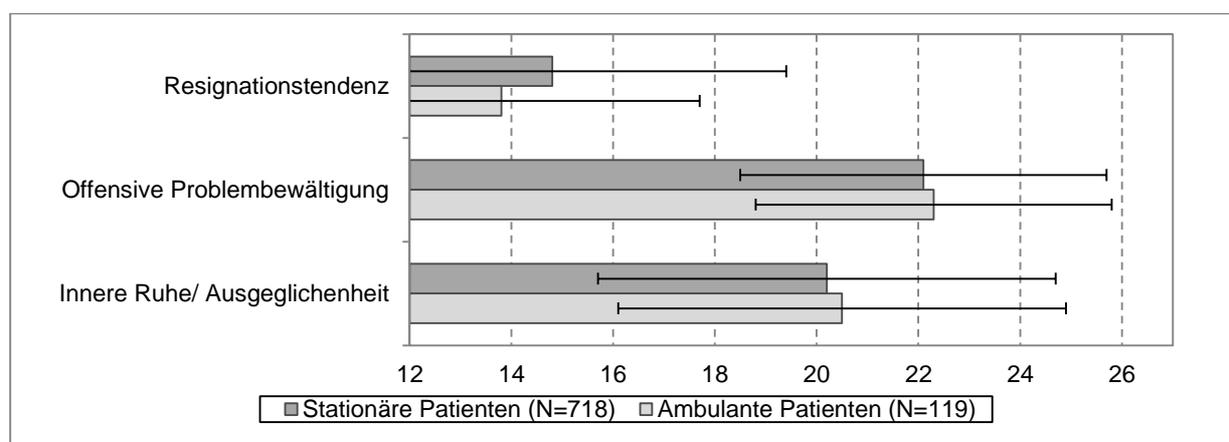


Abb. 4.25: Skala „Widerstandskraft“ (AVEM; Skala 5-30) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Die Gegenüberstellung der Werte von Studienstichprobe und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) zeigt signifikante Unterschiede auf zwei der drei Subskalen (T-Tests, siehe im Anhang Tab. B.11 für statistische Kennwerte). So berichten die Studienpatienten von einer signifikant geringeren Offensiven Problembewältigung (Studienpatienten M=22.2, Bevölkerungsstichprobe M=22.5, $p=.007$) und einer geringeren Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit (Studienpatienten M=20.3, Bevölkerungsstichprobe M=20.6, $p=.034$). Allerdings handelt es sich um sehr geringe Unterschiede, die klinisch nicht relevant sind (Tab. 4.55).

Emotionen und Wohlbefinden. Um die emotionale Situation der Patienten abzubilden, werden drei Subskalen eingesetzt (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Während die Patienten der Gesamtstichprobe auf der Subskala Erfolgserleben im Beruf einen Mittelwert von 22.5 Punkten erreichen, geben die Patienten auf der Subskala Erleben sozialer Unterstützung mit einem Durchschnittswert von 23.6 Punkten die höchste Punktzahl an. Auf der Subskala Lebenszufriedenheit liegen die Angaben im Mittel bei 22.2 Punkten.

Ein Vergleich der beiden Patientengruppen macht deutlich, dass sich stationäre und ambulante Patienten auf allen drei Subskalen nicht signifikant voneinander unterscheiden (Tab. 4.56, Abb. 4.26).

Tab. 4.56: AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und Werte in einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			Bevölkerungsstichprobe ^A (N=1636)					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^B	n	M	SD
Erfolgserleben im Beruf ^C	804	22.5	4.1	690	22.6	4.1	114	22.4	4.2	0.442	802	.659	1636	21.9	4.0
Lebenszufriedenheit ^C	810	22.2	3.9	694	22.3	4.0	116	21.9	3.8	0.926	808	.355	1636	21.5	3.9
Erleben sozialer Unterstützung ^C	800	23.6	3.7	686	23.6	3.7	114	23.6	3.7	0.163	798	.870	1636	22.5	4.1

^A(Schaarschmidt & Fischer, 2006), ^BT-Test, ^Cpro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

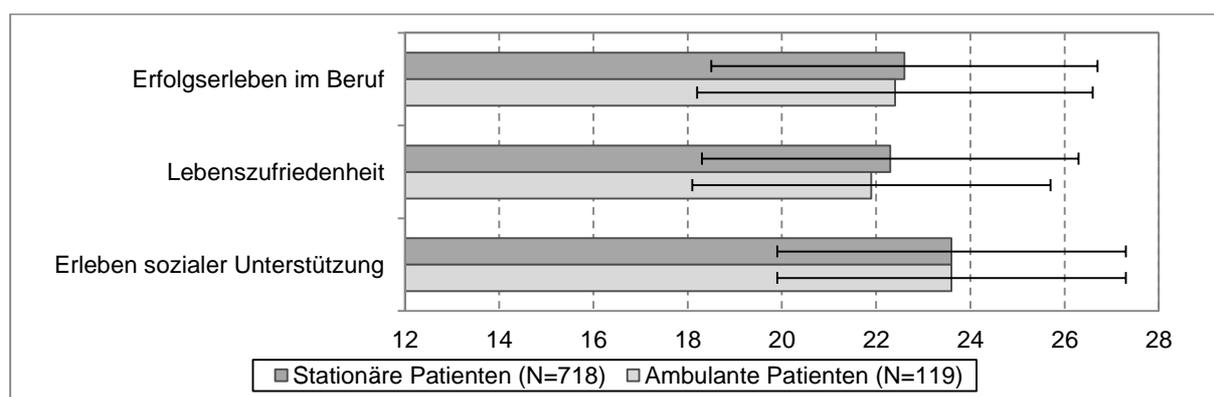


Abb. 4.26: Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (AVEM; Skala 5-30) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Im Vergleich zu einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) ergeben sich auf allen drei Skalen signifikante Unterschiede (T-Tests, jeweils $p < .001$, siehe im Anhang Tab. B.12 für statistische Kennwerte). Auf den Subskalen Erfolgserleben (Studienpatienten $M=22.5$, Bevölkerungsstichprobe $M=21.9$), Lebenszufriedenheit (Studienpatienten

ten $M=22.2$, Bevölkerungsstichprobe $M=21.5$) und Soziale Unterstützung (Studienpatienten $M=23.6$, Bevölkerungsstichprobe $M=22.5$) geben die Studienpatienten durchgängig signifikant höhere Werte an. Allerdings handelt es sich bei den Unterschieden um geringe Differenzen, die klinisch nicht relevant sind (Tab. 4.56).

4.3.4.4 Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)

Die Patienten der Gesamtstichprobe geben hinsichtlich der Verausgabung am Arbeitsplatz (Ergebnisse der Skala basieren auf der sechs Item-Version, (Siegrist et al., 2004)) einen durchschnittlichen Wert von 15.6 Punkten an (mögliches Maximum: 30 Punkte). Bezüglich der Belohnung liegt der Mittelwert bei knapp 48 Punkten (Maximum: 55 Punkte). Eine Unterteilung der Belohnungsskala in die drei Subskalen ergibt einen Durchschnittswert von 22.1 Punkten hinsichtlich Anerkennung (Maximum: 25 Punkte), 17.0 Punkten bezüglich der Bezahlung/ des Aufstiegs (Maximum 20: Punkte) und 8.7 Punkten im Rahmen der Arbeitsplatzsicherheit (Maximum: 10 Punkte). Gemessen an den maximalen Werten, die auf der Skala Belohnung und den Unterskalen erreichbar sind, berichten die Patienten von einer durchschnittlich hohen Belohnung in Bezug auf ihre Arbeit. Die Berechnung des ERI-Index' führt zu einem durchschnittlichen Wert von 0.63 Punkten. Entsprechend liegen die Patienten im Mittel unter dem Cut-Off-Wert von 1 und weisen im Durchschnitt kein Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise auf. Die Frage nach einer übersteigerten beruflichen Verausgabungsbereitschaft zeigt, dass die Patienten im Mittel bei 13.8 Punkten liegen (Maximum: 24 Punkte, Tab. 4.57).

Stationäre Patienten berichten im Mittel mit 15.7 Punkten eine signifikant höhere Verausgabung im Beruf im Vergleich zu ambulanten Patienten, die im Durchschnitt einen Wert von 14.9 Punkten angeben. Es handelt sich jedoch um einen geringen Unterschied ($p=.030$). Auf der Skala Belohnung und entsprechend auch auf den Unterskalen liegen die Angaben der beiden Patientengruppen dicht beieinander. Somit nehmen sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten eine hohe Belohnung am Arbeitsplatz wahr. Die Berechnung des ERI-Index' macht einen geringen aber signifikanten Unterschied der Patientengruppen deutlich, der durch die unterschiedliche Wahrnehmung der Verausgabung im Beruf bedingt ist. Entsprechend weisen stationäre Patienten mit einem Index von 0.64 Punkten einen signifikant etwas höheren Wert auf im Vergleich zu ambulanten Patienten, die im Durchschnitt bei 0.58 Punkten liegen ($p=.019$). Sowohl stationäre als auch ambulante Patienten sind damit im Durchschnitt nicht als Risikogruppen einzuschätzen. Patienten aus dem stationären Setting geben eine übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft von durchschnittlich 14.0 Punkten an, ambulante Patienten liegen mit einem Mittelwert von 13.0 Punkten signifikant niedriger. Auch in diesem Fall handelt es sich jedoch lediglich um einen geringen Unterschied, der klinisch nicht relevant ist (Tab. 4.57, Abb. 4.27).

Tab. 4.57: ERI-Skalen und Risiko-Index (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837) und Werte in einer Bevölkerungsstichprobe (N=709)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			Bevölkerungsstichprobe ^A (N=3168)						
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^B	d ^C	n	M	SD
Berufliches Engagement																
Verausgabung ^D	829	15.6	4.8	711	15.7	4.6	118	14.9	3.9	1.943	176.010	.030	0.2	709	15.0	4.0
Belohnung ^E	789	47.9	7.1	675	47.7	7.2	114	48.7	6.5	-1.270	787	.205	--	709	44.8	7.9
Risiko-Index ^F	787	0.63	0.3	674	0.64	0.3	113	0.58	0.2	2.355	197.686	.019	0.2	709	0.65	0.3
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft ^G	826	13.8	3.8	708	14.0	3.8	118	13.0	3.8	2.524	824	.012	0.3	709	14.2	3.0
Unterskalen der Belohnung																
Anerkennung	813	22.1	3.4	697	22.0	3.5	116	22.6	2.9	-1.840	175.101	.067	--	--	--	--
Arbeitsplatzsicherheit	819	8.7	2.0	700	8.7	2.1	119	8.9	1.8	-1.128	177.206	.261	--	--	--	--
Bezahlung/Aufstieg	803	17.0	3.0	687	17.0	3.0	116	17.2	2.8	-0.766	801	.444	--	--	--	--

^A(Kudielka et al., 2004), ^BT-Test, ^CEffektstärke Cohen's d, ^D6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabung), ^E11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung), ^Ferhöhtes Frühberentungsrisiko ab einem Wert ≥ 1 , ^G6 Items mit 4-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabungsbereitschaft)

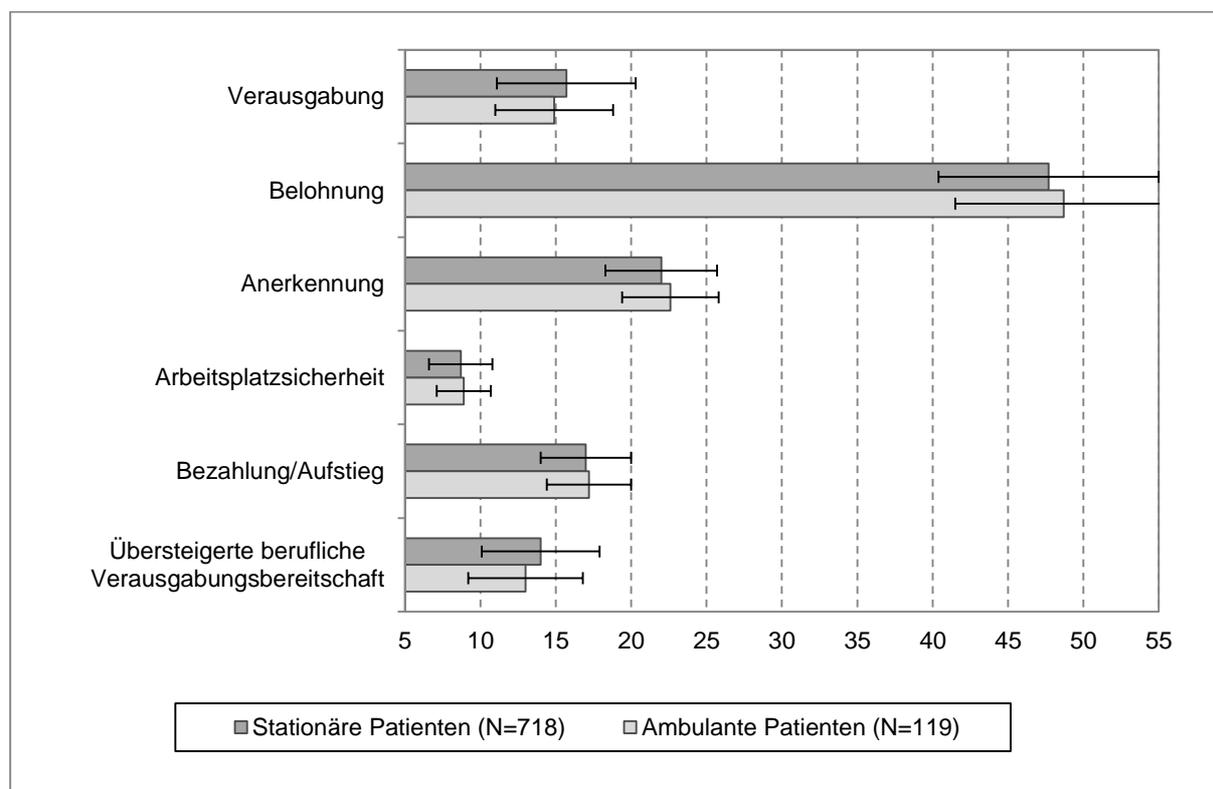


Abb. 4.27: ERI-Skalen und Subskalen (Range zwischen 2-55) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Im Vergleich zu einer gemischten Bevölkerungsstichprobe (Kudielka et al., 2004) ergeben sich auf den drei Hauptskalen signifikante Unterschiede zur Patientenstichprobe (T-Tests, siehe im Anhang Tab. B.13 für statistische Kennwerte). Die Patienten berichten sowohl eine signifikant höhere Verausgabung (Studienpatienten $M=15.6$, Bevölkerungsstichprobe $M=15.0$, $p<.001$) wie auch ein höheres Belohnungsempfinden im Beruf (Studienpatienten $M=47.9$, Bevölkerungsstichprobe $M=44.8$, $p<.001$). Weiterhin berichten die Patienten eine etwas höhere Verausgabungsbereitschaft (Studienpatienten $M=13.8$, Bevölkerungsstichprobe $M=14.2$, $p=.009$). Dennoch liegen die Unterschiede zwischen den Gruppen auf allen Skalen in einem niedrigen Bereich und sind als klinisch nicht relevant einzuschätzen (Tab. 4.57).

Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise. Knapp 9.3% der Gesamtstichprobe erreichen durch ihre Angaben einen Risiko-Index-Wert von 1 oder über 1. Entsprechend weisen sie das Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise auf. Ein Vergleich von stationären und ambulanten Patienten zeigt auf, dass knapp 10% der stationären und 5% der ambulanten Patienten über dem Cut-Off-Wert liegen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch nicht signifikant.

Berufliche Belastung T1: Zusammenfassung

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation finden sich keine Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen. Mit 13 bis 14% geben ähnlich viele stationäre wie ambulante Patienten eine konkrete **berufliche Belastung** an, wobei allerdings ein sehr viel höherer Anteil der stationären Patienten zusätzlich einen **Bedarf an berufsbezogenen Angeboten** äußert (SIBAR). Hier sind 20% der Patienten an Angeboten interessiert, während dies mit 8% auf signifikant weniger ambulante Patienten zutrifft.

In Bezug auf **berufliche Verhaltensmuster** zeigen die Auswertungen, dass sich die Patientengruppen kaum voneinander unterscheiden (AVEM). Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass eine der beiden Gruppen eine problematischere Ausgangssituation hinsichtlich beruflicher Verhaltensmuster aufweist. Auch wenn es im Vergleich zu einer männlichen Bevölkerungsstichprobe signifikante Unterschiede auf den meisten Skalen gibt, so sind die Differenzen marginal und klinisch nicht relevant. Ähnliches trifft auf die Angaben bezüglich bestehender **beruflicher Gratifikationskrisen** zu (ERI). Es bestehen geringe Unterschiede zwischen den Patientengruppen wie auch im Vergleich zu einer Bevölkerungsstichprobe. Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse jedoch, dass die Patienten wenig belastet sind und besonders im Bereich der Belohnungen hohe Werte erzielen. Dies geht einher mit der hohen beruflichen Zufriedenheit, die die Patienten - unabhängig vom ERI - geäußert haben.

4.3.5 Rehabilitationsmotivation und Erwartungen

4.3.5.1 Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20)

Die sechs Skalen des PAREMO-20 bilden einzelne Aspekte der Rehabilitationsmotivation der Patienten ab. Je höher die erreichte Punktzahl pro Skala (Range 3-16), desto höher ist die Ausprägung des Merkmals. Die Patienten der Gesamtstichprobe geben die höchsten Werte auf der Skala Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn an (M=10.8). Mit einem Wert von durchschnittlich 9.8 Punkten liegen die Einschätzungen der Patienten auf der Skala Körperbedingte Einschränkungen knapp dahinter. Mit einem Mittelwert von 4.6 wird auf der Skala Skepsis der geringste Wert angegeben.

Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten werden auf den Skalen körperbedingte Einschränkungen und Informationsstand bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme deutlich. Während die stationären Patienten eine signifikant höhere Körperbedingte Einschränkung berichten (stat: M=9.9, amb: M=9.3, p=.046), geben die ambulanten Patienten an, sich besser informiert zu fühlen (stat: M=9.0, amb: M=9.5, p=.041; Tab. 4.58, Abb. 4.28). Auf beiden Skalen handelt es sich jedoch um geringe Unterschiede.

Tab. 4.58: Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20) (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20)	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Seelischer Leidensdruck ^C	819	5.6	2.4	701	5.6	2.4	118	5.2	2.1	1.827	172.113	.069	--
Körperbedingte Einschränkungen ^D	813	9.8	3.1	695	9.9	3.0	118	9.3	3.3	2.000	811	.046	0.2
Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn ^D	780	10.8	2.7	670	10.9	2.7	110	10.7	2.7	0.712	778	.477	--
Änderungsbereitschaft ^C	818	6.3	2.4	703	6.3	2.4	115	6.0	2.3	1.281	816	.201	--
Informationsstand bzgl. der Rehabilitationsmaßnahme ^C	828	9.1	2.4	710	9.0	2.4	118	9.5	2.3	-2.049	826	.041	-0.2
Skepsis ^C	826	4.6	1.7	707	4.6	1.7	119	4.6	1.6	0.490	824	.624	--

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d, ^Cpro Skala drei Items auf einer 4-stufigen Likertskala (1=stimmt nicht bis 4=stimmt), ^Dpro Skala vier Items auf einer 4-stufigen Likertskala (1=stimmt nicht bis 4=stimmt)

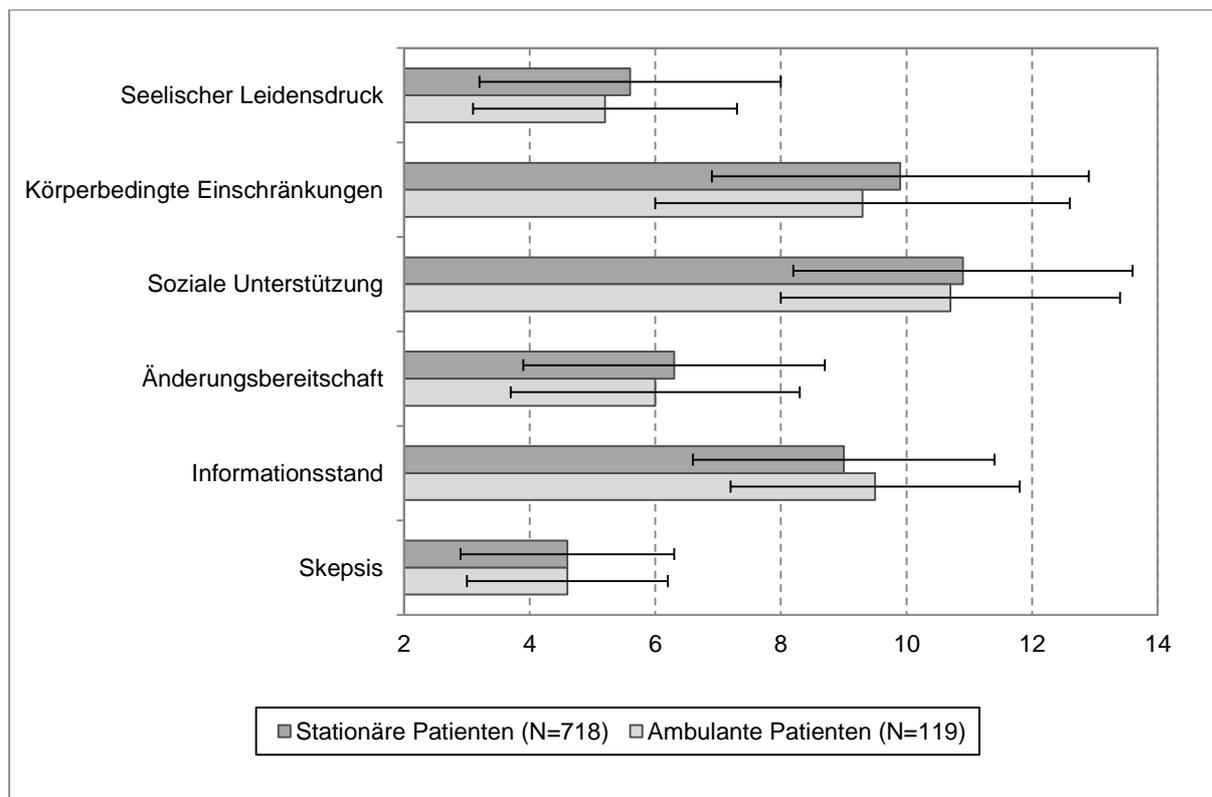


Abb. 4.28: Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20, Skalen 1, 4 & 6: 3-12 bzw. Skalen 2, 3 & 5: 4-16) (T1) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

4.3.5.2 Erwartungen an die Rehabilitation

Zu Beginn der Rehabilitation gaben die Patienten an, in welchem Ausmaß sie sich in insgesamt sieben verschiedenen Bereichen Hilfe von der Maßnahme erhoffen. Es wird eine vierstufige Skala verwendet, die von 1 „gar nicht“ bis 5 „sehr stark“ reicht.

Die meiste Hilfe erwarten sich die Patienten der Gesamtstichprobe bezüglich der körperlichen Gesundheit (M=4.3). In allen anderen Bereichen (Schmerzen, Familie/Partnerschaft, Kontakt mit anderen, Seelisches Befinden, Arbeit und Beruf, Sonstiges) liegt die Erwartungshaltung im mittleren Bereich (M=2.6 bis M=3.3).

Ein Vergleich von stationären und ambulanten Patienten zeigt signifikante Unterschiede auf fünf der sieben Skalen. So berichten die stationären Patienten durchweg etwas höhere Erwartungen. Bezüglich Familie/Partnerschaft und Kontakt mit anderen erwarten die stationären Patienten im Durchschnitt eine mittlere Unterstützung (M=2.7 bis M=2.9), während die ambulanten Patienten im Durchschnitt wenig Unterstützung erwarten (M=2.1 bis M=2.3, $p < .001$). Auf den Skalen Seelisches Befinden, Arbeit und Beruf sowie Sonstiges weichen die Angaben der Patientengruppen lediglich marginal voneinander ab ($p = .001$ bis $p = .015$, Tab. 4.59).

Tab. 4.59: Erwartungen an die Rehabilitation in bestimmten Bereichen (T1) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Bereiche, in denen Hilfe im Rahmen der Rehabilitation erwartet wird	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Körperliche Gesundheit ^C	830	4.3	0.7	711	4.3	0.7	119	4.2	0.8	1.919	828	.055	--
Schmerzen ^C	803	3.1	1.4	684	3.2	1.4	119	2.9	1.4	1.655	801	.098	--
Familie/Partnerschaft ^C	809	2.8	1.4	692	2.9	1.4	117	2.3	1.3	4.672	167.834	<.001	0.4
Kontakt mit anderen ^C	810	2.6	1.2	694	2.7	1.2	116	2.1	1.2	5.234	808	<.001	0.5
Seelisches Befinden ^C	817	3.0	1.3	699	3.1	1.3	118	2.8	1.2	2.550	815	.011	0.2
Arbeit und Beruf ^C	813	3.3	1.4	696	3.3	1.4	117	3.0	1.3	2.458	163.824	.015	0.2
Sonstiges ^C	733	2.9	1.3	631	3.0	1.3	102	2.6	1.3	3.216	731	.001	0.3

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d, ^CSkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Rehabilitationsmotivation und Erwartungen T1: Zusammenfassung

Beide Patientengruppen unterscheiden sich kaum hinsichtlich der Motivation für die Rehabilitation. Stationäre Patienten geben zwar etwas stärkere körperbedingte Einschränkungen an als ambulante Patienten und einen etwas geringeren Informationsstand bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme, die Differenzen sind allerdings marginal und klinisch nicht relevant. Ähnlich ist es mit den Erwartungen an Hilfestellungen, die die Patienten zu Beginn der Maßnahme in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche angeben. Die Erwartungen der stationären Patienten sind im Durchschnitt höher, allerdings nur um wenige Punktwerte. Entsprechend weisen beide Patientengruppen hier eine ähnliche Ausgangssituation auf.

4.4 Therapeutische Leistungen (KTL-Daten)

Im Folgenden werden die therapeutischen Leistungen aufgeführt, die die Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben. Dabei werden folgende Leistungsgruppen für alle Patienten gemeinsam und getrennt für stationäre und ambulante Patienten berichtet: „Sport- und Bewegungstherapie“, „Physiotherapie“, „Information, Motivation und Schulung“, „Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie“, „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie“, „Klinische Psychologie, Neuropsychologie“, „Reha-Pflege“, „Physikalische Therapie“, „Rekreationstherapie“ und „Ernährung“. Neben der Information, wie viele Patienten jeweils Leistungen aus den einzelnen Bereichen erhalten haben, wird zudem die Intensität der Anwendungen untersucht. Diese setzt sich aus der durchschnittlichen Anzahl an Leistungen pro Woche zusammen, die die Patienten während ihres Aufenthaltes im Rahmen einer der Leistungsgruppen in Anspruch genommen haben.

Sehr häufig erbrachte Leistungen (Def.: mindestens 75% der Patienten in der Gesamtstichprobe haben Leistung erhalten). Mit knapp 99% haben fast alle Patienten in der Gesamtstichprobe Physiotherapie sowie Leistungen aus dem Bereich Information und Schulung erhalten. Auch die Sozialarbeit wurde mit einem Anteil von durchschnittlich 94% häufig in Anspruch genommen. 86% der Patienten nahmen physikalische Therapie wahr, während 82% der Patienten psychologische Beratung aufsuchten (Tab. 4.60).

Ein Vergleich der Patientengruppen bezüglich der Inanspruchnahme und Intensität der Leistungen pro Woche zeigt, dass die stationären Patienten in allen Bereichen außer der physikalischen Therapie, die benannten Leistungen zu einem signifikant höheren Anteil erhalten haben ($p < .001$ bis $p = .005$). Die Unterschiede werden am deutlichsten hinsichtlich der Sozialarbeit (stat: 95%, amb: 84%) und der psychologischen Betreuung (stat: 84% amb: 73%). Bezüglich der Intensität sind vor allem die wöchentlichen Leistungen im Bereich der Information und Schulung hervorzuheben sowie im Rahmen der physikalischen Therapie. In beiden Fällen haben die stationären Patienten durchschnittlich acht Termine in der Woche erhalten, während ambulante Patienten zwischen drei (Information, Schulung) und vier Sitzungen (Physikalische Therapie) wahrgenommen haben (jeweils $p < .001$, Tab. 4.60). Die Intensitäten in den anderen Leistungsbereichen unterscheiden sich ebenfalls signifikant, es handelt sich allerdings um geringe Differenzen.

Tab. 4.60: Häufigkeit und Intensität der therapeutischen Leistungen während der Rehabilitation in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Therapeutische Leistungen	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		X ² , T	df	p	d ^A
	n	% / M (SD)	n	% / M (SD)	n	% / M (SD)				
Sport- und Bewegungstherapie										
Leistung erhalten (%)	267	31.9	161	22.4	106	89.1	208.757	1	<.001 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	267	5.5 (1.9)	161	5.3 (2.1)	106	5.8 (1.6)	-1.948	259.139	.052 ^D	--
Physiotherapie										
Leistung erhalten (%)	825	98.6	714	99.4	111	93.3	-	-	<.001 ^C	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	825	8.0 (1.5)	714	7.8 (1.2)	111	9.0 (2.4)	-4.970	119.402	<.001 ^D	-0.6
Information, Motivation, Schulung										
Leistung erhalten (%)	825	98.6	714	99.4	111	93.3	-	-	<.001 ^C	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	825	7.1 (2.8)	714	7.7 (2.5)	111	3.4 (1.2)	29.158	304.813	<.001 ^D	2.2
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie										
Leistung erhalten (%)	784	93.7	684	95.3	100	84.0	21.709	1	<.001 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	784	0.9 (0.6)	684	1.0 (0.6)	100	0.6 (0.4)	7.773	177.441	<.001 ^D	0.8
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie										
Leistung erhalten (%)	464	55.4	433	60.3	31	26.1	48.489	1	<.001 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	464	0.4 (0.4)	433	0.4 (0.4)	31	0.9 (0.7)	-3.878	31.531	.001 ^D	-0.8
Klinische Psychologie und Neuropsychologie										
Leistung erhalten (%)	688	82.2	601	83.7	87	73.1	7.832	1	.005 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	687	1.5 (0.7)	601	1.4 (0.7)	86	1.9 (0.9)	-5.119	97.842	<.001 ^D	-0.6
Psychotherapie										
Leistung erhalten (%)	5	0.6	5	0.7	-	-	-	-	. ^E	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	5	0.6 (0.1)	5	0.6 (0.1)	-	-	-	-	. ^E	--
Reha-Pflege										
Leistung erhalten (%)	575	68.7	499	69.5	76	63.9	1.506	1	.220 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	575	3.2 (2.9)	499	3.5 (3.0)	76	1.2 (1.0)	13.215	344.566	<.001 ^D	1.0
Physikalische Therapie										
Leistung erhalten (%)	717	85.7	616	85.8	101	84.9	0.070	1	.791 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	717	7.5 (3.5)	616	8.1 (3.2)	101	3.5 (2.2)	18.278	181.117	<.001 ^D	1.7
Rekreationstherapie										
Leistung erhalten (%)	215	25.7	211	29.4	4	3.4	-	-	. ^E	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	215	1.0 (2.3)	211	0.9 (2.1)	4	7.3 (4.3)	-	-	. ^E	--
Ernährung										
Leistung erhalten (%)	56	6.7	34	4.7	22	18.5	30.924	1	<.001 ^B	--
Anzahl der Leistungen pro Woche (M/SD)	56	5.7 (2.9)	34	6.3 (3.5)	22	4.7 (0.6)	2.611	36.060	.013 ^D	0.6

^AEffektstärke Cohen's d, ^BChi²-Test, ^CExakter Test nach Fisher, ^DT-Test; ^EAufgrund zu geringer Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung der Gruppenunterschiede vorgenommen

Häufig erbrachte Leistungen (Def.: mindestens 50% der Patienten in der Gesamtstichprobe haben Leistung erhalten). Mit 69% hat ein überwiegender Teil der Patienten Leistungen aus dem Bereich der Reha-Pflege erhalten. Ebenfalls häufig sind mit durchschnittlich 55% Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien durchgeführt worden (Tab. 4.60).

Stationäre und ambulante Patienten haben zwar zu einem ähnlich hohen Anteil Reha-Pflege in Anspruch genommen, allerdings wurden die stationären Patienten im Durchschnitt mit vier Leistungen pro Woche häufiger versorgt als ambulante Patienten. Letztere haben durchschnittlich eine Leistung aus diesem Bereich in Anspruch genommen ($p < .001$). Mit 60% haben signifikant mehr stationäre Patienten im Vergleich zu 26% der ambulanten Patienten eine Ergotherapie o.ä. erhalten ($p < .001$). Allerdings unterscheiden sich beide Gruppen nur marginal in der Intensität voneinander (stat: $M=0.4$, amb: $M=0.9$, $p=.001$, Tab. 4.60).

Selten erbrachte Leistungen (Def.: weniger als 40% der Patienten in der Gesamtstichprobe haben Leistung erhalten). 32% der Gesamtstichprobe haben im Rahmen der Rehabilitation Leistungen aus dem Bereich der Sport- und Bewegungstherapie erhalten und 26% wurden im Rahmen einer Rekreationstherapie mitbehandelt. Mit 7% wurden selten Leistungen aus dem Bereich der Ernährung erbracht und lediglich 1% der Patienten wurde psychotherapeutisch behandelt (Tab. 4.60).

Ein Vergleich der beiden Patientengruppen macht deutlich, dass ambulante Patienten mit 89% signifikant mehr Sport- und Bewegungstherapie erhalten haben als stationäre Patienten mit 22% ($p < .001$). Dies gilt ebenfalls für Leistungen aus dem Bereich der Ernährung. Hier haben 5% der stationären und 19% der ambulanten Patienten Beratung erhalten ($p < .001$). Bezüglich der Intensität liegen in beiden Gruppen ähnliche Werte vor (stat: $M=6.3$, amb: $M=4.7$, $p=.013$). In Hinblick auf die Rekreationstherapie wiederum ist ein größerer Anteil an stationären Patienten zu verzeichnen, der Leistungen aus diesem Bereich erhalten hat (stat: 29%, amb: 3%). Eine statistische Überprüfung der Unterschiede in Bezug auf den Anteil und die Intensität war aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich. Bezüglich der Psychotherapie haben mit knapp 1% sehr wenige stationäre Patienten eine Leistung erhalten. Ambulante Patienten haben gar keine Behandlung aus diesem Bereich in Anspruch genommen (Tab. 4.60).

KTL-Daten: Zusammenfassung

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich der erhaltenen Leistungen vor allem in Bezug auf Sport- und Bewegungstherapie und Ernährungsberatungsangebote. In beiden Fällen haben ambulante Patienten im Vergleich zu stationären Patienten häufiger Leistungen in Anspruch genommen. Hinsichtlich der Intensität der Therapien finden sich lediglich geringe Unterschiede. Stationäre Patienten hingegen haben vor allem mehr Leistungen im Hinblick auf Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien erhalten. Während in dieser Gruppe mit 60% mehr als die Hälfte der Patienten Beratungen in Anspruch genommen haben, gilt dies nur für ein Viertel der ambulanten Patientengruppe. Bezüglich der Intensität unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch kaum voneinander. Dies gilt eher für die Bereiche Information und Schulung, Reha-Pflege sowie die Physikalische Therapie. In allen drei Leistungsgruppen haben die stationären Patienten signifikant mehr Leistungen pro Woche erhalten im Vergleich zu den ambulanten Patienten.

4.5 Ärztliche Angaben zur Erwerbsfähigkeit

Im Rahmen der Rehabilitations-Entlassberichte der Patienten machten die behandelnden Ärzte zum zweiten Messzeitpunkt Angaben zum sozialmedizinischen Leistungsbild der Patienten. Im Folgenden werden einzelne Aspekte berichtet, wie beispielsweise die Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate sowie die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Darüber hinaus werden die Ergebnisse hinsichtlich des positiven und negativen Leistungsvermögens dargestellt und die damit verbundenen ärztlichen Einschätzungen bezüglich der zukünftigen Tätigkeitsausübung (bspw. Arbeitsschwere und- haltung).

Die Ergebnisse werden für die gesamte Stichprobe berichtet sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten.

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate. Die Mehrheit aller Patienten (91%) ist in den letzten 3 Monaten vor Rehabilitationsbeginn arbeitsunfähig gewesen. Nur 6% sind bereits seit längerem in diesem Status.

Ein Vergleich der stationären und ambulanten Patienten zeigt, dass die ambulanten Patienten mit einem Anteil von 17% signifikant häufiger Arbeitsunfähigkeitszeiten von 3 bis 6 Monaten aufweisen als stationäre Patienten, die mit 93% mehrheitlich 0 bis 3 Monate arbeitsunfähig gewesen sind, bevor sie die Maßnahme angetreten haben ($p < .001$, Tab. 4.61, Abb. 4.29).

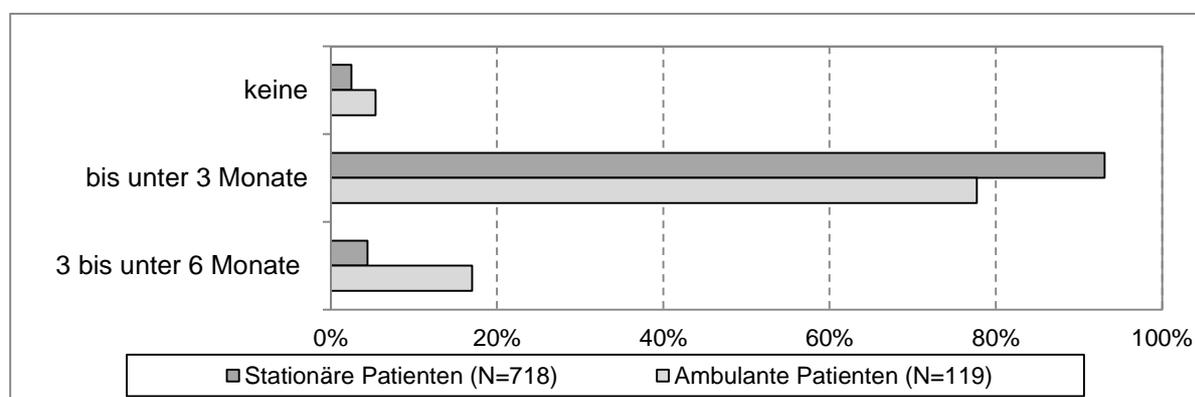


Abb. 4.29: Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Maßnahme (T2) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Tab. 4.61: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der momentanen Arbeitsfähigkeit sowie des positiven und negativen Leistungsvermögens (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme									
keine	24	2.9	18	2.5	6	5.4			
bis unter 3 Monate	749	91.0	662	93.1	87	77.7	30.482	2	<.001
3 bis unter 6 Monate	50	6.1	31	4.4	19	17.0			
Als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen									
ja	40	4.8	9	1.3	31	26.5	139.721	1	<.001
Positives Leistungsvermögen (Arbeitsschwere, -haltung, -organisation)									
keine wesentlichen Einschränkungen	126	15.3	66	9.3	60	53.1	145.022	1	<.001
Negatives Leistungsvermögen durch Einschränkung der/des									
geistigen/psychischen Belastbarkeit	9	1.1	9	1.3	-	-	-	-	_ ^B
Sinnesorgane	3	0.4	1	0.1	2	1.8	-	-	_ ^B
Bewegungs- und Halteapparat	687	83.3	645	90.6	42	37.2	199.808	1	<.001
Gefährdungs- und Belastungsfaktoren	55	6.7	22	3.1	33	29.2	107.056	1	<.001

^AChi²-Test, ^BAufgrund zu geringer Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung der Gruppenunterschiede vorgenommen

Sozialmedizinisches Leistungsbild. Insgesamt werden knapp 5% der Patienten arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen. Dabei weisen insgesamt 15% nach Ende der Maßnahme keine wesentlichen Einschränkungen auf. Entsprechend ist die Mehrheit der Patienten weiterhin belastet. Dies trifft vor allem auf Einschränkungen des Bewegungs- und Halteapparats zu, von denen 83% betroffen sind. Weniger häufig werden von ärztlicher Seite Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (7%) sowie Einschränkungen der geistigen/psychischen Belastbarkeit (1%) oder der Sinnesorgane angegeben (0.4%, Tab. 4.61).

Nach Ende der Rehabilitation werden signifikant mehr ambulante Patienten arbeitsfähig entlassen im Vergleich zu den stationären Patienten (stat: 1%, amb: 27%, p<.001). Dies spiegelt sich ebenfalls in einem signifikant höheren Anteil an ambulanten Patienten wieder, die nach Ende der Maßnahme keine Einschränkungen aufweisen. Während mit 53% knapp über die Hälfte der ambulanten Patienten ohne Einschränkungen die Klinik verlässt, trifft dies auf 9% der stationären Patienten zu (p<.001). Bezüglich der Ursachen für die Einschränkungen zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen. So weisen 91% der stationären Patienten und 37% der ambulanten Patienten Einschränkungen des Bewegungs- und Halteapparats auf. Letztere sind mit 29% signifikant häufiger Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ausgesetzt als stationäre Patienten mit knapp 3% (jeweils p<.001, Tab. 4.61, Abb. 4.30).

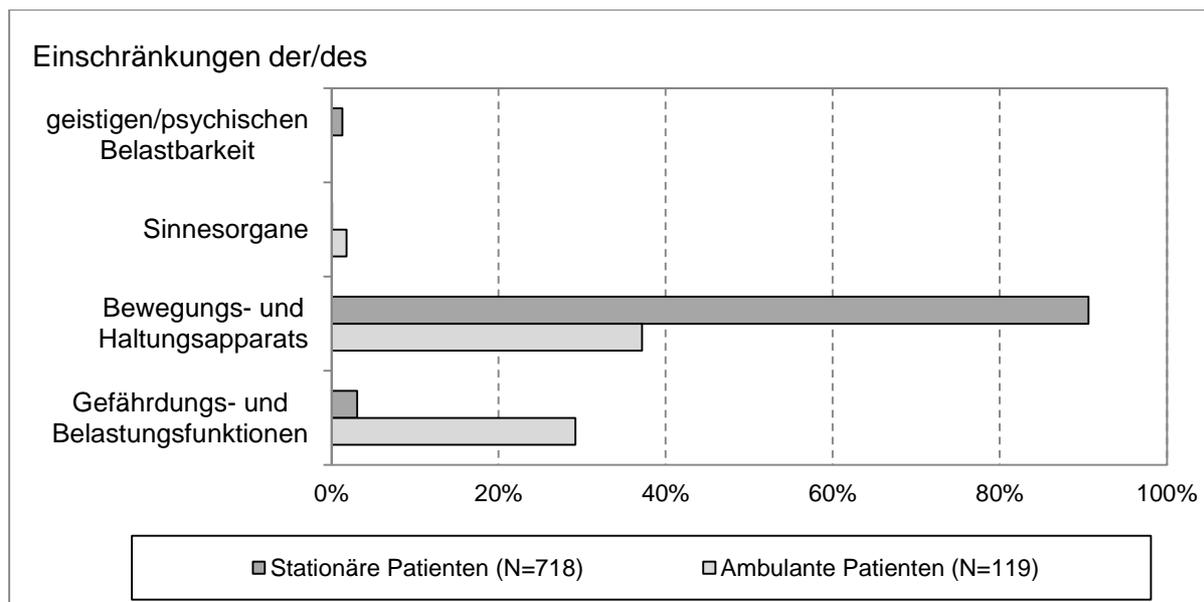


Abb. 4.30: Negatives Leistungsvermögen (T2) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Bezüglich des positiven Leistungsvermögens schätzten die Ärzte ein, welche Arbeitsschwere und Arbeitshaltungen für die Patienten zu bewältigen sind. Insgesamt wird für die Mehrheit aller Patienten (51%) eine mittelschwere Tätigkeit nach Ende der Maßnahme als durchführbar eingeschätzt. Dabei sollte für 48% der Patienten eine überwiegende Arbeitshaltung im Stehen möglich sein. Ständiges Stehen wird lediglich 26% der Patienten empfohlen. Die Möglichkeit einer überwiegenden Arbeitshaltung im Gehen wird 52% der Patienten attestiert und bei 54% der Patienten wird eingeschätzt, dass sie eine überwiegende Arbeitshaltung im Sitzen leisten können (Tab. 4.62).

Der Vergleich beider Gruppen macht deutlich, dass die stationären Patienten in einigen Punkten als leistungsfähiger eingeschätzt werden. So wird diesen mehrheitlich mit 55% eine mittelschwere körperliche Arbeitsaktivität zugetraut, während die Mehrheit der ambulanten Patienten mit 56% leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausführen kann ($p < .001$). Auch bezüglich der Arbeitshaltungen im Stehen und Gehen werden die Möglichkeiten der ambulanten Patienten geringer eingeschätzt. So können 30% der stationären Patienten ständig im Stehen arbeiten, während dies lediglich auf 1% der ambulanten Patienten zutrifft ($p < .001$). Auch die Arbeitshaltung im Gehen wird unterschiedlich beurteilt. Die Mehrheit der stationären Patienten (53%) sollte nach der Rehabilitation überwiegend in der Lage sein, im Gehen zu arbeiten, während die Mehrheit der ambulanten Patienten mit 57% lediglich zeitweise im Gehen arbeiten sollte ($p < .001$). Entsprechend wird den ambulanten Patienten signifikant häufiger empfohlen, überwiegend im Sitzen zu arbeiten (73%), während dies auf die Hälfte der stationären Patienten zutrifft (50%, $p < .001$, Tab. 4.62).

Tab. 4.62: Einschätzungen des positiven Leistungsvermögens hinsichtlich Arbeitsschwere und -haltung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Körperliche Arbeitsschwere									
schwer	82	10.0	80	11.3	2	1.8	63.087	3	<.001
mittelschwer	421	51.2	387	54.5	34	30.1			
leicht bis mittelschwer	217	26.4	154	21.7	63	55.8			
leicht	103	12.5	89	12.5	14	12.4			
Arbeitshaltung im Stehen									
ständig	216	26.3	215	30.4	1	0.9	56.508	2	<.001
überwiegend	390	47.6	333	47.0	57	50.9			
zeitweise	214	26.1	160	22.6	54	48.2			
Arbeitshaltung im Gehen									
ständig	157	19.1	157	22.1	--	--	60.680	2	<.001
überwiegend	426	51.8	377	53.1	49	43.4			
zeitweise	240	29.2	176	24.8	64	56.6			
Arbeitshaltung im Sitzen									
ständig	198	24.1	180	25.4	18	15.9	19.533	2	<.001
überwiegend	439	53.5	357	50.4	82	72.6			
zeitweise	184	22.4	171	24.2	13	11.5			

^AChi²-Test

Arbeitsfähigkeit im Rahmen der letzten Tätigkeit und im Allgemeinen. Um das sozialmedizinische Leistungsbild zu vervollständigen, haben die Ärzte eingeschätzt, wie viele Stunden pro Tag die Patienten noch im alten Beruf arbeiten können und wie viele Stunden pro Tag die allgemeine Arbeitskraft unabhängig vom Beruf beträgt. Die Mehrheit der Patienten wird mit 98% mit der Einschätzung entlassen, dass es nach Ende der Maßnahme möglich sein wird, sechs oder mehr Stunden im Rahmen der letzten beruflichen Tätigkeit zu arbeiten. Gleiches gilt für die allgemeine Arbeitskraft als Folge der Beurteilung des positiven und negativen Leistungsvermögens (Tab. 4.63).

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich dieser Einschätzungen nicht signifikant voneinander (Tab. 4.63).

Tab. 4.63: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der letzten beruflichen Tätigkeit sowie der Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		χ ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Einschätzung der täglichen Arbeitskraft im Rahmen der letzten Tätigkeit									
≥ 6 Stunden	808	98.1	699	98.2	109	97.3	--	--	.468
< 6 Stunden	16	1.9	13	1.8	3	2.7			
Einschätzung der allgemeinen Arbeitskraft als Folge des positiven und negativen Leistungsvermögens									
≥ 6 Stunden	806	98.5	700	98.9	106	96.4	--	--	.065
< 6 Stunden	12	1.5	8	1.1	4	3.6			

^AExakter Test nach Fisher

Ärztliche Angaben zur Erwerbsfähigkeit T2: Zusammenfassung

Die Auswertungen des sozialmedizinischen Leistungsbilds machen deutlich, dass die stationären Patienten hinsichtlich ihrer aktuellen Leistungsfähigkeit schlechter eingeschätzt werden als die ambulanten Patienten. Dies zeigt sich vor allem in der weitaus geringeren Anzahl an stationären Patienten, die als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen werden. Entsprechend weisen die stationären Patienten zu einem höheren Prozentsatz noch wesentliche Einschränkungen nach Rehabilitationsende auf. Diese sind vor allem bezüglich des Bewegungs- und Halteapparats zu verzeichnen. Ambulante Patienten sind weniger stark betroffen.

Ähnlichkeiten zwischen beiden Gruppen bestehen in Bezug auf die mögliche Arbeitskraft, die zukünftig im Rahmen der letzten beruflichen Tätigkeit oder im Allgemeinen von ärztlicher Seite aus eingeschätzt worden ist. Hier wird beiden Gruppen attestiert, zukünftig über sechs Stunden täglich beruflich tätig sein zu können. Unterschiede liegen jedoch in der Art der empfohlenen Tätigkeit vor. Während stationäre Patienten ständiges oder überwiegendes Arbeiten im Stehen zugetraut wird, wird ambulanten Patienten diese Arbeitshaltung weniger häufig empfohlen. Ähnliches gilt für die Ausführung der beruflichen Tätigkeit im Gehen.

4.6 Patientenseitige Erwartungen an die berufliche Reintegration

Im Rahmen der Befragung zum Ende der Rehabilitation (T2) machten die Patienten Angaben zu ihren Erwartungen an die berufliche Reintegration. Im Folgenden werden Einschätzungen der Patienten in Bezug auf die Vorbereitung und Gestaltung der Rückkehr zur Arbeit wie auch Erwartungen im Hinblick auf das berufliche Umfeld (Arbeitgeber, Vorgesetzte, Kollegen) berichtet. Dies erfolgt für die gesamte Stichprobe sowie getrennt für ambulante und stationäre Patienten.

Zum Ende der Rehabilitation fühlen sich Patienten im Durchschnitt „eher gut“ auf die Rückkehr zur Arbeit vorbereitet (M=2.3; Tab. 4.64). Jeweils die Hälfte der Patienten erwartet, ohne Einschränkungen an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren (46%) bzw. die vor der Rehabilitation ausgeübte Tätigkeit stufenweise wieder aufzunehmen (46%, Tab. 4.65). Die Mehrheit der Patienten (79%) geht davon aus, dass weder aus gesundheitlichen noch aus betrieblichen Gründen die Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes besteht (Tab. 4.66).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass sich ambulante Patienten im Durchschnitt besser auf die berufliche Rückkehr vorbereitet fühlen als stationäre Patienten (amb: M=2.2, stat: M=2.4, p=.019; Tab. 4.64). Hinsichtlich der Gestaltung der beruflichen Rückkehr wie auch der Gefahr eines gesundheits- oder betriebsbedingten Arbeitsplatzverlustes unterscheiden sich die Erwartungen beider Patientengruppen nicht signifikant (Tab. 4.65, Tab. 4.66).

Tab. 4.64: Einschätzung der Vorbereitung auf die Rückkehr zur Arbeit (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Wie gut fühlen Sie sich auf die Rückkehr ins Arbeitsleben vorbereitet? ^A	Gesamte Stichprobe N=837			Stationäre Patienten N=718			Ambulante Patienten N=119			T	df	p ^B	d ^C
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
	826	2.3	0.9	707	2.4	0.8	119	2.2	0.9	2.355	824	.019	0.2

^ASkala 1 „sehr gut“, 2 „eher gut“, 3 „mittelmäßig“, 4 „eher schlecht“, 5 „sehr schlecht“; ^BT-Test; ^CEffektstärke Cohen's d

Tab. 4.65: Erwartungen an die Gestaltung der Rückkehr zur Arbeit (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Erwartungen an die Gestaltung der Rückkehr zur Arbeit	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Ich werde ohne Einschränkungen wieder an meinen alten Arbeitsplatz zurückkehren.	375	45.6	319	45.2	56	47.9	2.897	-	.797
Ich werde meine jetzige Tätigkeit stufenweise wieder aufnehmen.	375	45.6	324	46.0	51	43.6			
Ich werde mich um eine andere Tätigkeit bemühen.	22	2.7	19	2.7	3	2.6			

^AExakter Test nach Fisher

Fortsetzung Tab. 4.65

Erwartungen an die Gestaltung der Rückkehr zur Arbeit	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Ich werde mich um eine Umschulung bemühen.	5	0.6	5	0.7	0	0.0			
Ich werde auf keinen Fall an meinen Arbeitsplatz zurückkehren.	8	1.0	7	1.0	1	0.9			
Ich bin bereits an meinen Arbeitsplatz zurückgekehrt.	15	1.8	11	1.6	4	3.4			
Anderes	22	2.7	20	2.8	2	1.7			

^AExakter Test nach Fisher

Tab. 4.66: Gefahr, den Arbeitsplatz zu verlieren (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes in den nächsten Jahren	Gesamte Stichprobe N=837		Stationäre Patienten N=718		Ambulante Patienten N=119		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
nein	635	78.7	540	78.0	95	82.6			
ja, wegen gesundheitlicher Probleme	56	6.9	53	7.7	3	2.6			
ja, aus betrieblichen Gründen (z.B. Arbeitsplatzabbau o.ä.)	64	7.9	54	7.8	10	8.7	4.012	3	.256
ja, aus beiden oben genannten Gründen	52	6.4	45	6.5	7	6.1			

^AChi²-Test

Die meisten Patienten der Gesamtstichprobe, die einen Arbeitgeber haben, berichten positive Erwartungen bezüglich der Möglichkeit eine stufenweise Wiedereingliederung (80%) und erwarten Unterstützung durch den Arbeitgeber im Rückkehrprozess (75%). Knapp 60% der Patienten vermutet, dass der Arbeitgeber bereit wäre, im Bedarfsfall flexible Arbeitsbedingungen zu schaffen. Im Hinblick auf die Möglichkeit eines betriebsinternen Wechsels an einen geeigneteren Arbeitsplatz sind hingegen jeweils etwa ein Drittel der Patienten unsicher (34%) bzw. schätzen dies negativ ein (29%; Tab. 4.67). Die Mehrheit der Patienten macht sich im Zusammenhang mit der beruflichen Reintegration keine Sorgen bezüglich der Reaktion des Arbeitgebers (90%; Tab. 4.68). Auch im Hinblick auf Vorgesetzte (92%) und Kollegen (97%) sind die meisten Patienten in Bezug auf die berufliche Reintegration unbesorgt (Tab. 4.68, Tab. 4.69, Tab. 4.70).

Der Gruppenvergleich zeigt, dass sich die Erwartungen ambulanter und stationärer Patienten im Hinblick auf die Unterstützung durch den Arbeitgeber wie auch die Reaktionen des beruflichen Umfelds nicht signifikant unterscheiden (Tab. 4.67, Tab. 4.68, Tab. 4.69, Tab. 4.70).

Tab. 4.67: Erwartungen bezüglich des Arbeitgebers (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Wenn meine Erkrankung dies erfordert, wäre mein Arbeitgeber vermutlich bereit,	Gesamte Stichprobe N ^A =764		Stationäre Patienten N ^A =665		Ambulante Patienten N ^A =99		X ²	df	p ^B
	n	%	n	%	n	%			
mir eine stufenweise Wiedereingliederung zu ermöglichen									
ja, davon gehe ich aus	593	80.0	511	79.2	82	85.4			
nein, vermutlich nicht	39	5.3	36	5.6	3	3.1	2.151	2	.341
weiß ich nicht	109	14.7	98	15.2	11	11.5			
mir flexible Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitszeit) zu ermöglichen									
ja, davon gehe ich aus	422	58.0	360	56.6	62	67.4			
nein, vermutlich nicht	151	20.7	136	21.4	15	16.3	3.843	2	.146
weiß ich nicht	155	21.3	140	22.0	15	16.3			
mir einen Wechsel an einen anderen geeigneteren Arbeitsplatz im Betrieb zu ermöglichen									
ja, davon gehe ich aus	263	37.0	231	37.3	32	35.6			
nein, vermutlich nicht	241	33.9	209	33.7	32	35.6	.141	2	.932
weiß ich nicht	206	29.0	180	29.0	26	28.9			
mir alle notwendige Unterstützung zu geben, damit ich wieder an meine Arbeit zurückkehren kann									
ja, davon gehe ich aus	558	75.3	484	74.9	74	77.9			
nein, vermutlich nicht	55	7.4	52	8.0	3	3.2	2.944	2	.229
weiß ich nicht	128	17.3	110	17.0	18	18.9			

^Anur Patienten, die einen Arbeitgeber haben; ^BChi²-Test

Tab. 4.68: Sorgen hinsichtlich der beruflichen Reintegration, bezogen auf den Arbeitgeber (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Machen Sie sich hinsichtlich Ihrer Rückkehr in den Beruf Sorgen	Gesamte Stichprobe N ^A =764		Stationäre Patienten N ^A =665		Ambulante Patienten N ^A =99		X ²	df	p ^B
	n	%	n	%	n	%			
in Bezug auf Ihren Arbeitgeber?									
ja	77	10.4	67	10.4	10	10.6			
nein	663	89.6	579	89.6	84	89.4	.006	1	.937

^Anur Patienten, die einen Arbeitgeber haben; ^BChi²-Test

Tab. 4.69: Sorgen hinsichtlich der beruflichen Reintegration, bezogen auf die Vorgesetzten (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Machen Sie sich hinsichtlich Ihrer Rückkehr in den Beruf Sorgen	Gesamte Stichprobe N ^A =737		Stationäre Patienten N ^A =645		Ambulante Patienten N ^A =92		X ²	df	p ^B
	n	%	n	%	n	%			
in Bezug auf Ihre Vorgesetzten?									
ja	56	7.9	50	8.0	6	7.0	.109	1	.741
nein	655	92.1	575	92.0	80	93.0			

^Anur Patienten, die einen Vorgesetzten haben; ^BChi²-Test

Tab. 4.70: Sorgen hinsichtlich der beruflichen Reintegration, bezogen auf die Kollegen (T2) in der Gesamtstichprobe und getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Machen Sie sich hinsichtlich Ihrer Rückkehr in den Beruf Sorgen	Gesamte Stichprobe N ^A =765		Stationäre Patienten N ^A =667		Ambulante Patienten N ^A =98		X ²	df	p ^B
	n	%	n	%	n	%			
in Bezug auf Ihre Kollegen?									
ja	26	3.5	22	3.4	4	4.3	--	--	.558
nein	718	96.5	628	96.6	90	95.7			

^Anur Patienten, die Kollegen haben; ^BExakter Test nach Fisher

Patientenseitige Erwartungen an die berufliche Reintegration T2: Zusammenfassung

Die Analysen der patientenseitigen Erwartungen machen deutlich, dass sich stationäre und ambulante Patienten „eher gut“ auf die Rückkehr zur Arbeit **vorbereitet fühlen**. Ambulante Patienten berichten eine statistisch signifikante, aber klinisch nicht relevante bessere Vorbereitung auf die berufliche Rückkehr.

Patienten beider Settings äußern sich überwiegend zuversichtlich in Bezug **auf die Gestaltung des Rückkehrprozesses** und die **Reaktionen des beruflichen Umfelds**. Signifikante Gruppenunterschiede bestehen diesbezüglich nicht. Insgesamt gehen die meisten Patienten im Bedarfsfall von einer Unterstützung durch den Arbeitgeber aus, wobei die Patienten mehrheitlich eine uneingeschränkte bzw. stufenweise Rückkehr an den alten Arbeitsplatz erwarten. Lediglich bei einer Minderheit der Patienten besteht im Zusammenhang mit der Rückkehr in den Beruf Sorgen um die Reaktionen des beruflichen Umfelds, wobei Besorgnis in Bezug auf den Arbeitgeber anteilig am häufigsten berichtet wird.

4.7 Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T2) nahmen die Patienten verschiedene Bewertungen vor. Sie gaben Beurteilungen hinsichtlich Verbesserungen in verschiedenen persönlichen Bereichen ab sowie in Bezug auf die vermittelten Inhalte in der Rehabilitation und deren Umsetzbarkeit bzw. Praktikabilität im Alltag. Weiterhin machten die Patienten Angaben über die ärztliche, pflegerische und psychologische Betreuung sowie strukturelle Aspekte der Rehabilitationseinrichtung.

Die Ergebnisse werden für alle Patienten dargestellt sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten.

4.7.1 Bewertung der Rehabilitationseffekte

Um die Effekte der Rehabilitationsmaßnahme zu beurteilen, schätzten die Patienten zum Ende der Maßnahme ein, inwiefern die Rehabilitation hinsichtlich sieben verschiedener Bereiche weitergeholfen hat (Skala: 1 „gar nicht“ bis 4 „sehr stark“). Am besten wurde die Hilfestellung im Bereich der körperlichen Gesundheit (M=4.0) und der Schmerzen eingestuft (M=3.5). In den Bereichen Familie/Partnerschaft, Kontakt mit anderen, seelisches Befinden, Arbeit und Beruf sowie Freizeit bewerteten die Patienten die Rehabilitation als mittelmäßig hilfreich (M=3.0 bis M=3.4, Tab. 4.71).

Tab. 4.71: Beurteilung der Rehabilitationseffekte (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Bereiche, in denen die Rehabilitation geholfen hat	Gesamte Stichprobe (N =837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Körperliche Gesundheit ^C	831	4.0	0.7	714	4.0	0.7	117	4.0	0.7	-.572	829	.568	--
Schmerzen ^C	781	3.5	1.1	670	3.6	1.1	111	3.2	1.2	3.117	779	.002	0.4
Familie/Partnerschaft ^C	795	3.2	1.3	683	3.2	1.3	112	3.0	1.2	1.422	793	.155	--
Kontakt mit anderen ^C	814	3.3	1.1	699	3.4	1.1	115	3.0	1.1	3.080	812	.002	0.4
Seelisches Befinden ^C	812	3.4	1.1	699	3.5	1.1	113	3.2	1.2	2.462	810	.014	--
Arbeit und Beruf ^C	784	3.0	1.2	673	3.0	1.2	111	2.9	1.2	.616	782	.538	--
Freizeit ^C	807	3.1	1.1	694	3.1	1.1	113	3.0	1.2	1.560	805	.119	--

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d, ^CSkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten liegen nur in den Bewertungen der Schmerzverbesserung und hinsichtlich der Förderung von Kontakten mit anderen vor. In beiden Fällen bewerten die stationären Patienten die Rehabilitationseffekte signifikant besser (Schmerzen- stat: M=3.6, amb: M=3.2, p=.002; Kontakt- stat: M=3.4, amb: M=3.0, p=.002, Tab. 4.71, Abb. 4.31). Allerdings ist zu bemerken, dass es sich um geringe Unterschiede in den Bewertungen handelt, die klinisch nicht relevant sind.

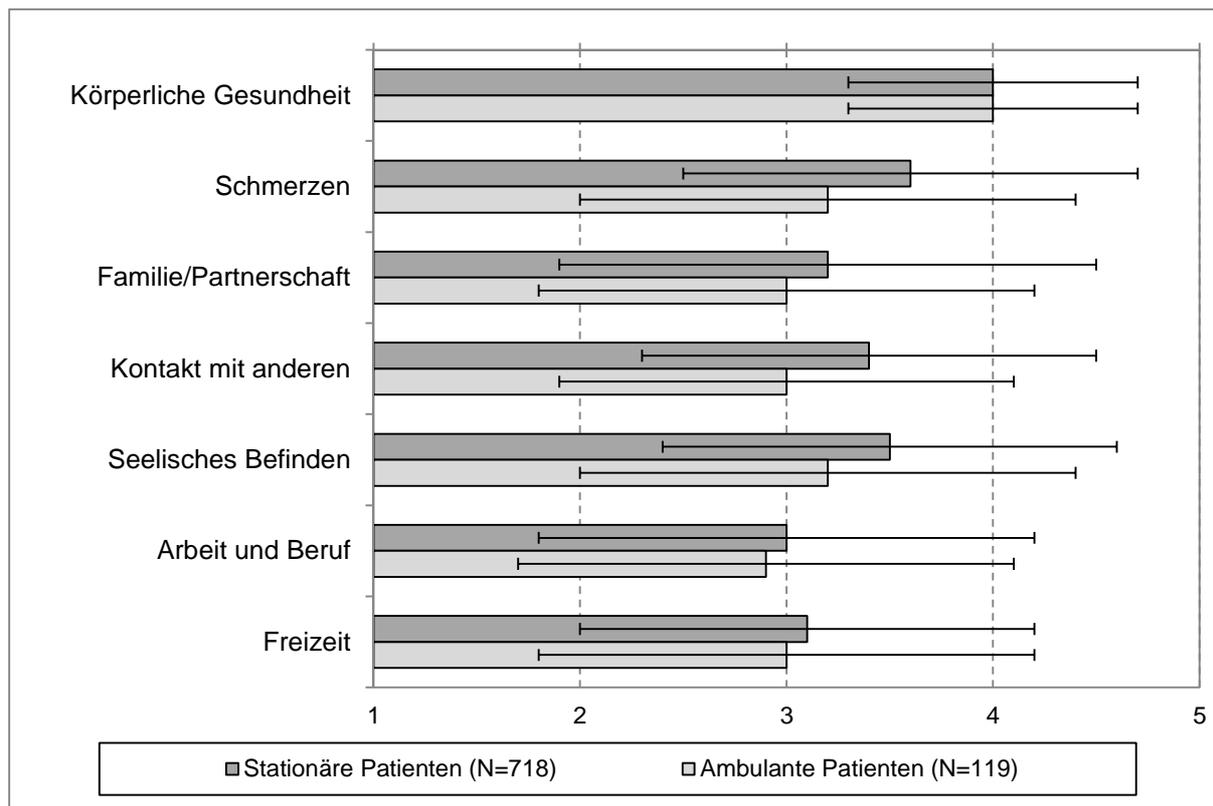


Abb. 4.31: Beurteilung der Rehabilitationseffekte (Skala 1-4) (T2) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

Zudem wurden von den Patienten vier Aussagen zur Praktikabilität bzw. Umsetzung der in der Rehabilitation gelernten Dinge im Alltag beurteilt (Skala: 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“).

Die Patienten geben über alle Aussagen hinweg sehr ähnliche Bewertungen ab. So berichten sie im Durchschnitt, dass das in der Rehabilitation Erlernte überwiegend für den Alltag geeignet gewesen sei ($M=4.3$). Gleiches gilt für die Einschätzung, inwiefern das Erlernte im Alltag umsetzbar sei ($M=4.2$) und ob mögliche Probleme bei der Umsetzung im Alltag thematisiert wurden ($M=3.8$). Bezüglich der Frage, ob der berufliche Wiedereinstieg besprochen worden ist, geben die Patienten im Durchschnitt an, dass dies teilweise zutrefte ($M=3.3$, Tab. 4.72). Patienten aus dem stationären und ambulanten Setting ähneln sich in ihren Angaben. Dennoch liegen signifikante Unterschiede bezüglich zweier Aussagen vor. So geben die ambulanten Patienten häufiger an, auf mögliche Probleme im Alltag vorbereitet worden zu sein (stat: $M=3.8$, amb: $M=4.0$, $p=.006$) und dass der berufliche Wiedereinstieg thematisiert wurde (stat: $M=3.2$, amb: $M=3.5$, $p=.050$, Tab. 4.72, Abb. 4.32). Es handelt sich allerdings auch hier um geringe Unterschiede in den Beurteilungen, die als klinisch nicht relevant einzuschätzen sind.

Tab. 4.72: Beurteilung der Praktikabilität bzw. Umsetzung der Rehabilitationsinhalte im Alltag (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Aussagen über die Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Das in der Reha Gelernte war für den Alltag geeignet. ^C	827	4.3	0.7	709	4.2	0.7	118	4.4	0.6	1.750	825	.080	--
Es wurde besprochen, wie man das in der Reha Gelernte im Alltag umsetzen kann. ^C	827	4.2	0.9	709	4.2	0.9	118	4.3	0.8	1.841	825	0.66	--
Es wurden Probleme besprochen, die beim Übergang in den Alltag entstehen können. ^C	823	3.8	1.1	705	3.8	1.1	118	4.0	1.0	2.769	173.537	.006	-0.2
Es wurde besprochen, wie der berufliche Wiedereinstieg gestaltet werden soll. ^C	817	3.3	1.4	699	3.2	1.4	118	3.5	1.3	1.964	815	.050	-0.2

^AT-Test; ^B Effektstärke Cohen's d, ^CSkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

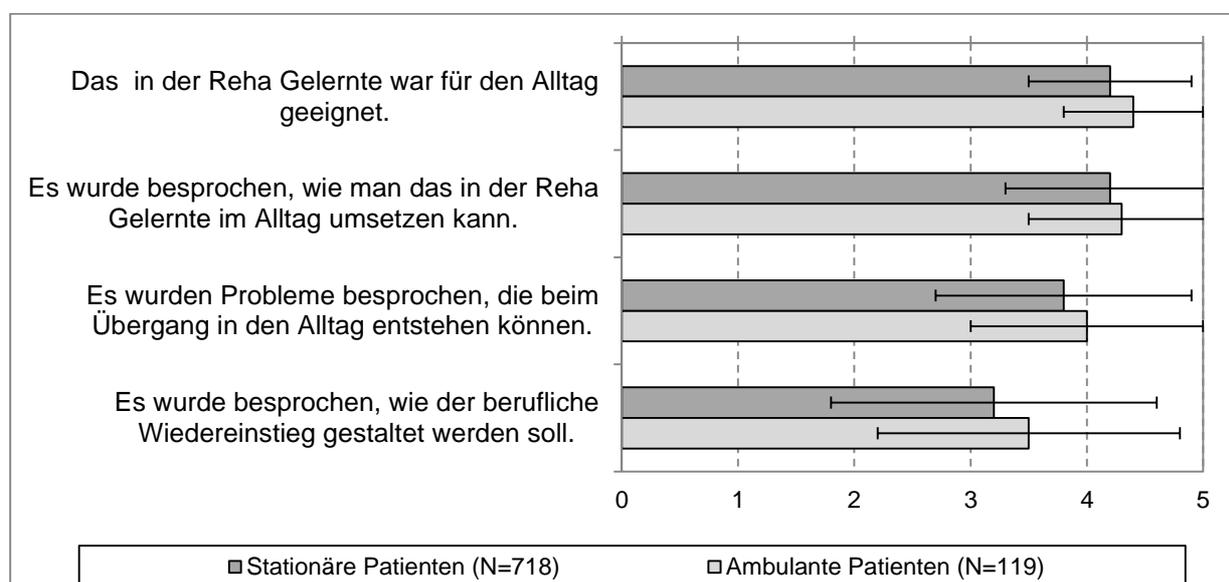


Abb. 4.32: Beurteilung der Praktikabilität bzw. Umsetzung der Rehabilitationsinhalte im Alltag (Skala 1-5) (T2) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden (N=837)

In diesem Zusammenhang wurden die Patienten weiterhin darum gebeten, in einem offenen Antwortformat zu benennen, welche Hilfestellungen im Rahmen der Rehabilitation besonders hilfreich in Bezug auf den Wiedereinstieg in den Beruf gewesen sind. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und sind in Tab. 4.73 zusammengestellt. Insgesamt machten 92 Patienten Angaben (zum Teil Doppelnennungen). Aufgrund der geringen Fallzahl wird an dieser

Stelle auf die getrennte Betrachtung stationärer und ambulanter Patienten verzichtet. Insgesamt wurde von den Patienten am häufigsten der Sozialdienst als hilfreich eingestuft (n=52). Doch auch Physiotherapie (n=21) und psychologische Betreuung (n=19) werden explizit von einem Teil der Patienten benannt.

Tab. 4.73: Freitextangaben der Patienten zu Hilfestellungen in der Rehabilitation zum Thema Beruf (T2) in der Gesamtstichprobe (N=92)

Hilfestellungen in der Reha zum Thema Beruf	Gesamte Stichprobe (N=92 ^A) Anzahl der Nennungen
Sozialdienst	52
Physiotherapie	21
Psychologische Betreuung	19
Sonstige Reha-Angebote	17

^AMehrfachnennungen möglich

4.7.2 Bewertung der Rehabilitationseinrichtung

4.7.2.1 Bewertung der Betreuung (Ärzte, Pflegende, Psychologen)

Die Patienten beurteilten mit Hilfe von insgesamt fünf Items auf einer fünfstufigen Skala (1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“) die Betreuung durch das ärztliche Personal. Im Durchschnitt geben die Patienten der Gesamtstichprobe eine sehr positive Bewertung ab. So berichten sie, nicht zu wenig ärztliche Betreuung erhalten zu haben (M=1.6) und dass die ärztlichen Teams einfühlsam und verständnisvoll gewesen sind (M=4.5).

Tab. 4.74: Beurteilung der ärztlichen Betreuung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
„Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.“ ^B	834	1.6	1.0	716	1.6	1.0	118	1.6	1.1	-.049	832	.961
„Die Ärztin/der Arzt war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“ ^B	836	4.5	0.9	718	4.5	0.9	118	4.5	1.0	-.406	834	.685
„Die Ärztin/der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich gemacht.“ ^B	837	4.5	0.9	718	4.5	0.9	119	4.6	0.9	-.755	835	.450
„Die Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.“ ^B	837	4.5	0.9	718	4.5	0.9	119	4.5	0.9	.003	835	.998

^AT-Test; ^BSkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Weiterhin sind die Patienten sehr zufrieden mit der Aufklärung hinsichtlich der Ursachen der Beschwerden (M=4.5) und haben den Eindruck, dass die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst worden sind (M=4.5). Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich bezüglich ihrer Angaben nicht. Beide Gruppen äußern sich sehr zufrieden mit der Betreuung durch die behandelnden Ärzte (Tab. 4.74).

Dies trifft ebenfalls auf die Beurteilung der pflegerischen Betreuung zu (Skala 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“). Hier berichten die Patienten durchweg positive Erfahrungen. So geben sie an, nicht zu wenig Betreuung erhalten zu haben (M=1.4) und sich sehr gut betreut und beraten gefühlt zu haben (M=4.5). Bezüglich der Einfühlsamkeit wird das pflegende Personal ebenfalls als sehr positiv wahrgenommen (M=4.5). Auch hinsichtlich dieser Einschätzungen unterscheiden sich ambulante und stationäre Patienten nicht signifikant voneinander (Tab. 4.75).

Tab. 4.75: Beurteilung der pflegerischen Betreuung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Pflegerische Betreuung während der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
„Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.“ ^B	829	1.4	0.9	714	1.4	0.8	115	1.5	1.0	-1.373	137.850	.172
„Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.“ ^B	831	4.5	0.9	716	4.5	0.8	115	4.4	0.9	1.286	829	.199
„Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.“ ^B	830	4.5	0.9	716	4.5	0.9	114	4.4	0.9	.699	828	.485

^AT-Test; ^BSkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Insgesamt haben knapp 57% der Patienten eine psychologische Betreuung während der Rehabilitation erhalten. Hier liegt ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vor. So haben mit 59% signifikant mehr stationäre Patienten mit einem Psychologen Kontakt gehabt im Vergleich zu 41% der ambulanten Patienten (p<.001, Tab. 4.76).

Tab. 4.76: Psychologische Betreuung während der Rehabilitation in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Psychologische Betreuung während der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)		Stationäre Patienten (N=718)		Ambulante Patienten (N=119)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
erhalten	468	56.7	420	59.4	48	40.7	14.449	1	<.001
nicht erhalten	357	43.3	287	40.6	70	59.3			

^AChi²-Test

Von den Patienten, die eine psychologische Betreuung in Anspruch genommen haben, haben 71% Einzelkontakte erhalten während knapp 8% Gruppenangebote wahrgenommen haben. Annähernd 22% der Patienten haben beide Formen der psychologischen Beratung erhalten. Die Beurteilung der Patienten fällt auch hinsichtlich der psychologischen Betreuung sehr positiv aus (Skala 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“). So berichten die Patienten, dass sie nicht zu wenig Beratung erhalten haben (M=1.5) und dass die Psychologen sehr einfühlsam und verständnisvoll mit den Patienten umgegangen sind (M=4.5). Bezüglich der Frage nach der richtigen psychologischen Betreuung, geben die Patienten im Durchschnitt an, „überwiegend“ die richtige Behandlung bekommen zu haben (M=4.3). Sowohl in der Art der Interventionen wie in der Zufriedenheit mit den Angeboten unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten nicht signifikant voneinander (Tab. 4.77).

Tab. 4.77: Beurteilung der psychologischen Betreuung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=468)

Art der psychologischen Betreuung	Gesamte Stichprobe (N=468)		Stationäre Patienten (N=420)		Ambulante Patienten (N=48)		X ²	df	P ^A			
	n	%	n	%	n	%						
in der Gruppe	35	7.7	28	6.9	7	14.9						
einzel	321	70.7	290	71.3	31	66.0	3.584	2	.145			
beides	98	21.6	89	21.9	9	19.1						
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T	df	p ^B
„Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.“ ^C	462	1.5	0.9	414	1.5	0.9	48	1.7	1.0	-1.570	460	.117
„Die Psychologin/der Psychologe war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“ ^C	461	4.5	0.9	413	4.5	0.9	48	4.4	0.9	.439	459	.661
„Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten.“ ^C	461	4.3	1.0	413	4.3	1.0	48	4.2	1.0	.279	459	.780

^AChi²-Test; ^BT-Test; ^CSkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

4.7.2.2 Bewertung struktureller Aspekte

Um einen Eindruck darüber zu erhalten, wie die Patienten die strukturellen Aspekte der Kliniken einschätzen, beantworteten sie Fragen bezüglich der Verwaltung, des Essens/der Ernährung und der Organisation der Abläufe. Die stationären Patienten bewerteten darüber hinaus noch die Begebenheiten der Zimmer.

Insgesamt werden die Leistungen der Verwaltung am besten bewertet (M=4.5). Auch das Essen bzw. die Ernährung sowie die Organisation der Abläufe liegen mit einem durchschnittlichen Punktwert von 4.3 bis 4.4 in einem positiven Bereich. Ein Vergleich der beiden Patienten-

tengruppen macht Unterschiede in den Beurteilungen deutlich, wobei es sich lediglich um marginale Mittelwertsunterschiede handelt. Im Allgemeinen beurteilen die stationären Patienten die beschriebenen Aspekte etwas besser ($p < .001$ bis $p = .005$). Darüber hinaus geben die stationären Patienten an, dass die Größe und Ausstattung der Klinikzimmer „gut“ zu bewerten ist (Tab. 4.78).

Tab. 4.78: Beurteilung der strukturellen Aspekte (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Strukturelle Aspekte während der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Leistungen der Verwaltung ^C	821	4.5	0.6	712	4.5	0.6	109	4.4	0.6	2.822	819	.005	0.2
Größe und Ausstattung des Zimmers ^{C,D}	-	-	-	714	4.1	0.7	-	-	-	-	-	-	--
Essen/Ernährung ^C	829	4.3	0.7	715	4.4	0.6	114	3.8	1.0	6.595	129.523	<.001	0.7
Organisation der Abläufe ^C	823	4.4	0.6	710	4.4	0.6	113	4.1	0.7	4.155	146.587	<.001	0.4

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d; ^CSkala 1 „sehr schlecht“, 2 „schlecht“, 3 „weder schlecht noch gut“, 4 „gut“, 5 „sehr gut“; ^Dnur stationäre Patienten, da Patienten in ambulanter Rehabilitation kein Zimmer zugewiesen wird

4.7.2.3 Gesamtbeurteilung

Zusätzlich zu den Einzelbeurteilungen stufen die Patienten ihren Aufenthalt nochmals auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 10 („ausgezeichnet“) ein. Die Patienten der Gesamtstichprobe geben mit einem durchschnittlichen Wert von 8.5 Punkten eine sehr gute Beurteilung über ihren Rehabilitationsaufenthalt ab. Die entspricht auch den Einzelbewertungen der stationären und ambulanten Patienten. Beide Gruppen äußern sich hoch zufrieden (Tab. 4.79).

Tab. 4.79: Gesamtbeurteilung (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Gesamtbeurteilung der Rehabilitation ^A	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Gesamtbeurteilung	832	8.5	1.3	714	8.5	1.3	118	8.4	1.4	.283	830	.778

^ASkala 0 „sehr schlecht“ bis 10 „ausgezeichnet“; ^BT-Test

4.7.2.4 Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme machten die Patienten allgemeine Angaben zur Dauer der Maßnahme und inwiefern das Setting für die Beschwerden geeignet gewesen ist.

Darüber hinaus gaben die ambulanten Patienten noch Informationen über die tägliche Anreise zur Klinik und die damit einhergehende Belastung.

Insgesamt waren die Patienten im Durchschnitt 3.5 Wochen in der Rehabilitation und sie beurteilen das jeweilige Setting, in welchem die Maßnahme durchgeführt worden ist, als angemessen für die eigene Behandlung. Stationäre Patienten waren mit durchschnittlich 3.5 Wochen signifikant weniger lang in der Rehabilitation im Vergleich zu den ambulanten Patienten mit 3.7 Wochen ($p=.006$). Allerdings handelt es sich hier um einen geringen Unterschied zwischen den Gruppen. Beide Patientengruppen zeigen sich sehr zufrieden mit der jeweiligen Maßnahme im stationären bzw. ambulanten Bereich (beide $M=4.6$, Skala 1 „sehr schlecht“ bis 5 „sehr gut“) und halten das gewählte Setting für geeignet hinsichtlich der vorliegenden Beschwerden (beide $M=4.7$, Skala 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“). Entsprechend unterscheiden sich beide Gruppen an dieser Stelle nicht signifikant voneinander (Tab. 4.80).

Tab. 4.80: Allgemeine Angaben (T2) in der Gesamtstichprobe sowie getrennt für stationäre und ambulante Patienten (N=837)

Allgemeine Angaben zur Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=837)			Stationäre Patienten (N=718)			Ambulante Patienten (N=119)			T	df	p ^A	d ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Dauer der Rehabilitation (in Wochen)	835	3.5	0.6	718	3.5	0.6	117	3.7	0.8	-2.778	135.149	.006	-0.2
Beurteilung der Rehabilitation als stationäre bzw. ambulante Maßnahme ^{C, D}	- ^C	-	-	715	4.6	0.6	119	4.6	0.6	.285	832	.776	--
Eignung der Rehabilitationsklinik für die Beschwerden ^E	831	4.7	0.6	712	4.7	0.6	119	4.7	0.6	.325	829	.746	--

^AT-Test; ^BEffektstärke Cohen's d; ^CBeurteilung der Rehabilitation als stationäre bzw. ambulante Maßnahme je nach Setting, deshalb keine Angaben zu gesamter Stichprobe; ^DSkala 1 „sehr schlecht“, 2 „schlecht“, 3 „weder gut noch schlecht“, 4 „gut“, 5 „sehr gut“; ^ESkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teils zu, teils nicht zu“, 4 „trifft eher zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Die ambulanten Patienten sind mit 63% mehrheitlich mit dem eigenen Auto in die jeweilige Rehabilitationseinrichtung gefahren, während 29% mit öffentlichen Verkehrsmitteln gekommen sind. Lediglich 8% nutzten den Fahrdienst der Rehabilitationseinrichtungen. Mit 89% gibt die Mehrheit der ambulanten Patienten an, dass genügend Parkplätze vor dem Haus zur Verfügung gestanden haben. Während sich 14% durch die Anreise belastet gefühlt haben, berichten 86% die tägliche Fahrt als nicht belastend (Tab. 4.81).

Tab. 4.81: Angaben zur Anreise (T2) in der ambulanten Stichprobe (N=119)

Allgemeine Angaben zur ambulanten Rehabilitation	Ambulante Patienten (N=119)	
	n	%
Anreise zur Reha-Einrichtung mit		
öffentlichen Verkehrsmitteln	33	29.2
eigenem PKW	71	62.8
Fahrdienst der Reha-Einrichtung	9	8.0
Bei Anreise mit eigenem PKW: genügend Parkplätze vorhanden?		
ja	63	88.7
nein	8	11.3
Belastung durch die tägliche Anreise		
ja, stark	5	4.2
ja, weniger stark	12	10.1
nein, gar nicht	102	85.7

Im Durchschnitt lag die Rehabilitationsklinik 17 km vom Wohnort der Patienten entfernt. Als durchschnittliche Fahrtdauer geben die Patienten 31 Minuten an (Tab. 4.82).

Tab. 4.82: Angaben zur Entfernung und Fahrtdauer (T2) in der ambulanten Stichprobe (N=119)

Allgemeine Angaben zur ambulanten Rehabilitation	n	Ambulante Patienten (N=119)	
		M	SD
Entfernung der Rehabilitationsklinik vom Wohnort (in km)	113	17.3	12.4
Fahrtdauer zur Rehabilitationsklinik (in min)	118	30.9	18.1

Beurteilung der Rehabilitation aus Patientensicht T2: Zusammenfassung

Die Rehabilitationseffekte werden am Ende der Maßnahme von beiden Patientengruppen ähnlich bewertet. So geben sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten an, dass ihnen die Rehabilitation „mittelmäßig“ bis „stark“ in verschiedenen Bereichen geholfen habe. Am positivsten werden die Effekte auf die körperliche Gesundheit eingeschätzt sowie auf die Schmerzen. Die Frage nach Effekten im Bereich Arbeit und Beruf wird von beiden Gruppen als „mittelmäßig“ beurteilt. Ambulante Patienten berichten signifikant häufiger, dass im Rahmen der Maßnahme besprochen worden ist, wie der berufliche Wiedereinstieg gestaltet werden soll.

Die Rehabilitationseinrichtungen als solches wurden von beiden Patientengruppen durchweg sehr positiv am Ende der Rehabilitation bewertet. So geben die Patienten im Durchschnitt eine hohe Zufriedenheit mit der Betreuung durch das ärztliche, pflegerische und psychologische Personal an. Es besteht allerdings ein Unterschied bezüglich des Anteils an Patienten, die eine psychologische Betreuung erhalten haben. So haben mit 59% signifikant mehr stationäre Patienten Kontakt mit einem Psychologen gehabt im Vergleich zu 41% der

ambulanten Patienten.

Strukturelle Aspekte der Einrichtungen werden von beiden Patientengruppen ebenfalls sehr ähnlich beurteilt. Es ergeben sich zwar signifikante Unterschiede, die klinisch jedoch nicht relevant sind. Im Allgemeinen werden die Leistungen der Verwaltung, das Essen und die Organisation der Abläufe gut bewertet. Für stationäre Patienten trifft dies darüber hinaus ebenfalls für die Bewertung der Zimmer zu. Die positiven Einzelbewertungen schlagen sich letztlich ebenfalls in der Gesamtbewertung der Rehabilitation nieder, die auf einer Skala von 0 „sehr schlecht“ bis 10 „ausgezeichnet“ in beiden Settings von den Patienten als sehr gut eingestuft worden ist.

Bezüglich der Frage, inwiefern die stationäre bzw. ambulante Maßnahme als passendes Setting für die Behandlung angesehen wird, stimmen beide Patientengruppen überein, dass das ausgewählte Setting sehr gut geeignet gewesen ist.

4.8 Nonresponder-Analyse 12 Monate (T3) nach Ende der Rehabilitation

Zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation (T3) antworteten insgesamt 714 Patienten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 85% (Tab. 4.83). Dabei antworteten 86% der stationären Patienten und 80% der ambulanten Patienten.

Tab. 4.83: Rücklaufquoten der Katamnesebefragung 12 Monate nach Rehabilitationsende für stationäre und ambulante Patienten, bezogen auf die Stichproben zum Beginn und Ende der Rehabilitation (T1 und T2) (N=837)

Katamnese nach 12 Monaten (T3)		Gesamt		Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
		n	%	n	%	n	%
Fragebogen vorliegend (T3)	ja	714	85.3	619	86.2	95	79.8
	nein	123	14.7	99	13.8	24	20.2
	gesamt	837		718		119	

4.8.1 Nonresponder-Analyse der stationären Patienten 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende

Im Rahmen der Nonresponder-Analyse wurden Responder und Nonresponder der stationären Patientenstichprobe zum Messzeitpunkt T3 (ein Jahr nach Rehabilitation) im Hinblick auf soziodemographische und medizinische Charakteristika sowie das Ausmaß der psychischen Belastung verglichen (Tab. 4.84, Tab. 4.85). Im Vergleich zur Stichprobenbeschreibung zum Beginn der Rehabilitation (T1) wurden dafür einige Variablenkategorien aufgrund kleiner Fallzahlen zusammengefasst.

Soziodemographische Daten. In der stationären Stichprobe bestehen zwischen Respondern und Nonrespondern keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf sozioökonomische Merkmale, wie Schulabschluss, berufliche Position, beruflicher Stellenanteil, monatliches Familiennettoeinkommen sowie Schichtzugehörigkeit (Winkler-Index). Der Gruppenvergleich zeigt jedoch signifikante Unterschiede bezüglich des mittleren Alters und des Familienstatus. So sind Patienten, die 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) an der Studie teilgenommen haben, im Durchschnitt signifikant älter (Responder: M=57.0, Nonresponder: M=55.9, $p=0.040$) und häufiger in Trennung lebend, geschieden oder verwitwet (Responder: 10%, Nonresponder: 22%, $p=.004$, Tab. 4.84).

Tab. 4.84: Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der stationären Patienten (N=718)

	Responder		Nonresponder		T/ X ²	df	P
	n		n				
Alter (M, SD)	619	57.0 (4.3)	99	55.9 (5.1)	2.072	121,909	.040^A
Familienstand (%)	613		95				
ledig		5.4		5.3			
verheiratet		84.3		72.6	11.063	2	.004^B
in Trennung/ geschieden/ verwitwet		10.3		22.1			
Schulabschluss	601		95				
Hauptschulabschluss		48.8		38.9			
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule		21.6		22.1	5.129	-	.149 ^C
Fachhochschulreife/ Abitur		21.6		34.7			
kein Abschluss/ sonstiges		2.0		4.2			
Beruflicher Stellenanteil (%)	601		93				
Vollzeit		96.7		95.7	-	-	.549 ^C
Teilzeit		3.3		4.3			
Berufliche Position	614		98				
Arbeiter		37.0		37.8			
Angestellter		50.7		44.9	3.012	-	.385 ^C
Selbstständiger		10.3		13.3			
Beamter		2.1		4.1			
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	592		94				
bis unter 2000 €		18.1		26.6			
2000 bis unter 3000 €		35.8		36.2	5.838	3	.120 ^B
3000 bis unter 4000 €		27.5		18.1			
4000 € und mehr		18.6		19.1			
SES^D	613		97				
Unterschicht		21.2		24.7			
Mittelschicht		54.3		50.5	0.711	2	.701 ^B
Oberschicht		24.5		24.7			

^AT-Test, ^BChi²-Test, ^CExakter Test nach Fisher, ^DSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Medizinische Daten. In der stationären Stichprobe weisen Responder und Nonresponder ähnliche Charakteristika auf und unterscheiden sich im Hinblick auf das Tumorstadium, das UICC-Stadium, den Karnofsky-Index sowie die Art der operativen Therapie nicht voneinander. Lediglich in Bezug auf die Zeit seit Diagnosestellung (Stanzbiopsie) besteht ein signifikanter Gruppenunterschied. So liegt die Diagnosestellung bei Patienten, die 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) an der Studie teilgenommen haben, häufiger vier Monate oder länger zurück (Responder: 12%, Nonresponder: 5%, p=.042, Tab. 4.85).

Tab. 4.85: Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der stationären Patienten (N=718)

	Responder	Nonresponder			
	n	n	X ²	df	p ^B
Tumorstadium (%)	619	99			
Tx, T1 oder T2 ^A	78.5	80.8	0.269	1	.604
T3 oder T4	21.5	19.2			
UICC-Stadium (%)	618	99			
Stadium 1	10.5	13.1	0.755	2	.686
Stadium 2	68.0	67.7			
Stadium 3 oder 4	21.5	19.2			
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)^C	619	99			
0-3 Monate	88.0	94.9	4.155	1	.042
4 Monate oder mehr ^D	12.0	5.1			
Karnofsky-Index T1 (%)^E	619	99			
≤70	40.7	43.4	4.007	3	.261
80	46.8	39.4			
90	10.2	12.1			
100	2.3	5.1			
Art der OP (%)	619	99			
retropubisch	48.5	45.5	1.155	3	.764
perineal	1.1	1.0			
endoskopisch	14.4	12.1			
roboter-assistiert (Da Vinci)	36.0	41.4			

^AZusammenfassung von Tx, T1 und T2 aufgrund geringer Fallzahlen; ^BChi²-Test; ^Cbezogen auf das Datum der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik und das Datum der Diagnosestellung (Stanzbiopsie); ^DZusammenfassung von 4-6 und über 7 Monate aufgrund geringer Fallzahlen; ^EKarnofsky-Index: 100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung, 90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome, 80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome, 70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit

Psychische Belastung. In der stationären Stichprobe bestehen keine signifikanten Unterschiede der Responder und Nonresponder im Hinblick auf Ängstlichkeit und Depressivität (HADS) sowie die subjektive Belastung im Distressthermometer. Der Gruppenvergleich zeigt, dass Patienten, die auch 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) an der Studie teilgenommen haben, in den drei Parametern tendenziell geringere psychische Belastungen aufweisen (Tab. 4.86).

Tab. 4.86: Stichprobenvergleich der psychischen Belastung von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der stationären Patienten (N=718)

	Responder		Nonresponder		X ²	df	p ^A
	n		n				
Angstsymptomatik (%)	617		99				
unauffällig (0-7)		68.1		60.6			
grenzwertig (8-10)		18.3		24.2	2.422	2	.298
auffällig (≥ 11)		13.6		15.2			
Depressivitätssymptomatik (%)	618		99				
unauffällig (0-7)		78.6		72.7			
grenzwertig (8-10)		13.6		17.2	1.734	2	.420
auffällig (≥ 11)		7.8		10.1			
Subjektive Belastung (%)	618		97				
geringe Belastung (<5)		40.9		32.0	2.824	1	.093
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)		59.1		68.0			

^AChi²-Test

Nonresponder-Analyse der stationären Patienten: Zusammenfassung

Die Analyse zeigt, dass Responder im Vergleich zu Nonrespondern durchschnittlich ein Jahr älter sind, häufiger verheiratet sind und die Diagnosestellung (Stanzbiopsie) in mehr Fällen vier Monate oder länger zurückliegt. Hinsichtlich der weiteren soziodemographischen und medizinischen Charakteristika unterscheiden sich Responder und Nonresponder der stationären Stichprobe nicht signifikant voneinander. Auch im Hinblick auf die psychische Belastung zum Beginn der Rehabilitation (T1) bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede. Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass Patienten, die 12 Monate nach Ende der stationären Rehabilitation (T3) an der Studie teilgenommen haben, als repräsentativ für die stationäre Stichprobe zum Beginn der Rehabilitation (T1) beurteilt werden können.

4.8.2 Nonresponder-Analyse der ambulanten Patienten 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende

In den Tab. 4.87, Tab. 4.88 und Tab. 4.89 sind die soziodemographischen und medizinischen Daten der Responder und Nonresponder der ambulanten Patienten zum Messzeitpunkt T3 (ein Jahr nach Ende der Rehabilitation) aufgeführt. Die kategorialen Variablen wurden, analog zum Vorgehen bei der Nonresponder-Analyse der stationären Patienten, zum Teil aufgrund kleiner Fallzahlen zusammengefasst. Neben Chi²-Tests ist vor allem der exakte Test nach Fisher zur Anwendung gekommen, da die Gesamtfallzahl an Nonrespondern in dieser Patientengruppe mit 24 Patienten gering ausgefallen ist.

Soziodemographische Daten. Die Responder und Nonresponder unterscheiden sich bezüglich der soziodemographischen Daten kaum signifikant voneinander. Lediglich hinsichtlich des Alters besteht ein signifikanter Unterschied. So sind die Patienten, die 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (T3) den Fragebogen beantwortet haben, älter als die Patienten, die aus der Studie ausgeschieden sind (Responder: M=57.5, Nonresponder: M=54.2, Tab. 4.87).

Tab. 4.87: Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der ambulanten Patienten (N=119)

	Responder		Nonresponder		T/ X ²	df	P
	n		n				
Alter (M, SD)	95	57.5 (4.8)	24	54.2 (6.3)	2.333	30.192	.026 ^A
Familienstand (%)	95		23				
ledig		12.6		8.7			
verheiratet		80.0		73.9	-	-	.334 ^B
in Trennung/ geschieden/ verwitwet		7.4		17.4			
Schulabschluss	93		23				
Hauptschulabschluss		17.2		26.1			
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule		31.2		17.4	-	-	.435 ^B
Fachhochschulreife/ Abitur		48.4		56.5			
kein Abschluss/ sonstiges		3.2		-			
Beruflicher Stellenanteil (%)	93		23				
Vollzeit		90.3		95.7	-	-	.684 ^B
Teilzeit		9.7		4.3			
Berufliche Position	92		22				
Arbeiter		22.8		22.7			
Angestellter		45.7		36.4	2.016	3	.569 ^C
Selbstständiger		22.8		36.4			
Beamter		8.7		4.5			
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	90		23				
bis unter 2000 €		14.4		21.7			
2000 bis unter 3000 €		30.0		34.8	2.185	3	.535 ^C
3000 bis unter 4000 €		26.7		13.0			
4000 € und mehr		28.9		30.4			
SES^D	93		23				
Unterschicht		9.7		17.4			
Mittelschicht		44.1		47.8	1.587	2	.452 ^C
Oberschicht		46.2		34.8			

^AT-Test, ^BExakter Test nach Fisher, ^CChi²-Test, ^DSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Medizinische Daten. Responder und Nonresponder der ambulanten Patienten weisen in allen geprüften medizinischen Variablen ähnliche Werte auf. Sie unterscheiden sich nicht

signifikant voneinander bezüglich des Tumorstadiums, des UICC-Stadiums und des Zeitraums seit Diagnosestellung (Stanzbiopsie). Auch bezüglich des Karnofsky-Index^E und der Art der Operationen unterscheiden sich Responder und Nonresponder nicht signifikant voneinander (Tab. 4.88).

Tab. 4.88: Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der ambulanten Patienten (N=119)

	Responder		Nonresponder		X ²	df	p
	n		n				
Tumorstadium (%)	95		24				
Tx, T1 oder T2 ^A		83.2		87.5	-	-	.761 ^B
T3 oder T4		16.8		12.5			
UICC-Stadium (%)	95		24				
Stadium 1		17.9		16.7			
Stadium 2		65.3		70.8	-	-	.942 ^B
Stadium 3 oder 4		16.8		12.5			
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)^C	95		23				
0-3 Monate		80.0		82.6	-	-	1.00 ^B
4 Monate oder mehr ^D		20.0		17.4			
Karnofsky-Index T1 (%)^E	95		24				
≤70		-		-			
80		13.7		12.5	0.044	2	.978 ^F
90		58.9		58.3			
100		27.4		29.2			
Art der OP (%)	95		24				
retropubisch		68.4		62.5			
perineal		-		-	-	-	.301 ^B
endoskopisch		6.3		-			
roboter-assistiert (Da Vinci)		25.3		37.5			

^AZusammenfassung von Tx, T1 und T2 aufgrund geringer Fallzahlen; ^BExakter Test nach Fisher; ^Cbezogen auf das Datum der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik und das Datum der Diagnosestellung durch Stanzbiopsie; ^DZusammenfassung von 4-6 und über 7 Monate aufgrund geringer Fallzahlen; ^EKarnofsky-Index: 100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung, 90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome, 80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome, 70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit; ^FChi²-Test;

Psychische Belastung. Die Überprüfung der Responder und Nonresponder auf Unterschiede in Bezug auf das Ausmaß an psychischer Belastung führt zu nicht-signifikanten Ergebnissen. Die Mehrheit beider Gruppen weist zu Beginn der Rehabilitation (T1) unauffällige Angst- und Depressionswerte im HADS auf. Bezüglich des Distressthermometers berichtet ungefähr die Hälfte der Responder wie auch Nonresponder eine mittlere bis starke Belastung (Tab. 4.89).

Tab. 4.89: Stichprobenvergleich der psychischen Belastung von Respondern und Nonrespondern 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) der ambulanten Patienten (N=119)

	Responder		Nonresponder		X ²	df	p
	n		n				
Angstsymptomatik (%)	95		23				
unauffällig (0-7)		76.8		65.2			
grenzwertig (8-10)		14.7		17.4			.357 ^A
auffällig (≥ 11)		8.4		17.4			
Depressivitätssymptomatik (%)	95		23				
unauffällig (0-7)		78.9		78.3			
grenzwertig (8-10)		14.7		8.7			.519 ^A
auffällig (≥ 11)		6.3		13.0			
Subjektive Belastung (%)	95		24				
geringe Belastung (<5)		49.5		45.8	0.102	1	.750 ^B
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)		50.5		54.2			

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test

Nonresponder-Analyse der ambulanten Patienten: Zusammenfassung

12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) kann die Stichprobe der ambulanten Patienten, die noch an der Studie teilgenommen hat, als repräsentativ beurteilt werden für die Gesamtstichprobe der ambulanten Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1). Responder und Nonresponder unterscheiden sich bis auf eine Altersdifferenz von knapp vier Jahren in allen weiteren soziodemographischen und medizinischen Variablen nicht signifikant voneinander. Auch bezüglich der psychischen Ausgangssituation bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

4.9 Veränderungen im Katamnesezeitraum

Im Folgenden werden in Bezug auf den Katamnesezeitraum (Ende der Rehabilitation, T2 – ein Jahr nach Ende der Maßnahme, T3) Veränderungen im Bereich Partnerschaft/Familie und Beruf, positive und negative Lebensereignisse, die gesundheitliche Situation der Patienten wie auch die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen bzw. psychosozialer Angebote berichtet. Die Ergebnisse werden dabei für die Gesamtstichprobe sowie für stationäre und ambulante Patienten dargestellt.

4.9.1 Veränderungen seit Rehabilitationsende

Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) wurden die Patienten befragt, inwiefern Veränderungen in den Bereichen Familie/Partnerschaft sowie Beruf erlebt wurden und ob besonders belastende bzw. positive Lebensereignisse die Zeit seit Beendigung der Rehabilitation geprägt haben. Jeweils etwa ein Viertel der Patienten berichtet belastende (27%) und positive Ereignisse (26%), die bis zum Zeitpunkt der Befragung wirken. Berufliche Veränderungen werden von etwa 21% der Patienten beschrieben, während familiäre Veränderungen von 9% der Patienten und damit vergleichsweise seltener erlebt werden (Tab. 4.90).

Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass ambulante Patienten im Vergleich zu stationären Patienten häufiger von positiven (amb: 33%, stat: 25%) und seltener von negativen (amb: 23%, stat: 28%) Lebensereignissen im Katamnesezeitraum berichten. Die Gruppenunterschiede sind jedoch nicht signifikant. Berufliche Veränderungen werden signifikant häufiger von Patienten der stationären als der ambulanten Patientengruppe berichtet (amb: 13%, stat: 22%, $p=.039$, Tab. 4.90).

Tab. 4.90: Veränderungen in den Monaten 1 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei stationären und ambulanten Patienten (N=714)

Veränderungen seit der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=714)		Stationäre Patienten (N=619)		Ambulante Patienten (N=95)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Veränderung bzgl. Familie, Ehe oder Partnerschaft	66	9.4	61	10.0	5	5.3	2.174	1	.140
Veränderung bzgl. Beruf	146	20.6	134	21.9	12	12.6	4.279	1	.039
Ereignisse, die bis heute belasten	192	27.2	170	27.8	22	23.2	.940	1	.342
Ereignisse, die bis heute positiv wirken	180	25.8	149	24.6	31	33.0	2.967	1	.085

^AChi²-Test

4.9.2 Gesundheitliche Situation im Katamnesezeitraum

Ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme (T3) machten die Patienten Angaben über die Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation im Katamnesezeitraum. Die überwiegende Zahl der Patienten berichtet von einem positiven Krankheitsverlauf. Bei 90% der ambulanten und 88% der stationären Patienten ist weiterhin kein Tumor nachweisbar. In den Patientengruppen berichten etwas mehr ambulante als stationäre Patienten negative Entwicklungen der Krebserkrankung in Form eines Wiederauftretens bzw. einer Metastasierung des Tumors (amb: 5%, stat: 3%). Die Patientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation nicht signifikant voneinander. Dies gilt auch für das Vorliegen weiterer beeinträchtigender Erkrankungen, an denen jeweils etwa ein Viertel der ambulanten und stationären Patienten leidet (Tab. 4.91).

Tab. 4.91: Entwicklung der Krebserkrankung in den Monaten 1 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei stationären und ambulanten Patienten (N=714)

Veränderungen seit der Rehabilitation	Gesamte Stichprobe (N=714)		Stationäre Patienten (N=619)		Ambulante Patienten (N=95)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
weiterhin kein Tumor nachweisbar	620	88.3	536	88.2	84	89.4	4.126	--	.332 ^A
Zurückbildung der Tumorerkrankung	12	1.7	11	1.8	1	1.1			
Wiederauftreten des ursprünglichen Tumors	12	1.7	9	1.5	3	3.2			
Metastasierung	8	1.1	6	1.0	2	2.1			
Sonstiges	50	7.1	46	7.6	4	4.2			
Auftreten anderer, stark beeinträchtigender Erkrankungen	188	26.3	165	27.2	23	24.2	.370	1	.543 ^B

^AExakter Test nach Fisher, ^BChi²-Test

4.9.3 Behandlungen seit Rehabilitationsende

Neben der gesundheitlichen Situation wurden die Patienten dazu befragt, inwiefern sie im Katamnesezeitraum krebsspezifisch und medizinisch behandelt wurden und ob sie psychosoziale Angebote in Anspruch genommen haben.

Krebsspezifische Behandlungen und Aufenthalte: Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). In der untersuchten Stichprobe stellen strahlentherapeutische (12%) und Hormonbehandlungen (5%) die am häufigsten erhaltenen krebsspezifischen Interventionen dar. Dabei erhalten doppelt so viele stationäre wie ambulanten Patienten eine Strahlentherapie (amb: 7%, stat: 13%), dieser Gruppenunterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Operationen, Chemotherapie und Schmerzmedikation liegen in beiden Patientengruppen geringe Fallzahlen vor (Tab. 4.92).

Im Jahr nach Rehabilitationsende haben etwa 22% der Patienten eine stationäre und 7% eine ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen. Der Gruppenvergleich zeigt, dass die Patientengruppen im Katamnesezeitraum überwiegend wieder das im Rahmen der AHB in Anspruch genommene Rehabilitationssetting wählen bzw. diesem zugewiesen werden. Entsprechend besteht hier ein signifikanter Gruppenunterschied (jeweils $p < .001$). Knapp 7% der Patienten erleben im Katamnesezeitraum einen stationären Krankenhausaufenthalt. Dabei berichten stationäre Patienten häufiger einen entsprechenden Aufenthalt, ohne dass hier jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen vorliegt (Tab. 4.92).

Tab. 4.92: Krebsspezifische Behandlungen in den Monaten 1 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei stationären und ambulanten Patienten (N=714)

Krebsspezifische Behandlungen	Gesamte Stichprobe (N=714)		Stationäre Patienten (N=619)		Ambulante Patienten (N=95)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Behandlung									
Operation	12	1.8	10	1.7	2	2.2	--	--	.674 ^A
Chemotherapie	2	0.3	1	0.2	1	1.1	--	--	-- ^B
Strahlentherapie	84	12.1	77	12.8	7	7.4	2.276	1	.131 ^C
Hormonbehandlung	31	4.6	27	4.7	4	4.3	--	--	1.000 ^A
Schmerzmedikation	15	2.3	14	2.4	1	1.1	--	--	.706 ^A
Andere	14	2.3	13	2.4	1	1.1	--	--	.705 ^A
Stationäre Aufenthalte									
Rehabilitationseinrichtung	148	21.8	145	24.4	3	3.6	18.680	1	<.001 ^C
Krankenhaus	40	6.6	37	7.1	3	3.7	1.356	1	.244 ^C
Ambulante Aufenthalte									
Rehabilitationseinrichtung	40	6.5	17	3.2	23	25.3	62.466	1	<.001 ^C

^AExakter Test nach Fisher; ^Baufgrund zu geringer Fallzahlen wurde keine Signifikanztestung durchgeführt; ^CChi²-Test

Ambulante Behandlungen: Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). In den 12 Monaten seit Beendigung der uro-onkologischen Rehabilitation geben knapp 40% der Patienten in der Gesamtstichprobe an, in hausärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Die Inanspruchnahme onkologischer Betreuung wurde von 18% der Patienten bestätigt. Dabei zeigt sich, dass stationäre Patienten im Vergleich zu ambulanten Patienten anteilig etwas häufiger einen Hausarzt aufgesucht haben (amb: 35%, stat: 38%) und geringfügig seltener in onkologischer Behandlung waren (amb: 20%, stat: 18%). Diese Gruppenunterschiede sind jedoch nicht signifikant (Tab. 4.93).

Im Hinblick auf psychosoziale Angebote nehmen insgesamt 9% der Patienten psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, während ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen nur von einem geringen Anteil der Patienten berichtet wird. Die Inanspruchnahme einer beruflichen Beratung wird von 3% der Patienten angegeben. Der Gruppenvergleich zeigt, dass stationäre Patienten etwas häufiger einen niedergelassenen Psychotherapeuten (amb: 6%, stat: 9%) und ambulante Patienten eine Krebsberatungsstelle (amb: 3%, stat: 1%) aufgesucht haben. Insgesamt bestehen jedoch nur geringfügige Gruppenunterschiede ohne statistische Signifikanz, so dass stationäre und ambulante Patienten ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten bezüglich psychosozialer Angebote aufweisen (Tab. 4.93).

Tab. 4.93: Ambulante Behandlungen in den Monaten 1 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei stationären und ambulanten Patienten (N=714)

	Gesamte Stichprobe (N=714)		Stationäre Patienten (N=619)		Ambulante Patienten (N=95)		χ ²	%	p
	n	%	n	%	n	%			
Ambulante medizinische Behandlungen									
Hausarzt	242	37.7	212	38.1	30	34.9	.334	1	.563 ^A
Onkologe	107	17.9	91	17.6	16	19.5	.170	1	.680 ^A
Heilpraktiker	18	3.4	15	3.2	3	4.2	--	--	.722 ^B
Ambulante psychosoziale Behandlungen									
niedergelassener Psychotherapeut	62	8.7	56	9.1	6	6.4	.750	1	.386 ^A
Selbsthilfegruppe	24	3.5	22	3.7	2	2.1	--	--	.759 ^B
Krebsberatungsstelle	10	1.4	7	1.2	3	3.2	--	--	.145 ^B
berufliche Beratung	20	2.9	18	3.1	2	2.2	--	--	1.000 ^B
anderes	11	1.9	9	1.8	2	2.5	--	--	.652 ^B

^AChi²-Test; ^BExakter Test nach Fisher

Veränderungen im Katamnesezeitraum: Zusammenfassung

Bezüglich **positiver und belastender Lebensereignisse** seit Beendigung der Rehabilitation unterscheiden sich die Patientengruppen nicht. Stationäre Patienten sind signifikant häufiger von **beruflichen Veränderungen** betroffen gewesen als ambulante Patienten.

Sowohl in der ambulanten wie auch der stationären Patientengruppe ist bei der Mehrheit der

Patienten auch ein Jahr nach Rehabilitationsende kein Tumor nachweisbar. Negative **Entwicklungen der Krebserkrankung** werden insgesamt selten und geringfügig häufiger von ambulanten Patienten berichtet. Es liegt jedoch kein signifikanter Gruppenunterschied vor. Im Hinblick auf **krebsspezifische Behandlungen** unterscheiden sich die Patientengruppen nicht signifikant, stationäre Patienten haben im Vergleich zu ambulanten Patienten jedoch häufiger eine Strahlentherapie erhalten. In der **Inanspruchnahme einer stationären bzw. ambulanten Rehabilitation** im Katamnesezeitraum unterscheiden sich die Patientengruppen signifikant, wobei die Patienten überwiegend das bereits in der AHB aufgesuchte bzw. zugewiesene Rehabilitationssetting wahrnehmen. Hinsichtlich der Inanspruchnahme **ambulanter medizinischer Behandlungen** ähneln sich beide Patientengruppen, wobei der Kontakt zum Hausarzt von über einem Drittel der Patienten und damit am häufigsten berichtet wird. Die Inanspruchnahme **ambulanter psychosozialer Behandlungen** gestaltet sich bei ambulanten und stationären Patienten ähnlich und ist eher als gering einzuschätzen. In beiden Gruppen wurden am ehesten niedergelassene Psychotherapeuten aufgesucht.

4.10 Effekte der Rehabilitation

Im Folgenden werden die Effekte der Rehabilitation hinsichtlich der beruflichen und psychosozialen Situation der Patienten dargestellt. Dabei werden die Katamneseergebnisse getrennt für stationäre und ambulante Patienten berichtet sowie für die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) zur Arbeit zurückgekehrt sind bzw. zu T3 nicht arbeiten. Im Falle eines Einflusses der Variable sozio-ökonomischer Status auf die Outcomevariablen werden diese Ergebnisse zusätzlich berichtet und die dazugehörigen Ergebnistabellen im Anhang aufgeführt.

4.10.1 Rückkehr zur Arbeit

Anhand der vorliegenden Daten wird die Rückkehr zur Arbeit sowie die Zeit bis zur beruflichen Rückkehr ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende überprüft. Dabei wird die Rückkehr zur Arbeit wie folgt definiert:

- Als zur Arbeit zurückgekehrt gelten Patienten, die innerhalb des Katamnesezeitraums an ihren alten oder einen anderen Arbeitsplatz zurückgekehrt sind und zu T3 arbeiten.
- Als nicht zur Arbeit zurückgekehrt gelten Patienten, die innerhalb des Katamnesezeitraums entweder gar nicht oder nur zwischenzeitlich an ihren alten oder einen anderen Arbeitsplatz zurückgekehrt sind und zu T3 nicht arbeiten. Gründe dafür können der Verlust des Arbeitsplatzes, eine Krankschreibung sowie der Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente sein.

Aus den Analysen zur beruflichen Rückkehr wurden drei Patienten ausgeschlossen, zu denen bezüglich der o.g. Definition aufgrund fehlender Angaben keine Definition möglich war.

Insgesamt basieren die Auswertungen auf einer Stichprobe von 711 Patienten.

Aufnahme der beruflichen Tätigkeiten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Insgesamt sind ein Jahr nach Rehabilitationsende n=618 Patienten (87%) wieder in den Beruf zurückgekehrt. Darüber hinaus befinden sich 4% der Patienten in Alters- und 3% in Erwerbsminderungsrente, jeweils 3% sind krankgeschrieben bzw. arbeitslos geworden und gelten damit als nicht zurückgekehrt (Tab. 4.94).

Hinsichtlich der Rückkehrraten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) unterscheiden sich die Patienten im ambulanten und stationären Setting nicht signifikant voneinander.

Ein Jahr nach Rehabilitationsende liegt die Rückkehrrate in der stationären Patientengruppe bei 87%. Insgesamt sind hier 4% der Patienten in Altersrente gegangen und 3% beziehen eine Erwerbsminderungsrente. Jeweils weitere 3% der Patienten sind krankgeschrieben bzw. arbeitslos geworden (Tab. 4.94, Abb. 4.33).

Von den ambulanten Patienten sind ein Jahr nach Rehabilitationsende 88% zurückgekehrt. 4% der Patienten beziehen eine Alters- und 1% eine Erwerbsminderungsrente, weitere 4% sind krankgeschrieben und 2% sind arbeitslos geworden (Abb. 4.34).

Tab. 4.94: Berufliche Rückkehrrate der stationären und ambulanten Patienten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) (N=711)

Berufliche Rückkehr- rate (T3)	Gesamte Stichprobe (N=711)		Stationäre Patienten (N=617)		Ambulante Patienten (N=94)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Zur Arbeit zurück- gekehrt	618	86.9	535	86.7	83	88.3	.181	1	.671
Nicht zur Arbeit zu- rückgekehrt	93	13.1	82	13.3	11	11.7			
krank geschrieben	23	3.2	19	3.1	4	4.3			
arbeitslos geworden	21	3.0	19	3.1	2	2.1			
Bezug einer Erwerbs- minderungsrente	19	2.7	18	2.9	1	1.1			
Altersrente	30	4.2	26	4.2	4	4.3			

^AChi²-Test

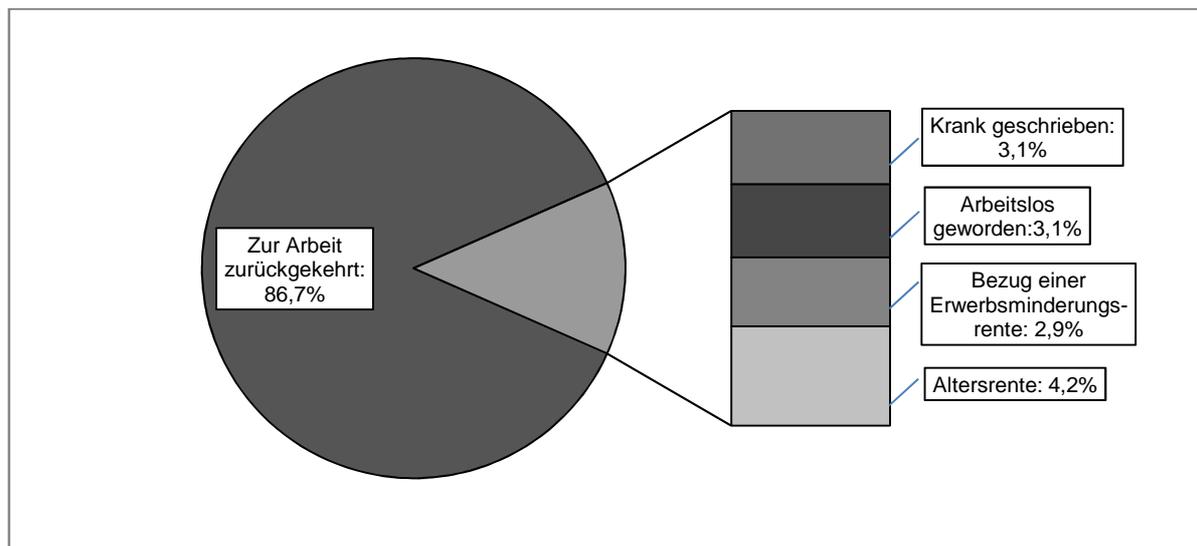


Abb. 4.33: Berufliche Tätigkeit der stationären Patienten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (N=617), Angaben in %

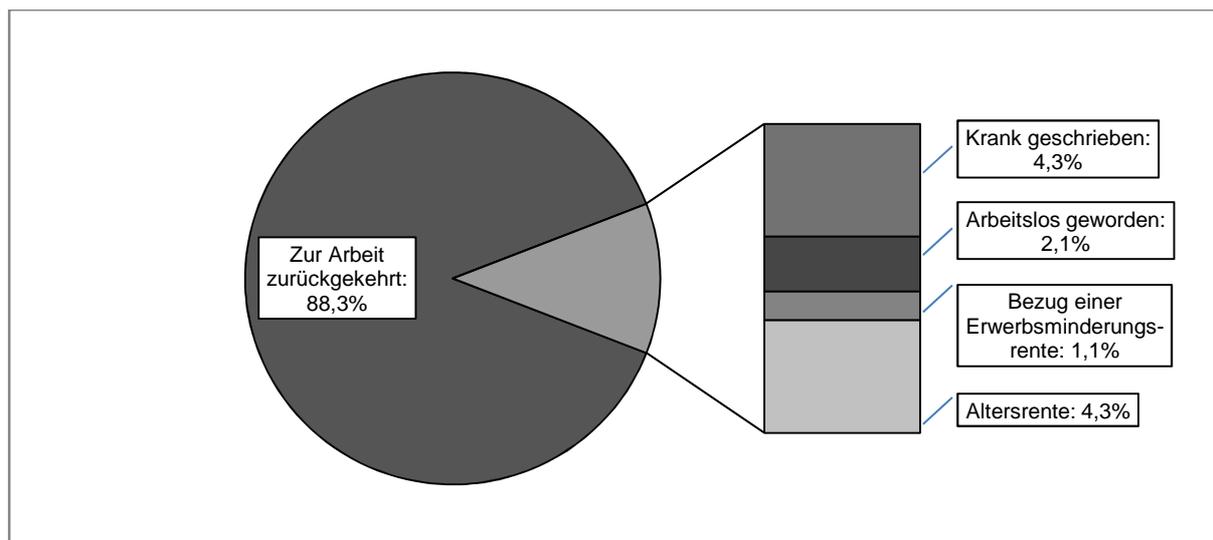


Abb. 4.34: Berufliche Tätigkeit der ambulanten Patienten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (N=94), Angaben in %

Zeit bis Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3).

Die zurückgekehrten Patienten nehmen ihre Arbeit im Durchschnitt innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme wieder auf (M=11.7 Wochen, Median: 8.4 Wochen). In der ambulanten Gruppe nehmen die Patienten ihre Berufstätigkeit im Mittel drei Wochen früher auf als in der stationären Gruppe (amb: M=8.6 Wochen, Median=3.3 Wochen; stat: M=12.1 Wochen, Median=8.7 Wochen). Die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der ambulanten und der stationären Gruppe sind signifikant (p=.030; Tab. 4.95; Mediane nicht tabellarisch dargestellt). Darüber hinaus liegt bezüglich der Zeit bis zur beruflichen Rückkehr ein signifikanter Einfluss des sozio-ökonomischen Status vor. Patienten der Oberschicht kehren im Vergleich zu Patienten der Mittelschicht durchschnittlich 4 Wochen und im Vergleich zu Patienten der Unterschicht 7 Wochen früher zur Arbeit zurück (p<.001; siehe im Anhang Tab. B.14 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte; Mediane nicht dargestellt).

Tab. 4.95: Zeit bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte stationäre und ambulante Patienten (T3) (N=618)

Zeit bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ^A	Gesamte Stichprobe (N=618)			Stationäre Patienten (N=535)			Ambulante Patienten (N=83)			T	df	p ^B	d ^C
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
Zeit in Wochen	562	11.7	12.5	493	12.1	12.4	69	8.6	12.7	2.177	560	.030	0.3

^AZeit zwischen Entlassdatum (Reha-Entlassbericht) und Datum der Rückkehr zur Arbeit; ^BT-Test; ^C Effektstärke Cohen's d

Knapp die Hälfte der zurückgekehrten Patienten nimmt ihre berufliche Tätigkeit innerhalb eines Monats nach Rehabilitationsende wieder auf. Der Vergleich ambulanter und stationärer Patienten zeigt, dass drei Viertel der ambulanten und 44% der stationären Patienten inner-

halb eines Monats zur Arbeit zurückkehren. Die Gruppen unterscheiden sich im Hinblick auf dieses Merkmal signifikant voneinander ($p < .001$; Tab. 4.96). Darüber hinaus liegt bezüglich der Dauer der beruflichen Rückkehr ein Einfluss des sozio-ökonomischen Status vor. Während 70% der Patienten der Oberschicht innerhalb eines Monats zurückkehren, trifft dies auf Patienten der Mittel- (43%) und Unterschicht (31%) deutlich seltener zu ($p < .001$; siehe im Anhang Tab. B.15 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.96: Dauer der beruflichen Rückkehr für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte stationäre und ambulante Patienten (T3) (N=618)

Dauer der beruflichen Rückkehr (T3)	Gesamte Stichprobe (N=618)		Stationäre Patienten (N=535)		Ambulante Patienten (N=83)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
innerhalb eines Monats	297	48.4	235	44.3	62	74.7	26.637	1	<.001
nach mehr als einem Monat	317	51.6	296	55.7	21	25.3			

^AChi²-Test

Art der Aufnahme der beruflichen Tätigkeiten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3).

Insgesamt nehmen etwa zwei Drittel aller Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende in zur Arbeit zurückgekehrt sind, eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch. Im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeit mit oder ohne stufenweise Wiedereingliederung unterscheiden sich ambulante und stationäre Patienten nicht signifikant voneinander (Tab. 4.97). Darüber hinaus liegt ein signifikanter Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf die Inanspruchnahme einer stufenweisen Wiedereingliederung vor. Im Vergleich zu Patienten der Oberschicht (28%) berichten unterschichts- (59%) und mittelschichtszugehörige Patienten (38%) häufiger eine Wiederaufnahme der Arbeit mit stufenweiser Wiedereingliederung ($p = .032$; siehe im Anhang Tab. B.16 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.97: Art der beruflichen Rückkehr für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte stationäre und ambulante Patienten (T3) (N=618)

Art der beruflichen Rückkehr (T3)	Gesamte Stichprobe (N=618)		Stationäre Patienten (N=535)		Ambulante Patienten (N=83)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
ohne stufenweise Wiedereingliederung	394	64.2	340	64.0	54	65.1	0.033	1	.856
mit stufenweiser Wiedereingliederung	220	35.8	191	36.0	29	34.9			

^AChi²-Test

Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3).

Die Auswertungen zeigen, dass sich die berufliche Tätigkeit sowohl in der stationären als auch der ambulanten Gruppe nur bei einem kleinen Anteil der Patienten ändert. Patienten beider Settings kehren mehrheitlich an den alten Arbeitsplatz zurück und üben dort ihre gewohnten Tätigkeiten aus (amb: 96%, stat: 93%). Ein geringer Anteil der Patienten beider Settings führt andere Tätigkeiten beim gleichen Arbeitgeber aus (amb: 2%, stat: 4%) oder hat den Betrieb gewechselt (amb: 1%, stat: 2%). Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant (Tab. 4.98). Bezüglich des sozio-ökonomischen Status zeigt sich, dass Patienten der Oberschicht geringfügig häufiger wieder ihre gewohnte Tätigkeit am alten Arbeitsplatz aufnehmen als Patienten der Unter- und Mittelschicht ($p=.021$; siehe im Anhang Tab. B.17 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.98: Veränderung der beruflichen Tätigkeit für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte stationäre und ambulante Patienten (T3) (N=618)

Veränderung der beruflichen Tätigkeit (T3)	Gesamte Stichprobe (N=618)		Stationäre Patienten (N=535)		Ambulante Patienten (N=83)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
gewohnte Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	576	93.4	496	92.9	80	96.4	.825	--	.830
andere Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	22	3.6	20	3.7	2	2.4			
neuer Arbeitsplatz mit ähnlichen oder anderen Tätigkeiten	11	1.8	10	1.9	1	1.2			
sonstiges	8	1.3	8	1.5	0	0.0			

^AExakter Test nach Fisher

4.10.2 Berufliche Leistungsfähigkeit

Ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T3) schätzen sich 49% der stationären und 58% der ambulanten Patienten als voll leistungsfähig ein. Über 40% beider Gruppen berichtet eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (amb: 40%, stat: 48%). Der Anteil der gar nicht leistungsfähigen Patienten ist zu T3 gering (amb: 1%, stat: 3%). Die Analysen über den Zeitverlauf (T1-T3) zeigen, dass in beiden Patientengruppen eine signifikante Steigerung der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit zu verzeichnen ist, wobei der Leistungsanstieg bei stationären Patienten ausgehend von niedrigeren Ausgangswerten stärker ausfällt (jeweils $p<.001$, Tab. 4.99). So berichteten zu Beginn der Rehabilitation lediglich 11% der stationären und 20% der ambulanten Patienten volle Leistungsfähigkeit. Während zu Beginn der Rehabilitation (T1, auf Basis der 837 Patienten in Kapitel 4.1.1.2) noch ein signifikanter Gruppenunterschied bestand, unterscheiden sich die Patienten zu T3 nicht mehr in ihrer Leistungseinschätzung.

Der Vergleich der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten zeigt, dass sich zurückgekehrte Patienten zu T3 signifikant häufiger als voll leistungsfähig einschätzen ($p < .001$; zurückgekehrt: 54%, nicht zurückgekehrt: 12%). Die Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit von T1 zu T3 fällt bei zurückgekehrten Patienten deutlich stärker aus, ist aber in beiden Gruppen signifikant (Tab. 4.100). Darüber hinaus besteht zu T3 ein signifikanter Einfluss des sozio-ökonomischen Status in Bezug auf die berufliche Leistungsfähigkeit ($p < .001$). Patienten der Oberschicht (67%) berichten deutlich häufiger eine volle Leistungsfähigkeit als Patienten der Unter- (31%) und Mittelschicht (49%). Alle drei Gruppen verzeichnen von T1 zu T3 einen signifikanten Leistungsanstieg (jeweils $p < .001$; siehe im Anhang Tab. B.18 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.99: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Rehabilitation (T1) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) bei stationären und ambulanten Patienten (N=711)

Entwicklung der subjektiven Leistungsfähigkeit (T1–T3)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T3		Wilcoxon ^A (T1-T3)		X ² (T3) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p ^C
eigene Leistungseinschätzung									
<i>Gesamtstichprobe</i>									
voll leistungsfähig	80	12.0	335	50.1					
eingeschränkt leistungsfähig	437	65.4	314	47.0					
gar nicht leistungsfähig	151	22.6	19	2.8					
<i>stationär</i>									
voll leistungsfähig	62	10.7	283	48.9	-15.353	<.001	2.992	--	.238
eingeschränkt leistungsfähig	383	66.1	278	48.0					
gar nicht leistungsfähig	134	23.1	18	3.1					
<i>ambulant</i>									
voll leistungsfähig	18	20.2	52	58.4	-6.313	<.001			
eingeschränkt leistungsfähig	54	60.7	36	40.4					
gar nicht leistungsfähig	17	19.1	1	1.1					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während des Katamnesezeitraums (nur Patienten, zu denen für die Variable „subjektive Leistungsfähigkeit“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal ein Jahr nach Rehabilitation; ^CExakter Test nach Fisher

Tab. 4.100: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Rehabilitation (T1) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) bei zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=711)

Entwicklung der subjektiven Leistungsfähigkeit (T1-T3)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests							
	T1		T3		Wilcoxon ^A (T1-T3)		χ ² (T3) ^B					
	n	%	n	%	Z	p	χ ²	df	p ^C			
<i>Zurückgekehrt</i>												
voll leistungsfähig	76	12.4	328	53.7	-16.398	<.001	89.136	--	<.001			
eingeschränkt leistungsfähig	412	67.4	280	45.8								
gar nicht leistungsfähig	123	20.1	3	0.5								
<i>Nicht zurückgekehrt</i>												
voll leistungsfähig	4	7.0	7	12.3	-2.742	.006						
eingeschränkt leistungsfähig	25	43.9	34	59.6								
gar nicht leistungsfähig	28	49.1	16	28.1								

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während des Katamnesezeitraums (nur Patienten, zu denen für die Variable „subjektive Leistungsfähigkeit“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal ein Jahr nach Rehabilitation; ^CExakter Test nach Fisher

4.10.3 Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten

Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) ist die Mehrheit der zur Arbeit zurückgekehrten stationären wie auch ambulanten Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht krankgeschrieben (amb: 99%, stat: 94%). Entsprechend unterscheiden sich beide Patientengruppen im Hinblick auf den Krankenstand nicht signifikant (Tab. 4.101, Abb. 4.35). Bezüglich des sozio-ökonomischen Status zeigt sich ein knapp signifikanter Einfluss dieses Faktors auf den Krankenstand zum Zeitpunkt der Datenerhebung, wobei die Unterschiede zwischen den Gruppen klinisch nicht relevant sind (p=.048; siehe im Anhang Tab. B.19 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Die Auswertung bezüglich der Krankschreibungen in den letzten 12 Monaten ergibt für zur Arbeit zurückgekehrte Patienten, dass die meisten gar nicht (amb: 53%, stat: 41%) bzw. 0-5 Wochen (amb: 35%, stat: 33%) arbeitsunfähig waren. Es zeigt sich, dass stationäre Patienten signifikant häufiger und auch über einen längeren Zeitraum krankgeschrieben sind bzw. waren als ambulante Patienten (p=.024). So berichten etwa 10% mehr ambulante Patienten, in den zurückliegenden 12 Monaten gar nicht krankgeschrieben gewesen zu sein. Im Hinblick auf die Dauer der Krankschreibung liegt bei doppelt so vielen stationären wie ambulante Patienten eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von sechs Wochen oder mehr vor (amb:

12%, stat: 26%, Tab. 4.101, Abb. 4.36). Darüber hinaus besteht ein signifikanter Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf die Dauer der Krankschreibung ($p=.001$). Im Vergleich zu 30% der unterschichts- und 41% der mittelschichtsangehörigen Patienten berichten über die Hälfte der Patienten aus der Oberschicht, in den letzten 12 Monaten gar nicht krankgeschrieben gewesen zu sein (siehe im Anhang Tab. B.19 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.101: Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten (T3) (N=618)

Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten (T3)	Gesamte Stichprobe (N=618)		Stationäre Patienten (N=535)		Ambulante Patienten (N=83)		χ^2	df	p^A
	n	%	n	%	n	%			
Aktuelle Krankschreibung									
aktuell nicht krankgeschrieben	582	94.5	500	93.8	82	98.8	2.384	--	.432
0-5 Wochen	18	2.9	17	3.2	1	1.2			
6-25 Wochen	13	2.1	13	2.4	0	0.0			
25-52 Wochen	3	0.5	3	0.6	0	0.0			
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten									
gar nicht	261	42.4	217	40.9	44	53.0	9.306	--	.024
0-5 Wochen	204	33.2	175	32.9	29	34.9			
6-25 Wochen	116	18.9	107	20.1	9	10.8			
25-52 Wochen	34	5.5	33	6.2	1	1.2			

^AExakter Test nach Fisher

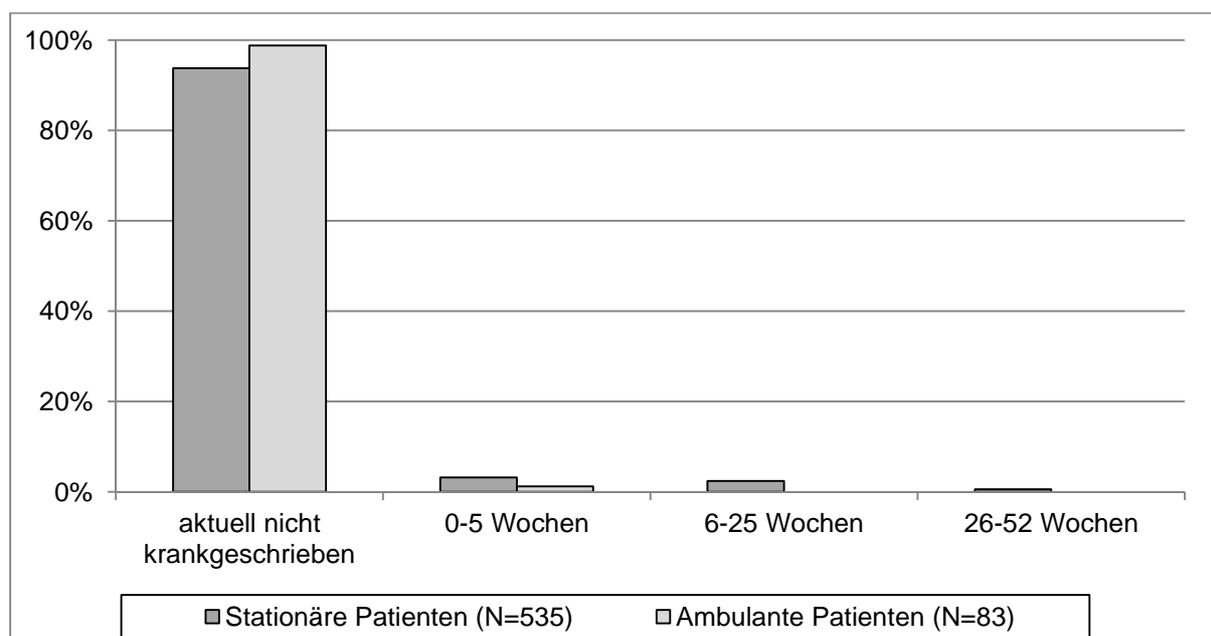


Abb. 4.35: Aktuelle Krankschreibung der ein Jahr nach Ende der Rehabilitation zur Arbeit zurückgekehrten stationären und ambulanten Patienten (T3) (N=618)

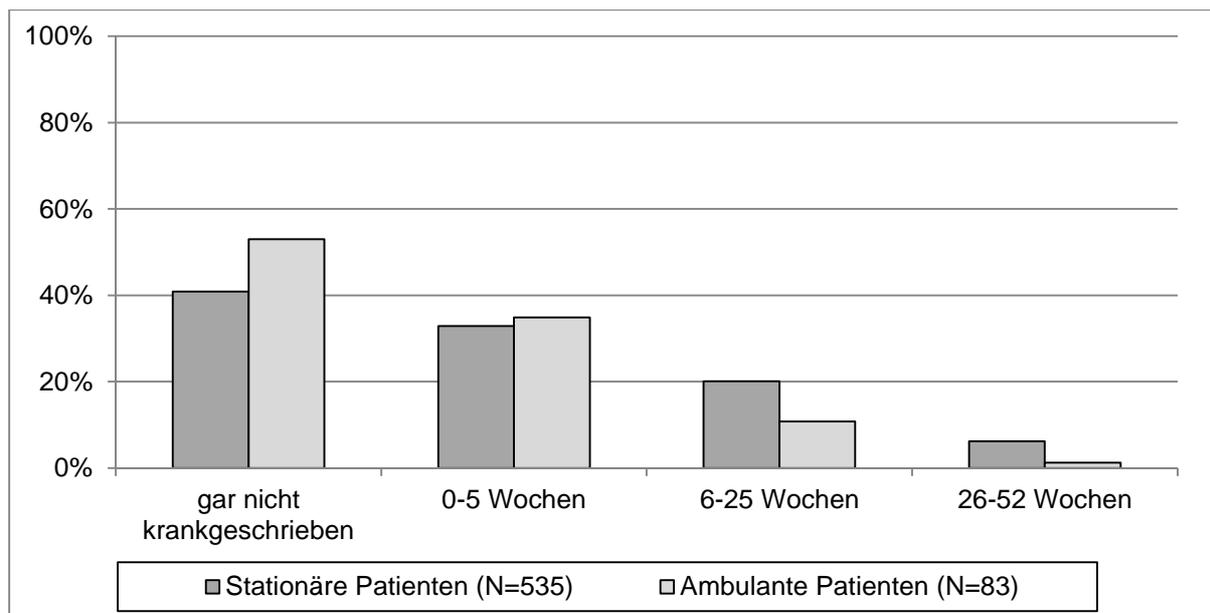


Abb. 4.36: Anzahl an Arbeitsunfähigkeitswochen in den letzten 12 Monaten der ein Jahr nach Ende der Rehabilitation zur Arbeit zurückgekehrten stationären und ambulanten Patienten (T3) (N=618)

4.10.4 Antrag auf Erwerbsminderungsrente und Schwerbehindertenausweis

Die Mehrheit der Patienten hat im Katamnesezeitraum keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt oder beabsichtigt einen entsprechenden Antrag (73%, Tab. 4.102). Ein Jahr nach Rehabilitation haben insgesamt 95% der Patienten einen Schwerbehindertenausweis erhalten. Häufigster Grad der Behinderung sind 50 oder weniger sowie 80 oder mehr (Tab. 4.103, Tab. 4.104).

Der Vergleich zeigt, dass sich die Patientengruppen hinsichtlich der Häufigkeit eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente nicht signifikant unterscheiden, obwohl ambulante Patienten seltener einen entsprechenden Antrag gestellt haben bzw. dies beabsichtigen als stationäre Patienten (amb: 18%, stat: 29%, Tab. 4.102). Zum Zeitpunkt der Katamnese haben jeweils knapp 95% beider Patientengruppen einen Schwerbehindertenausweis erhalten und unterscheiden sich bezüglich dieses Merkmals nicht signifikant. Stationäre Patienten erhalten im Vergleich zu ambulanten Patienten signifikant häufiger einen höheren Grad der Behinderung ($p=.036$; Tab. 4.103, Tab. 4.104).

Bezüglich des sozio-ökonomischen Status bestehen statistisch signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die Häufigkeit eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente ($p=.049$) und auf den Grad der Behinderung ($p=.024$). So beabsichtigen Patienten der Oberschicht (15%) seltener als Patienten der Unter- (28%) und Mittelschicht (24%), einen Rentenanspruch zu stellen und erhalten seltener einen Grad der Behinderung von 80 oder mehr (siehe im Anhang Tab. B.20 und Tab. B.21 für deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte).

Tab. 4.102: Antrag auf Erwerbsminderungsrente im Katamnesezeitraum (T3) (N=711)

	Gesamte Stichprobe (N=711)		Stationäre Patienten (N=617)		Ambulante Patienten (N=94)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Rentenantrag beabsichtigt (Erwerbsminderungsrente)									
ja	145	21.9	132	23.0	13	14.8			
nein	482	72.7	410	71.3	72	81.8	3.995	-	.140
bereits Antrag gestellt	36	5.4	33	5.7	3	3.4			

^AExakter Test nach Fisher

Tab. 4.103: Antrag auf Schwerbehindertenausweis im Katamnesezeitraum (T3) (N=711)

	Gesamte Stichprobe (N=711)		Stationäre Patienten (N=617)		Ambulante Patienten (N=94)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Schwerbehindertenausweis nach der Reha									
ja, erhalten	662	94.6	576	94.7	86	93.5			
beantragt	9	1.3	8	1.3	1	1.1	.709	-	.835
nein	29	4.1	24	3.9	5	5.4			

^AExakter Test nach Fisher

Tab. 4.104: Zugesprochener Grad der Behinderung bei Erhalt eines Schwerbehindertenausweises (T3) (N=662)

	Gesamte Stichprobe (N=662)		Stationäre Patienten (N=576)		Ambulante Patienten (N=86)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Grad der Behinderung									
50 oder weniger	324	49.6	270	47.5	54	64.3			
60	107	16.4	98	17.2	9	10.7	8.546	3	.036
70	44	6.7	39	6.9	5	6.0			
80 und mehr	178	27.3	162	28.5	16	19.0			

^AChi²-Test

4.10.5 Rückkehr zur Arbeit unter Anwendung der Kriterien von Bürger et. al.

Folgende Kriterien legen Bürger et al. (2001) einer erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit zugrunde:

- (1) Der Patient ist wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt.
- (2) Ein Jahr nach Wiedereinstieg liegt die Arbeitsunfähigkeit nicht über 12 Wochen.
- (3) Der Patient hat keinen Rentenantrag gestellt.
- (4) Der Patient hat nicht die Intention, einen Rentenantrag zu stellen.

Für die Beurteilung der vorliegenden Stichprobe bedarf es einer Modifizierung des zweiten Kriteriums. Hintergrund ist, dass ein substanzieller Anteil der Patienten noch nicht wieder seit einem Jahr zur Arbeit zurückgekehrt ist. Um dennoch die Wochen an Arbeitsunfähigkeit als Kriterium einer erfolgreichen beruflichen Rückkehr einzubeziehen, wird folgendes definiert:

- (2) Patienten dürfen, auf den Zeitraum seit der Rückkehr zur Arbeit zurückgerechnet, nicht mehr als eine Woche pro Monat aufgrund von Krankheit von ihrem Arbeitsplatz abwesend gewesen sein.

Es zeigt sich, dass 48% der n=330 stationären und 54% der n=46 ambulanten Patienten, für die die modifizierten Kriterien nach Bürger et al. (Bürger et al., 2001) angewendet werden konnten, als erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt gelten. Die Patientengruppen unterscheiden bezüglich der erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit nicht signifikant voneinander (Tab. 4.105). In der Gruppe der nicht als erfolgreich zurückgekehrt geltenden Patienten zeigt sich, dass ein substanzieller Anteil von Patienten ihre Arbeit ein Jahr nach Rehabilitationsende zwar wieder aufgenommen hat, jedoch zu hohe Krankheitszeiten aufweist. Hiervon sind ambulante Patienten häufiger betroffen als stationäre Patienten (amb: 76%, stat: 50%, Tab. 4.105, Abb. 4.37). Bei einem höheren Anteil stationärer als ambulanter Patienten liegt die Intention eines Rentenanspruchs vor bzw. ein Rentenanspruch wurde gestellt (amb: 19%, stat: 46%; Tab. 4.105, Abb. 4.38).

Tab. 4.105: Berufliche Rückkehr der stationären und ambulanten Patienten nach Anwendung der modifizierten Bürger-Kriterien (N=376)

Berufliche Rückkehr-rate nach Anwendung der Bürger-Kriterien (T3)	Gesamte Stichprobe (N=376)		Stationäre Patienten (N=330)		Ambulante Patienten (N=46)		χ ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	184	48.9	159	48.2	25	54.3	.614	1	.433
nicht erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	192	51.1	171	51.8	21	45.7			
nicht wieder am Arbeitsplatz zurückgekehrt,	8	2.1	7	2.1	1	2.2			
aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit	102	27.1	86	26.1	16	34.8			
zurückgekehrt, aber Intention einen Rentenanspruch zu stellen	72	19.1	69	20.9	3	6.5			
zurückgekehrt, aber Rentenanspruch gestellt	10	2.7	9	2.7	1	2.2			

^AChi²-Test

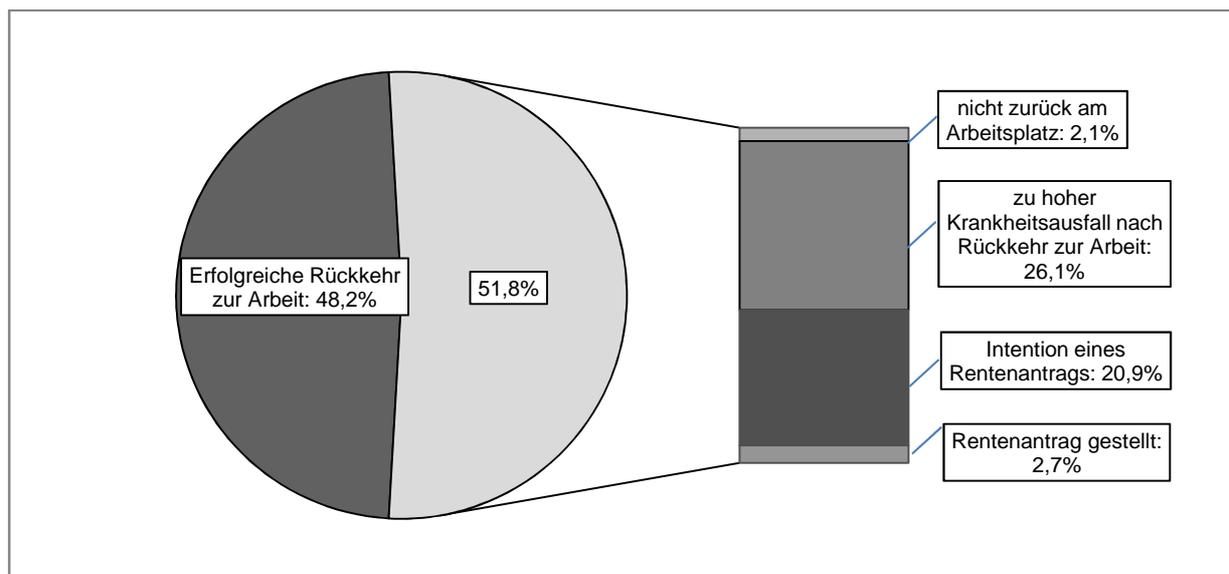


Abb. 4.37: Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit bei stationären Patienten nach den modifizierten Kriterien von Bürger et al. 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=330), Angaben in %

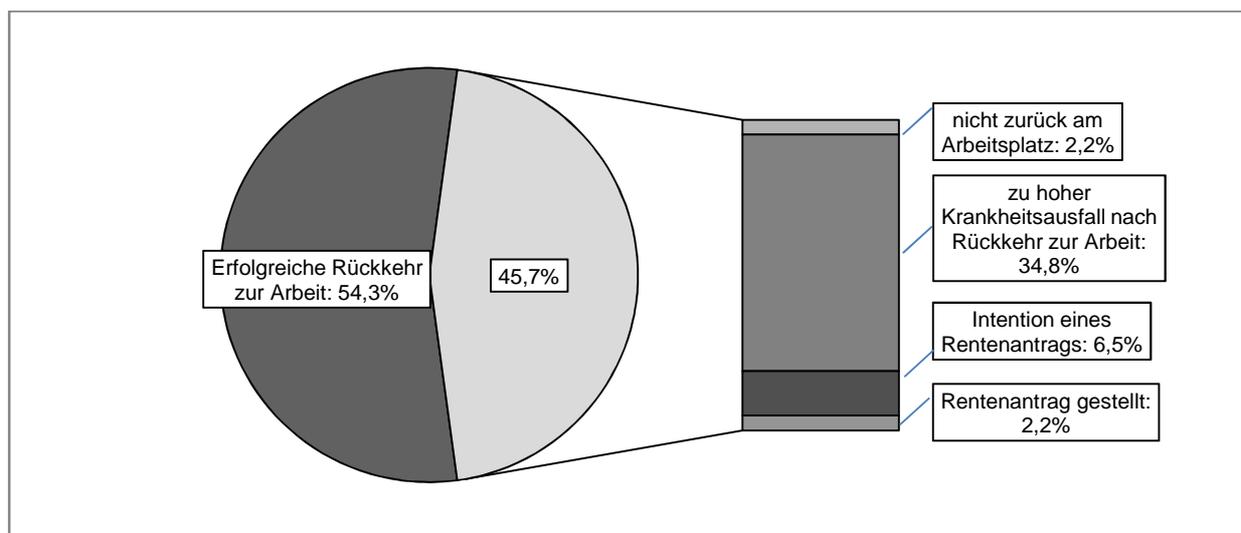


Abb. 4.38: Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit bei ambulanten Patienten nach den modifizierten Kriterien von Bürger et al. 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=46), Angaben in %

Rückkehr zur Arbeit (T3): Zusammenfassung

12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) sind jeweils knapp 90% und damit ein substantieller Anteil sowohl der stationären als auch ambulanten Patienten zur Arbeit zurückgekehrt. Damit besteht hinsichtlich des Outcome-Kriteriums „**Rückkehr zur Arbeit**“ kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Rehabilitationssettings. Hinsichtlich der Gründe für eine nicht erfolgte Rückkehr ähneln sich beide Settings ebenfalls, wobei jeweils der erfolgte Übergang in die Altersrente prozentual am häufigsten vorliegt. Im Hinblick auf die Rückkehrtrate ein Jahr nach Rehabilitationsende liegen keine statistisch signifikanten

Gruppenunterschiede bezüglich des sozio-ökonomischen Status der Patienten vor.

Im Hinblick auf das Kriterium „**Zeit bis zur beruflichen Rückkehr**“ besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen ambulanten und stationären Patienten. Stationäre Patienten kehren im Mittel nach 12 Wochen und damit etwa 3 Wochen später zurück als ambulante Patienten. Darüber hinaus nehmen drei Viertel der ambulanten Patienten innerhalb eines Monats ihre Berufstätigkeit wieder auf, bei den stationären Patienten sind dies 44%. Hier ist zu berücksichtigen, dass stationäre Patienten häufiger eine Strahlenbehandlung erhalten, die zeitintensiv ist und die berufliche Rückkehr der Betroffenen nach klinischer Einschätzung prolongiert. Bezüglich des sozio-ökonomischen Status liegen signifikante Gruppenunterschiede im Hinblick auf die Zeit bis zur beruflichen Rückkehr vor, wobei ober-schichtszugehörige Patienten die günstigsten Outcomes aufweisen.

Etwa ein Drittel aller Patienten nimmt nach Rehabilitationsende eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch. Ambulante und stationäre Patienten unterscheiden sich dabei nicht im Hinblick auf die **Art der Wiederaufnahme der Arbeit** (mit oder ohne stufenweise Wiedereingliederung). Signifikante Unterschiede bestehen jedoch bezüglich des sozio-ökonomischen Status, wobei Patienten der Oberschicht am seltensten an einer Wiedereingliederungsmaßnahme teilnehmen.

Mit wenigen Ausnahmen kehren fast alle Patienten an ihren alten Arbeitsplatz zurück und üben dort die gewohnten Tätigkeiten aus. Somit besteht hinsichtlich der **Veränderung der beruflichen Tätigkeit** kein Unterschied zwischen ambulanten und stationären Patienten. Patienten der Oberschicht kehren etwas häufiger wieder in gewohnter Tätigkeit an den alten Arbeitsplatz zurück, die Unterschiede zu unter- und mittelschichtsangehörigen Patienten sind aber marginal.

Die **berufliche Leistungsfähigkeit** der Patienten steigert sich sowohl in der stationären wie auch ambulanten Gruppe signifikant im Zeitverlauf, wobei die Steigerung in der stationären Gruppe etwas stärker ist. Hierbei ist zu bedenken, dass die Ausgangswerte dieser Patientengruppe zu Beginn der Rehabilitation (T1) signifikant niedriger waren als bei den ambulanten Patienten. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) hat sich die Leistungseinschätzung beider Gruppen angenähert, wobei sich jeweils etwa die Hälfte der Patienten als voll leistungsfähig einschätzt. Zu T3 besteht kein signifikanter Gruppenunterschied. Der sozio-ökonomische Status hat einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der beruflichen Leistungsfähigkeit über die Zeit als auch das Level der Leistungsfähigkeit am Ende der Rehabilitation.

Hinsichtlich des **Krankenstands** der zurückgekehrten Patienten zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung (T3) unter 10% der Patienten arbeitsunfähig sind. Die Patientengruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant. Bezüglich der **Dauer der Krank-schreibung in den letzten 12 Monaten** lag bei stationären Patienten jedoch signifikant

häufiger und über einen längeren Zeitraum eine Krankschreibung vor als bei ambulanten Patienten. Die aktuellen und insbesondere die auf die letzten 12 Monate bezogenen krankheitsbedingten Ausfallzeiten unterschieden sich hinsichtlich des sozio-ökonomischen Status, wobei Patienten der Oberschicht die günstigsten Outcomes berichten.

Im Katamnesezeitraum haben 27% der Patienten eine **Erwerbsminderungsrente** beantragt bzw. beabsichtigten dies. 95% der Patienten verfügen ein Jahr nach Rehabilitation über einen **Schwerbehindertenausweis**. Dabei wurde der Hälfte der betroffenen Patienten ein Behinderungsgrad von höchstens 50 bewilligt. Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich bezüglich dieser Merkmale nicht signifikant. Der sozio-ökonomische Status der Patienten ist insbesondere in Bezug auf den zugesprochenen Grad der Behinderung signifikant.

Über die unbedingte Rückkehrate hinaus, wurde auch die **Rückkehr zur Arbeit unter Anwendung der modifizierten Kriterien von Bürger et al.** (Bürger et al., 2001) analysiert. Hier zeigt sich, dass unter den Bedingungen einer (i) Rückkehr zur Arbeit, (ii) begrenzter Arbeitsausfall durch Krankschreibung und (iii) kein Rentenantrag gestellt oder intendiert, deutlich geringere Rückkehraten resultieren. 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) sind etwa 48% der stationären und 54% der ambulanten Patienten zurückgekehrt. Der Gruppenunterschied ist nicht signifikant. Auch hinsichtlich des sozio-ökonomischen Status unterscheiden sich die Rückkehraten unter Berücksichtigung der modifizierten Bürger-Kriterien nicht signifikant zwischen Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht.

4.10.6 Entwicklung der psychosozialen Situation

Im Folgenden werden die Effekte der Rehabilitation hinsichtlich der psychosozialen Situation der Patienten dargestellt. Dabei werden die Katamneseergebnisse getrennt für stationäre und ambulante Patienten berichtet sowie für die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) zur Arbeit zurückgekehrt sind bzw. zu T3 nicht arbeiten. Im Falle eines Einflusses der Variable sozio-ökonomischer Status auf die Outcomevariablen werden diese Ergebnisse zusätzlich berichtet und die dazugehörigen Ergebnistabellen im Anhang aufgeführt.

Psychische Belastung (HADS, DT). Sowohl stationäre wie ambulante Patienten zeigen bezüglich der Angstwerte der HADS eine leichte Verbesserung zum zweiten Messzeitpunkt (T2). Im Laufe der Katamnese verschlechtern sich die Patienten jedoch wieder (T3). So berichten stationäre Patienten einen durchschnittlichen Wert von 5.8 zu Beginn der Maßnahme (T1), der zum Ende der Rehabilitation (T2) auf einen Wert von 4.9 abfällt. Ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) liegt der durchschnittliche Angstwert jedoch bei 6.1. Ähnlich verhält es sich bei den ambulanten Patienten, die insgesamt jedoch ein geringeres Ausmaß an Ängstlichkeit aufweisen (T1: M=4.8, T2: M=4.4, T3: M=5.1).

Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt (T3) wieder in den Beruf zurückgekehrt sind, zeigen zu T1 einen durchschnittlichen Angstwert von 5.6 Punkten auf, der im Laufe der Rehabilitation zu T2 auf 4.8 Punkte sinkt. Ein Jahr nach Rehabilitationsende steigt die Belastung wieder an und liegt bei 5.9 Punkten. Patienten, die zu T3 noch nicht wieder arbeiten, berichten insgesamt von einem höheren Ausmaß an Ängstlichkeit. Auch diese sinkt zunächst zum zweiten Messzeitpunkt, steigt aber ein Jahr nach Ende der Maßnahme wieder an (T1: M=6.2, T2: M=5.5, T3: M=6.5; Tab. 4.106, Abb. 4.39).

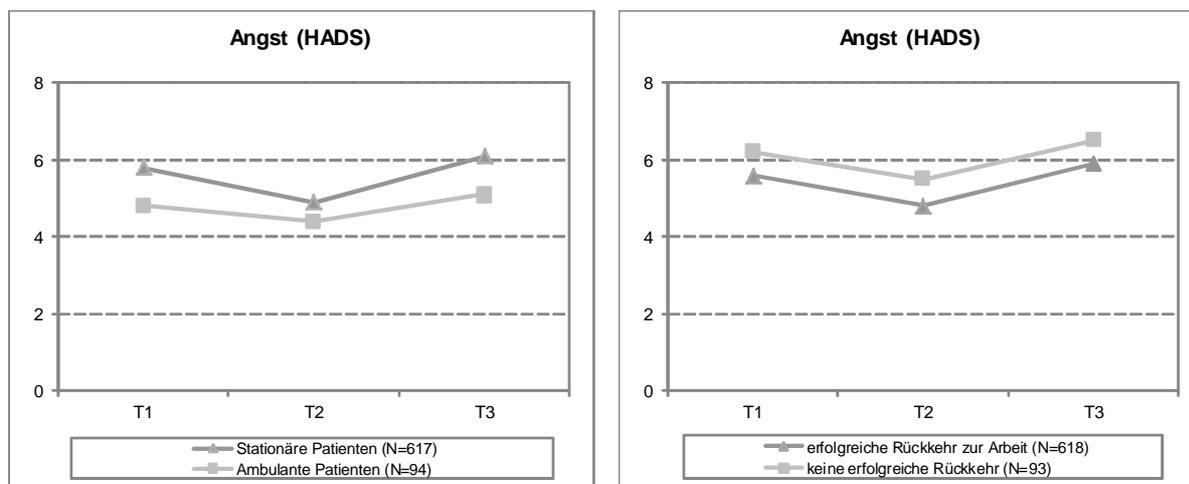


Abb. 4.39: Verlauf der Werte auf der Skala Angst (HADS; Skala 0-21) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=711)

Im Hinblick auf Depressivität zeigt sich sowohl bei stationären wie auch bei ambulanten Patienten eine Verbesserung der Belastung zum dritten Messzeitpunkt (T3). So berichten stationäre Patienten zu Beginn der Maßnahme (T1) einen durchschnittlichen Depressivitätswert von 5.0, der zum dritten Messzeitpunkt auf 4.9 Punkte geringfügig abfällt. Ambulante Patienten liegen zu T1 bei durchschnittlich 4.4 Punkten und verbessern sich ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) auf 3.8 Punkte.

Eine getrennte Betrachtung bezüglich des Faktors Rückkehr zur Arbeit macht deutlich, dass die zurückgekehrten Patienten die geringsten Depressivitätswerte zum zweiten Messzeitpunkt (T2) angeben (T1: M=4.8, T2: M=4.0, T3: M=4.6). Patienten, die nicht zurückgekehrt sind, berichten zu T1 und T2 eine Belastung von durchschnittlich 5.6 bzw. 4.9 Punkten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) auf durchschnittlich 5.9 Punkte ansteigt (Tab. 4.106, Abb. 4.40).

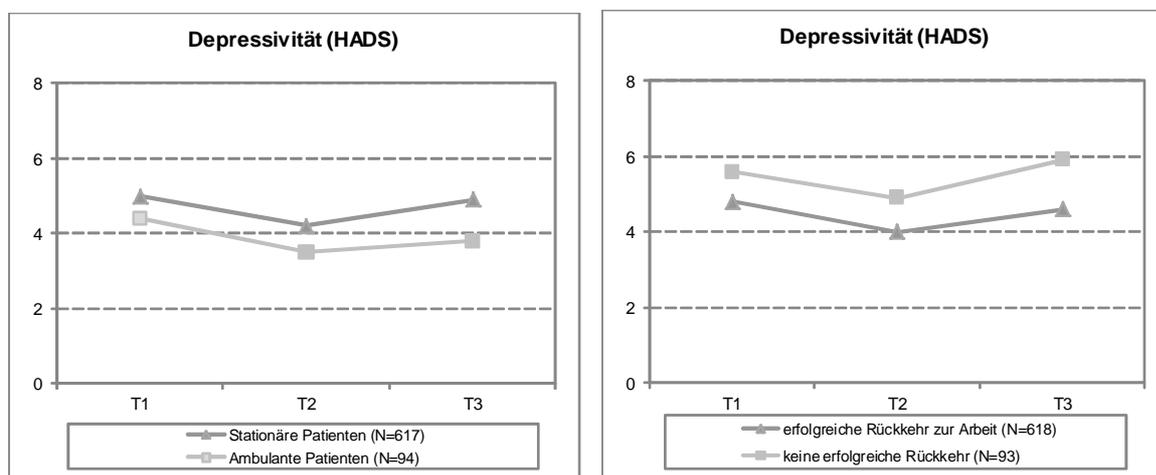


Abb. 4.40: Verlauf der Werte auf der Skala Depressivität (HADS; Skala 0-21) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=711)

Die subjektive Belastung, gemessen anhand des Distressthermometers, fällt bei stationären wie auch ambulanten Patienten zum zweiten Messzeitpunkt (T2) ab. In beiden Fällen lässt sich ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) jedoch wieder ein Anstieg der Belastungswerte verzeichnen (stat: T1: M=5.1, T2: M=3.4, T3: M=4.5; amb: T1: M=4.5, T2: M=3.2, T3: M=4.0).

Dieser Verlauf gilt ebenfalls für zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation. Dennoch liegen die Werte zu T3 im Durchschnitt unter den Belastungswerten, die die Patienten zum ersten Messzeitpunkt angegeben haben (zurückgekehrt: T1: M=4.9, T2: M=3.3, T3: M=4.5; nicht zurückgekehrt: T1: M=5.3, T2: M=3.6, T3: M=4.6; Tab. 4.106, Abb. 4.41).

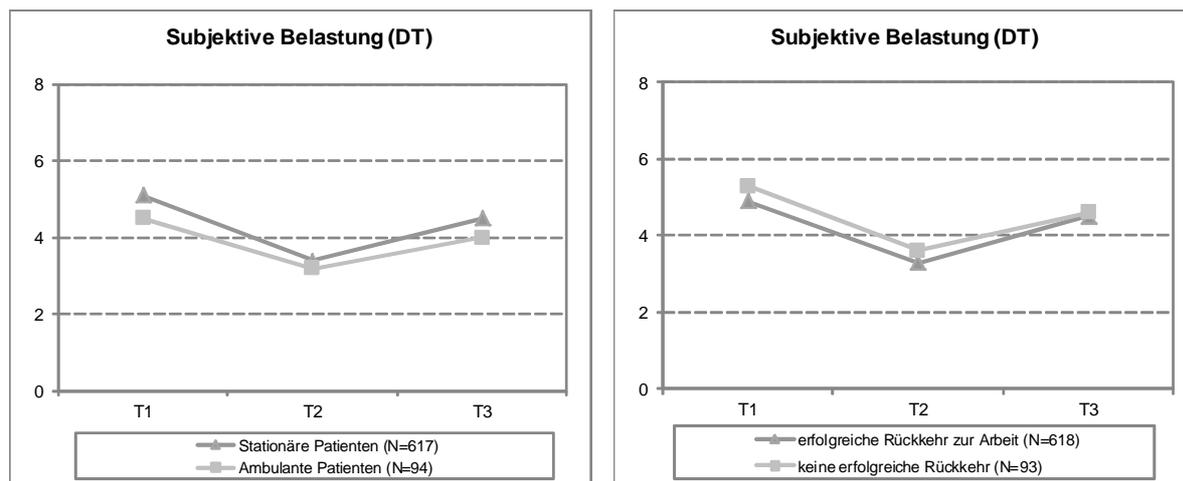


Abb. 4.41: Verlauf der subjektiven Belastung (DT; Skala 0-10) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei stationären und ambulanten Rehabilitanden sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=711)

Tab. 4.106: Deskriptive Statistik zu Angst- und Depressivitätswerten (HADS) sowie der subjektiven Belastung (DT) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Psychische Belastung (HADS, DT)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Angst (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	528	5.8	3.9	528	4.8	3.5	528	6.1	4.0
	Ambulant	81	4.7	3.5	81	4.3	3.3	81	4.9	3.6
	Gesamt	609	5.6	3.8	609	4.8	3.5	609	5.9	4.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	77	6.3	4.3	77	5.6	4.0	77	6.5	4.7
	Ambulant	11	5.6	4.1	11	4.8	4.0	11	6.6	5.0
	Gesamt	88	6.2	4.3	88	5.5	3.9	88	6.5	4.7
Gesamt	Stationär	605	5.8	3.9	605	4.9	3.6	605	6.1	4.1
	Ambulant	92	4.8	3.6	92	4.4	3.3	92	5.1	3.8
Depressivität (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	525	4.9	3.4	525	4.0	3.1	525	4.7	3.8
	Ambulant	81	4,3	3.5	81	3.5	3.1	81	3.5	3.1
	Gesamt	606	4.8	3.4	606	4.0	3.1	606	4.6	3.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	5.6	4.1	78	5.1	4.2	78	5.9	4.7
	Ambulant	11	5.5	4.0	11	3.5	2.9	11	5.8	5.4
	Gesamt	89	5.6	4.0	89	4.9	4.1	89	5.9	4.8
Gesamt	Stationär	603	5.0	3.5	603	4.2	3.3	603	4.9	3.9
	Ambulant	92	4.4	3.5	92	3.5	3.0	92	3.8	3.5

^Aklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Bklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Fortsetzung Tab. 4.106

Psychische Belastung (HADS, DT)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subjektive Belastung (DT)^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	484	5.0	2.4	484	3.3	2.2	484	4.5	2.6
	Ambulant	71	4.5	2.2	71	3.1	2.0	71	3.9	2.8
	Gesamt	555	4.9	2.4	555	3.3	2.2	555	4.5	2.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	72	5.4	2.0	72	3.6	2.1	72	4.5	2.7
	Ambulant	10	4.5	2.2	10	3.7	2.7	10	4.9	3.4
	Gesamt	82	5.3	2.1	82	3.6	2.2	82	4.6	2.7
Gesamt	Stationär	556	5.1	2.4	556	3.4	2.2	556	4.5	2.6
	Ambulant	81	4.5	2.2	81	3.2	2.1	81	4.0	2.9

^Aklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Bklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Die statistischen Analysen zu den Mittelwertsunterschieden in den Gruppen zeigen einen signifikanten Zeiteffekt auf allen drei Skalen auf. Sowohl Angst ($p < .001$) und Depressivität ($p < .001$) wie auch subjektive Belastung ($p < .001$) verändern sich signifikant über den Katamnesezeitraum hinweg. Es handelt sich allerdings um schwache Effekte bezüglich der Ängstlichkeit ($\eta_p^2 = .038$) und Depressivität ($\eta_p^2 = .023$) sowie um einen mittleren Effekt in Bezug auf die subjektive Belastung ($\eta_p^2 = .079$).

Hinsichtlich der Depressivität zeigt sich zudem eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ($p = .011$). Diese hängt damit zusammen, dass sich die zurückgekehrten Patienten zum dritten Messzeitpunkt (T3) verbessern, während nicht zurückgekehrte Patienten ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) die höchsten Depressivitätswerte aufweisen. Auch in diesem Fall handelt es sich jedoch um einen schwachen Effekt ($\eta_p^2 = .007$, Tab. 4.107).

Tab. 4.107: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie die subjektive Belastung (DT) (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Angst (HADS)				
Zeit	1.770	27.017	<.001	.038
Setting	1	0.002	.963	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.616	.204	.002
SES ^B	2	0.919	.399	.003
Zeit*Setting	1.770	0.002	.997	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.770	1.023	.352	.001
Zeit*SES ^B	3.540	0.745	.546	.002

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.107

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Depressivität (HADS)				
Zeit	1.711	16.003	<.001	.023
Setting	1	2.990	.084	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	1.333	.249	.002
SES ^B	2	0.862	.423	.003
Zeit*Setting	1.711	2.120	.128	.003
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.711	4.850	.011	.007
Zeit*SES ^B	3.422	1.604	.180	.005
Subjektive Belastung (DT)				
Zeit	1.701	53.244	<.001	.079
Setting	1	0.027	.869	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.398	.238	.002
SES ^B	2	0.218	.804	.001
Zeit*Setting	1.701	0.009	.983	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.701	0.676	.486	.001
Zeit*SES ^B	3.402	0.820	.496	.003

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30). Die stationären Patienten schätzen ihre globale Lebensqualität im Laufe des Katamnesezeitraums immer besser ein. Während der Mittelwert zu Beginn der Maßnahme (T1) bei 52.2 Punkten liegt, steigert sich die Lebensqualität nach Ende der Maßnahme (T2) auf 65.0 Punkte. Ein Jahr später (T3) liegen die Durchschnittswerte bei 66.5 Punkten. Auch die ambulanten Patienten erleben eine kontinuierliche Verbesserung (T1: M=54.0, T2: M=68.2, T3: M=71.7).

Patienten, die ein Jahr nach der Rehabilitation wieder arbeiten, berichten eine Steigerung der globalen Lebensqualität von 53.1 Punkten zu Beginn der Maßnahme (T1) auf 68.2 Punkte zu T3. Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, erleben zunächst eine Verbesserung von 47.6 Punkten (T1) auf 62.5 Punkte (T2), die ein Jahr nach Ende der Maßnahme auf durchschnittlich 67.5 Punkte ansteigt (Tab. 4.108, Abb. 4.42).

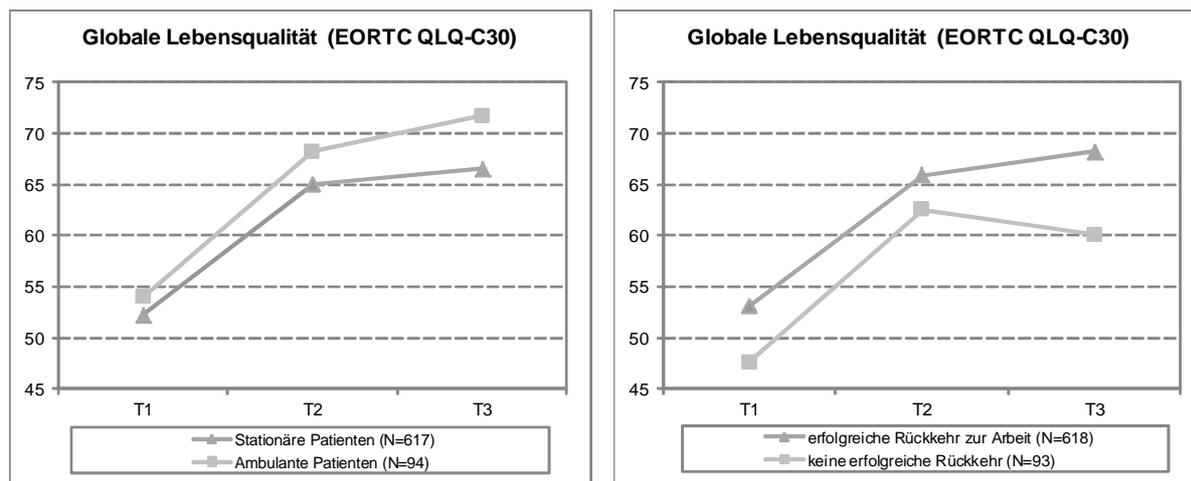


Abb. 4.42: Verlauf der globalen Lebensqualität (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Sowohl stationäre wie ambulante Patienten erleben eine Verbesserung der körperlichen Funktion über die Rehabilitation hinweg, die auch ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) zu beobachten ist (stat: T1: M=71.5, T2: M=74.1, T3: M=85.3; amb: T1: M=76.8, T2: M=82.0, T3: M=89.1).

Dies gilt ebenfalls für die zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten. Patienten, die zu T3 wieder arbeiten, steigern sich bezüglich der körperlichen Funktion von durchschnittlichen 72.8 Punkten zu T1 auf 75.9 zu T2. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) liegen die Funktionswerte im Durchschnitt bei einem Wert von 87.2. Nicht zurückgekehrte Patienten steigern sich ebenfalls, liegen aber zum dritten Messzeitpunkt (T3) noch unter den Angaben der zurückgekehrten Patienten. Sie beginnen mit durchschnittlich 67.7 Punkten (T1), die sich auf 70.2 Punkte zu T2 steigern und zum dritten Messzeitpunkt (T3) bei 75.8 Punkten liegen (Tab. 4.108, Abb. 4.43).

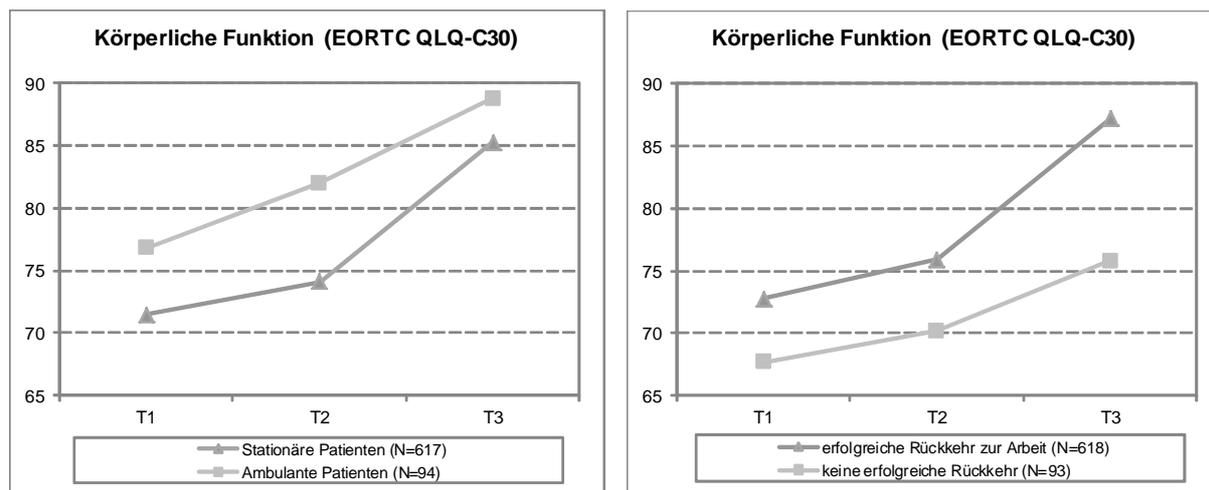


Abb. 4.43: Verlauf der körperlichen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Rollenfunktion der Patienten verbessert sich stark zu allen drei Messzeitpunkten. Während die stationären Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) bei einem Wert von 39.1 liegen, steigern sich die Angaben ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) um über 20 Punkte auf einen Wert von 73.2. Die ambulanten Patienten liegen mit 46.4 Punkten zum ersten Messzeitpunkt (T1) etwas höher in ihrer Einschätzung als die stationären Patienten. Auch zum dritten Messzeitpunkt (T3) berichten sie mit durchschnittlich 79.3 Punkten eine etwas bessere Rollenfunktion als die stationären Patienten.

In Bezug auf den Faktor Rückkehr zur Arbeit berichten beide Patientengruppen eine Verbesserung ihrer Rollenfunktion. Im Durchschnitt liegen jedoch die Werte der zurückgekehrten Patienten über denen der nicht zurückgekehrten Patienten (zurückgekehrt: T1: M=40.6, T2: M=55.2, T3: M=76.2; nicht zurückgekehrt: T1: M=36.9, T2: M=54.3, T3: M=59.4; Tab. 4.108, Abb. 4.44).

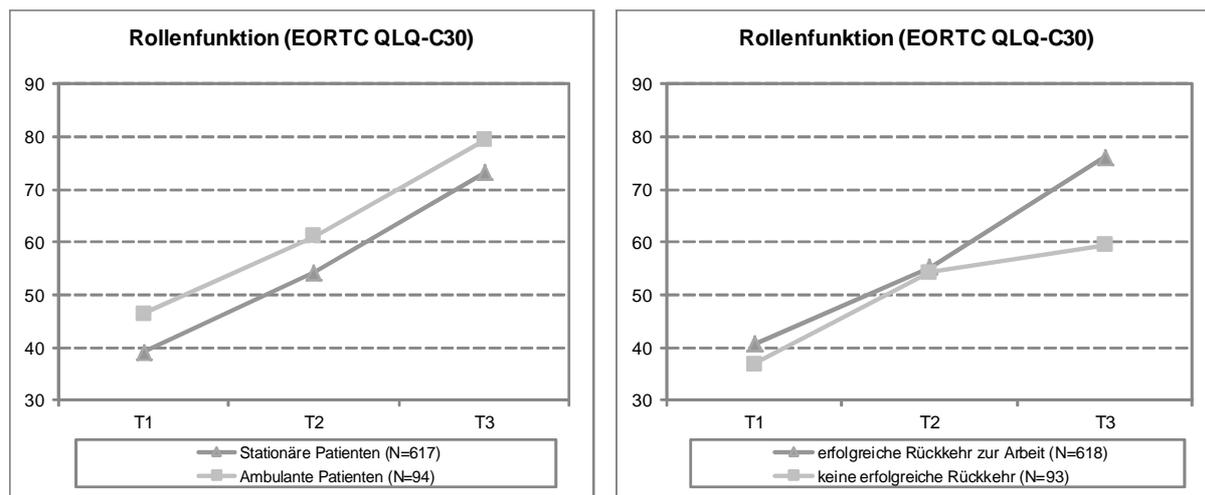


Abb. 4.44: Verlauf der Rollenfunktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Betrachtung der emotionalen Funktion zeigt im Vergleich zu den bisherigen Skalen eine andere Entwicklung auf. So geben stationäre und ambulante Patienten zunächst eine Verbesserung ihrer Situation an (T2), die allerdings ein Jahr nach der Rehabilitation wieder schlechter wird (T3). Stationäre Patienten steigern sich von 62.9 Punkten zu T1 auf 75.7 Punkte zu T2. Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) liegt der Durchschnittswert bei 66.8 Punkten. Ambulante Patienten weisen einen ähnlichen Verlauf auf (T1: M=67.8, T2: M=79.1 und T3: M=71.6).

Ebenso verhält es sich bei Patienten, die ein Jahr nach der Rehabilitation in den Beruf zurückgekehrt sind. Während sie zu Beginn der Maßnahme bei einem Durchschnittswert von 64.0 liegen, steigert sich dieser zu T2 auf 77.0 Punkte und fällt zu T3 wieder auf 67.9 Punkte ab. Patienten, die nicht wieder arbeiten, liegen zum ersten Messzeitpunkt bei einem Durchschnittswert von 60.5 Punkten. Zum Ende der Maßnahme (T2) berichten sie eine Verbesserung auf 69.5 Punkte, zum dritten Messzeitpunkt liegt die durchschnittliche Einschätzung bei 64.4 Punkten (Tab. 4.108, Abb. 4.45).

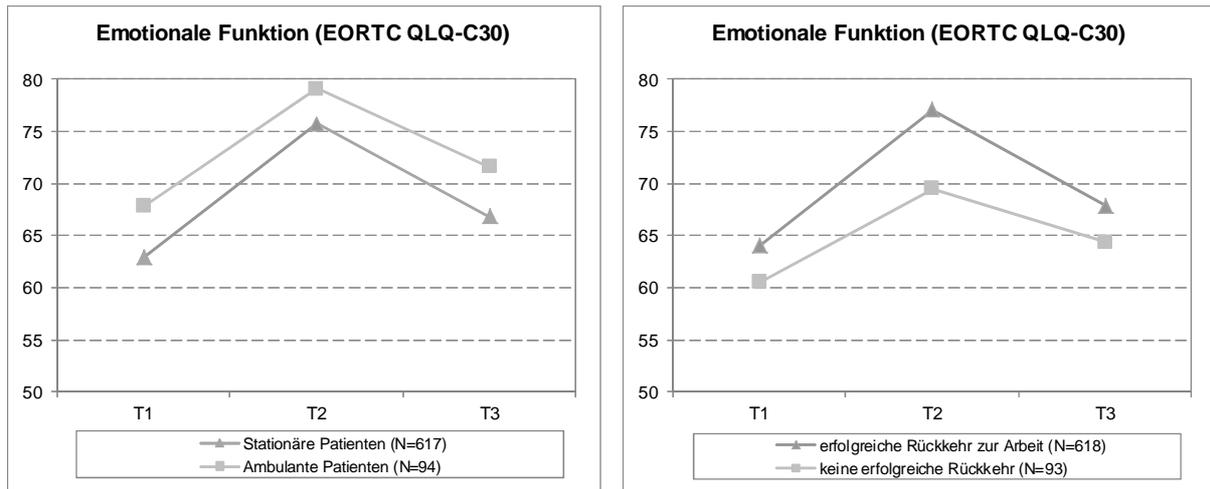


Abb. 4.45: Verlauf der emotionalen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die kognitive Funktion verschlechtert sich bei stationären und ambulanten Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg. Beide Gruppen verbessern sich zunächst vom ersten (T1) bis zum zweiten Messzeitpunkt (T2). Ein Jahr später (T3) werden die kognitiven Fähigkeiten jedoch wieder schlechter eingeschätzt, auch im Vergleich zu T1 (stat: T1: M=77.6, T2: M=82.6, T3: M=77.1; amb: T1: M=84.1, T2: M=88.0, T3: M=82.1).

Ein ähnlicher Verlauf wird auch bei den Gruppen der zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten deutlich. In beiden Fällen wird ein Anstieg der kognitiven Funktion zu T2 und ein Abfall zu T3 beschrieben (zurückgekehrt: T1: M=78.7, T2: M=83.8, T3: M=78.2; nicht zurückgekehrt: T1: M=77.1, T2: M=80.4, T3: M=75.3; Tab. 4.108, Abb. 4.46).

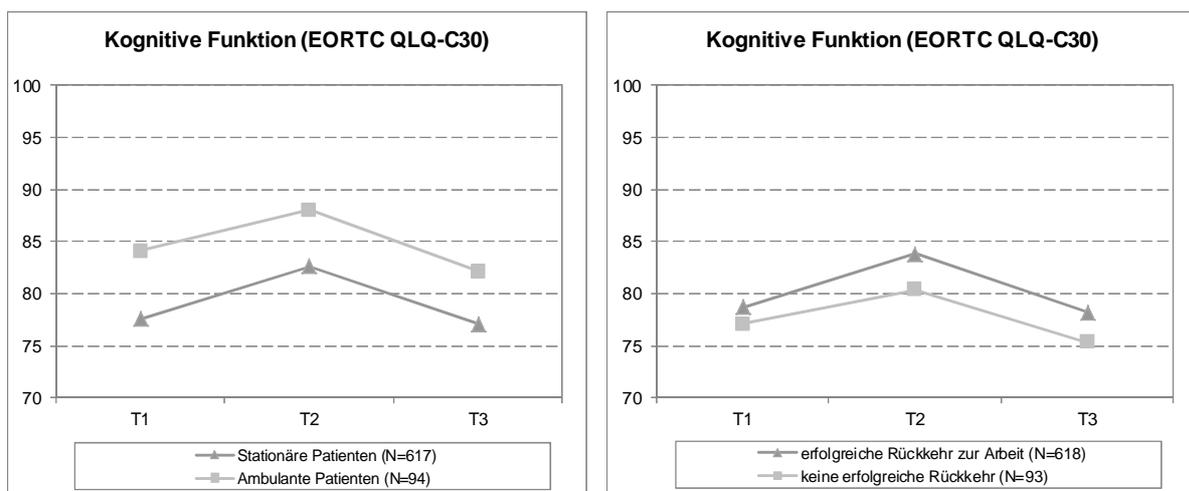


Abb. 4.46: Verlauf der kognitiven Funktion (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die soziale Funktion der stationären Patienten verbessert sich über den Katamnesezeitraum hinweg. Zu Beginn der Maßnahme (T1) berichten sie einen Durchschnittswert von 55.0, der nach Ende der Rehabilitation auf 67.8 Punkte ansteigt. Zum dritten Messzeitpunkt liegt die soziale Funktion bei 72.1 Punkten. Die ambulanten Patienten verzeichnen eine ähnliche Entwicklung (T1: M=57.4, T2: M=71.9, T3: M=79.7).

Die Patienten, die ein Jahr nach der Rehabilitation wieder in den Beruf zurückgekehrt sind, berichten ebenfalls eine Steigerung der sozialen Funktion (T1: M=56.0, T2: M=68.7, T3: M=74.2). Bei den nicht zurück gekehrten Patienten steigert sich der Durchschnittswert von 50.2 zu T1 auf 65.8 zu T2 und fällt geringfügig auf 65.4 zu T3 (Tab. 4.108, Abb. 4.47).

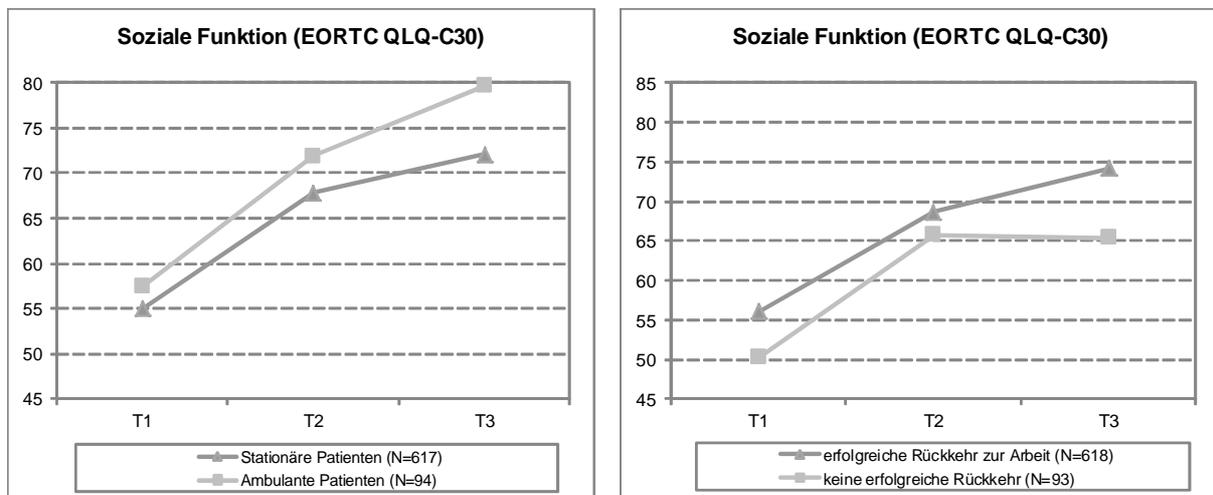


Abb. 4.47: Verlauf der sozialen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.108: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Globale Lebensqualität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	531	52.8	20.0	531	65.4	17.2	531	67.4	20.6
	Ambulant	81	55.0	24.5	81	69.0	19.6	81	73.9	18.3
	Gesamt	612	53.1	20.6	612	65.9	17.6	612	68.2	20.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	80	47.8	22.7	80	62.5	18.8	80	60.6	23.6
	Ambulant	11	46.2	19.5	11	62.1	23.4	11	56.1	29.8
	Gesamt	91	47.6	22.3	91	62.5	19.2	91	60.1	24.3
Gesamt	Stationär	611	52.2	20.4	611	65.0	17.4	611	66.5	21.1
	Ambulant	92	54.0	24.0	92	68.2	20.1	92	71.7	20.7

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung Tab. 4.108

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	528	72.0	19.1	528	74.9	16.8	528	83.8	14.1
	Ambulant	81	77.9	18.9	81	82.6	15.7	81	91.0	13.3
	Gesamt	609	72.8	19.1	609	75.9	16.9	609	87.2	13.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	67.6	19.8	79	69.1	18.3	79	75.9	18.9
	Ambulant	11	68.5	29.1	11	78.2	26.3	11	75.0	22.0
	Gesamt	90	67.7	21.0	90	70.2	19.5	90	75.8	19.2
Gesamt	Stationär	607	71.5	19.2	607	74.1	17.1	607	85.3	15.1
	Ambulant	92	76.8	20.4	92	82.0	17.1	92	89.1	15.4
Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	526	39.5	33.9	526	54.3	29.0	526	75.2	24.5
	Ambulant	81	47.1	31.3	81	61.3	27.9	81	82.7	19.9
	Gesamt	607	40.6	33.7	607	55.2	28.9	607	76.2	24.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	36.3	31.2	79	53.4	25.5	79	60.1	31.5
	Ambulant	11	40.9	36.8	11	60.6	34.4	11	54.5	30.8
	Gesamt	90	36.9	31.8	90	54.3	26.6	90	59.4	31.3
Gesamt	Stationär	605	39.1	33.6	605	54.2	28.6	605	73.2	26.0
	Ambulant	92	46.4	3.8	92	61.2	28.5	92	79.3	25.7
Emotionale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	528	63.4	24.9	528	76.8	20.3	528	67.3	24.2
	Ambulant	81	67.9	25.1	81	79.2	19.8	81	72.0	24.0
	Gesamt	609	64.0	25.0	609	77.1	20.2	609	67.9	24.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	59.6	28.3	79	68.4	26.1	79	63.7	30.0
	Ambulant	11	66.7	26.4	11	78.0	20.8	11	68.9	36.9
	Gesamt	90	60.5	28.1	90	69.5	25.6	90	64.4	30.8
Gesamt	Stationär	607	62.9	25.4	607	75.7	21.3	607	66.8	25.1
	Ambulant	92	67.8	25.1	92	79.1	19.8	92	71.6	25.7
Kognitive Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	528	77.8	23.2	528	83.1	19.1	528	77.4	23.0
	Ambulant	81	84.4	19.1	81	87.9	17.5	81	82.9	20.6
	Gesamt	609	78.7	22.8	609	83.8	18.9	609	78.2	22.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	80	76.5	27.5	80	79.2	26.8	80	75.2	27.8
	Ambulant	11	81.8	22.9	11	89.4	11.2	11	75.8	25.1
	Gesamt	91	77.1	26.9	91	80.4	25.7	91	75.3	27.4
Gesamt	Stationär	608	77.6	23.8	608	82.6	20.3	608	77.1	23.7
	Ambulant	92	84.1	19.4	92	88.0	16.8	92	82.1	21.1

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung Tab. 4.108

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Soziale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	531	55.6	27.8	531	68.1	23.8	531	73.1	25.2
	Ambulant	81	59.3	27.1	81	72.8	22.9	81	81.7	23.4
	Gesamt	612	56.0	27.7	612	68.7	23.7	612	74.2	25.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	80	51.0	30.0	80	65.8	26.2	80	65.4	31.4
	Ambulant	11	43.9	29.1	11	65.2	30.2	11	65.2	34.5
	Gesamt	91	50.2	29.9	91	65.8	26.6	91	65.4	31.5
Gesamt	Stationär	611	55.0	28.1	611	67.8	24.1	611	72.1	26.2
	Ambulant	92	57.4	27.7	92	71.9	23.8	92	79.7	25.3

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Die durchgeführten Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigen auf der Skala globale Lebensqualität sowie auf den fünf Funktionsskalen einen signifikanten Zeiteffekt auf (jeweils $p < .001$). Dabei handelt es sich um starke Effekte auf allen Skalen ($\eta_p^2 = .130$ bis $\eta_p^2 = .342$). Während sich die globale Lebensqualität, die körperliche Funktion, die Rollenfunktion und die soziale Funktion über die Erhebung hinweg signifikant verbessern, fallen die emotionale und kognitive Funktion zum dritten Messzeitpunkt signifikant ab.

Der Faktor Rückkehr zur Arbeit hat einen signifikanten Effekt auf die Skalen globale Lebensqualität ($p = .023$) und körperliche Funktion ($p = .004$). Auf beiden Skalen erreichen die zurückgekehrten Patienten signifikant höhere Werte im Vergleich zu den nicht zurückgekehrten Patienten (jedoch kleine Effekte mit $\eta_p^2 = .007$ bis $\eta_p^2 = .012$). Zudem besteht eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit für die genannten Skalen mit kleiner Effektstärke ($\eta_p^2 = .007$ bis $\eta_p^2 = .014$) und die Skala Rollenfunktion ($p < .001$, $\eta_p^2 = .015$). Bezüglich der globalen Lebensqualität beschreiben die nicht zurückgekehrten Patienten eine größere Steigerung im Vergleich zu den zurückgekehrten Patienten ($p = .012$). Bezüglich der Skalen körperliche Funktion und Rollenfunktion weisen die zurückgekehrten Patienten im Durchschnitt einen günstigeren Verlauf hinsichtlich der Funktionalität auf im Vergleich zu denen, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) nicht arbeiten (jeweils $p < .001$).

Eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Setting liegt bei der Skala körperliche Funktion vor ($p = .040$). Dies ist darin begründet, dass die stationären Patienten eine geringfügig größere Verbesserung im Erhebungszeitraum berichten im Vergleich zu ambulanten Patienten, die jedoch auch eine bessere Ausgangslage zu T1 aufweisen. Mit einem $\eta_p^2 = .005$ handelt es sich jedoch um einen kleinen Effekt.

Bezüglich des Einflusses des sozio-ökonomischen Status auf die Lebensqualität ergeben sich signifikante Effekte auf den Skalen globale Lebensqualität ($p = .001$), körperliche Funktion ($p = .007$) und Rollenfunktion ($p = .002$). Auf allen Skalen fallen die Bewertungen der Unter-

schicht am schlechtesten aus, während die Patienten, die der Oberschicht angehören, das größte Funktionsniveau beschreiben (siehe im Anhang Tab. B.22 für deskriptive Kennwerte) Es handelt sich allerdings um kleine Effekte ($\eta_p^2=.014$ bis $\eta_p^2=.021$).

Zudem besteht eine signifikante Wechselwirkung aus Zeit und sozio-ökonomischem Status auf den genannten drei Skalen (globale Lebensqualität $p=.034$; körperliche Funktion $p=.006$; Rollenfunktion $p<.002$) sowie auf der Skala soziale Funktion ($p=.031$). Die deskriptiven Werte machen deutlich, dass die Patienten der Oberschicht die positivsten Entwicklungen über die Zeit beschreiben. Auf allen Skalen bessert sich die Funktionsfähigkeit deutlich. Sowohl Unter- wie auch Mittelschicht beschreiben ebenfalls eine Verbesserung, die im Vergleich jedoch weniger hoch ausfällt. Grundsätzlich sind aber auch hier die Effekte gering ($\eta_p^2=.008$ bis $\eta_p^2=.016$, Tab. 4.109).

Tab. 4.109: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die globale Lebensqualität und die Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Globale Lebensqualität				
Zeit	1.741	187.749	<.001	.214
Setting	1	0.560	.454	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	5.189	.023	.007
SES ^B	2	7.393	.001	.021
Zeit*Setting	1.741	0.282	.724	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.741	4.730	.012	.007
Zeit*SES ^B	3.482	2.745	.034	.008
Körperliche Funktion				
Zeit	1.867	356.891	<.001	.342
Setting	1	3.126	.077	.005
Rückkehr zur Arbeit	1	8.195	.004	.012
SES ^B	2	4.942	.007	.014
Zeit*Setting	1.867	3.312	.040	.005
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.867	10.074	<.001	.014
Zeit*SES ^B	3.733	3.712	.006	.011
Rollenfunktion				
Zeit	1.872	246.604	<.001	.265
Setting	1	0.118	.731	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	3.048	.081	.004
SES ^B	2	6.389	.002	.018
Zeit*Setting	1.872	2.477	.088	.004
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.872	10.693	<.001	.015
Zeit*SES ^B	3.745	5.647	<.001	.016

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.109

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Emotionale Funktion				
Zeit	1.806	138.891	<.001	.168
Setting	1	1.266	.261	.002
Rückkehr zur Arbeit	1	0.589	.443	.001
SES ^B	2	0.741	.477	.002
Zeit*Setting	1.806	0.499	.588	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.806	0.368	.670	.001
Zeit*SES ^B	3.612	0.484	.728	.001
Kognitive Funktion				
Zeit	1.804	102.785	<.001	.130
Setting	1	0.614	.434	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.296	.587	<.001
SES ^B	2	0.412	.662	.001
Zeit*Setting	1.804	0.860	.414	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.804	0.239	.765	<.001
Zeit*SES ^B	3.608	0.492	.723	.001
Soziale Funktion				
Zeit	1.852	207.810	<.001	.231
Setting	1	0.696	.405	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.148	.284	.002
SES ^B	2	2.790	.062	.008
Zeit*Setting	1.852	0.293	.729	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.852	2.839	.063	.004
Zeit*SES ^B	3.703	2.738	.031	.008

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Funktions- und Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25). Stationäre und ambulante Patienten berichten von einer Steigerung der sexuellen Aktivität über den Katamnesezeitraum hinweg. In beiden Fällen erhöhen sich die Angaben um knapp 20 Punkte im Verlauf der Zeit (stat: T1: M=32.9, T2: M=42.1, T3: M=50.3; amb: T1: M=39.0, T2: M=47.4, T3: M=57.1). Sowohl die zur Arbeit zurückgekehrten wie auch die nicht zurückgekehrten Patienten erleben eine Verbesserung der sexuellen Aktivität. Bei zurückgekehrten Patienten liegt der Durchschnittswert zu Beginn der Rehabilitation (T1) bei 34.3 und steigert sich zu T2 auf 43.7 und zu T3 auf 51.9 Punkte. Die Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt (T3) nicht arbeiten, erleben eine kontinuierliche Steigerung von 29.4 Punkten zum ersten Messzeitpunkt (T1) auf 45.8 Punkte ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3, Tab. 4.110, Abb. 4.48).

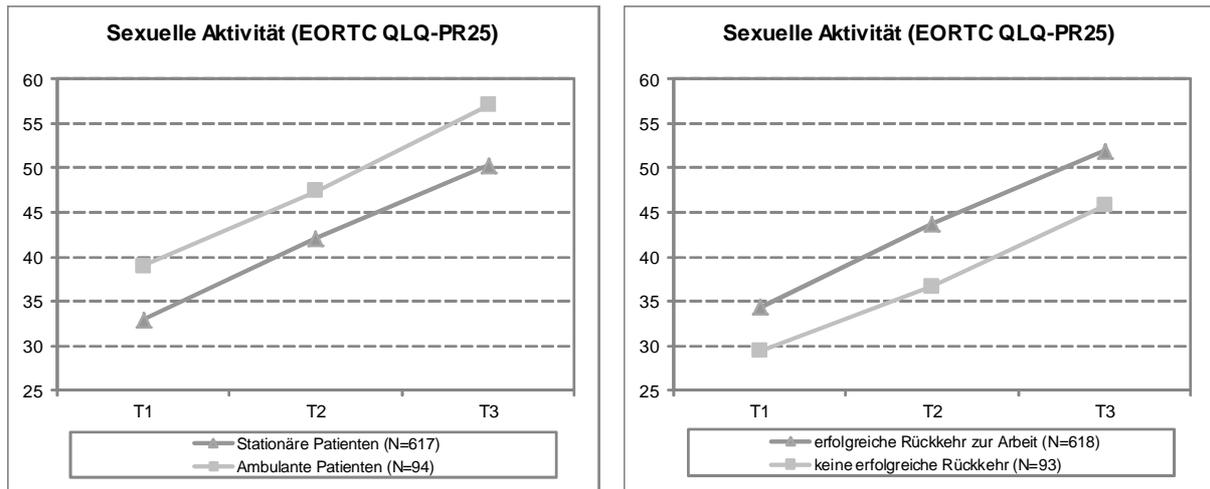


Abb. 4.48: Verlauf der sexuellen Aktivität (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Sexualfunktion wird von den stationären und ambulanten Patienten zu Beginn der Rehabilitation am besten eingeschätzt. Im Verlauf der Maßnahme (T2) sinken die Werte ab und steigen ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder an. Allerdings erreichen sie nicht wieder den Ausgangswert von T1 (stat: T1: M=60.9, T2: M=52.2, T3: M=55.9; amb: T1: M=60.0, T2: M=52.9, T3: M=58.9).

Einen ähnlichen Verlauf berichten die Patienten, wenn sie getrennt nach dem Faktor Rückkehr zur Arbeit untersucht werden. Zurückgekehrte Patienten geben einen Durchschnittswert von 61.4 zu T1 an, der zu T2 auf 53.7 Punkte abfällt. Zum dritten Messzeitpunkt (T3) steigt die Sexualfunktion auf 57.7 Punkte an. Patienten, die zu T3 nicht arbeiten beschreiben einen ähnlichen Verlauf (T1: M=55.1, T2: M=42.7, T3: M=47.5; Tab. 4.110, Abb. 4.49).

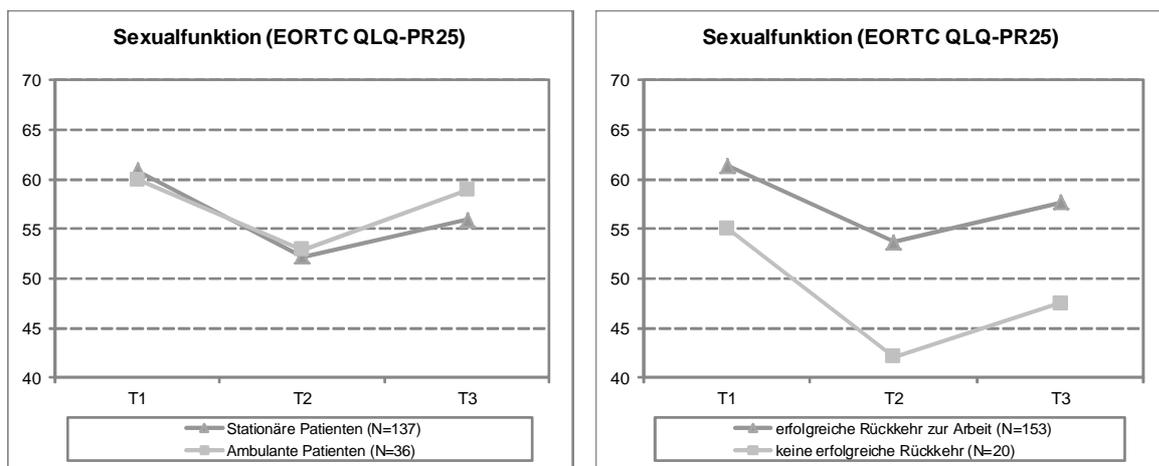


Abb. 4.49: Verlauf der Sexualfunktion (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=173; Subgruppe der Gesamtstichprobe, da nur Patienten berücksichtigt werden, die zu allen drei Messzeitpunkten Angaben zur Sexualfunktion gemacht haben)

Das Symptom Urininkontinenz verbessert sich über den Erhebungsverlauf hinweg bei den Patienten. Die stationären Patienten berichten zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Wert von 46.4, der ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) auf 25.5 Punkte absinkt. Ähnlich sehen die Daten der ambulanten Patienten aus, die einen Abfall von 43.3 Punkten zu T1 auf 21.1 Punkte zu T3 erleben.

Patienten, die ein Jahr nach der Rehabilitation wieder arbeiten, verbessern sich von 45.6 Punkten zu T1 auf 32.5 Punkte am Ende der Maßnahme (T2) und geben zum dritten Messzeitpunkt (T3) noch einen Wert von 24.2 an. Patienten, die nicht arbeiten, liegen in einem ähnlichen Bereich (T1: M=48.1, T2: M=36.5, T3: M=29.6; Tab. 4.110, Abb. 4.50).

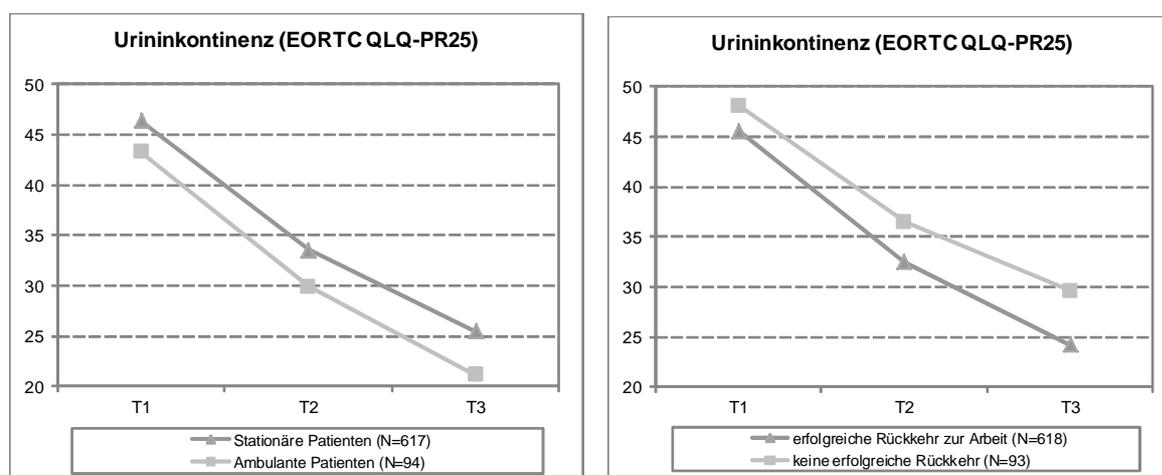


Abb. 4.50: Verlauf der Urininkontinenz (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Sowohl von stationären als auch ambulanten Patienten werden Darmsymptome in geringem Ausmaß berichtet. Zu Beginn der Maßnahme liegen die Werte bei durchschnittlich 8.7 Punkten bei stationären und bei 7.5 Punkten bei ambulanten Patienten. Beide Gruppen erleben eine Verbesserung zu T2 (stat: M=6.0, amb: M=3.3), jedoch steigen die Werte zum dritten Messzeitpunkt (T3) wieder leicht an (stat: M=6.9, amb: M=4.4).

Zur Arbeit zurückgekehrte Patienten berichten zu Beginn der Rehabilitation einen Wert von 8.3, der sich im Laufe der Maßnahme auf 5.4 senkt. Zu T3 steigt der Durchschnittswert jedoch wieder auf 6.1 an. Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, weisen zu Beginn (T1) einen Wert von 10.4 auf, der sich zunächst auf 7.8 Punkte verändert und zum dritten Messzeitpunkt auf 9.6 Punkte hochgeht (Tab. 4.110, Abb. 4.51).

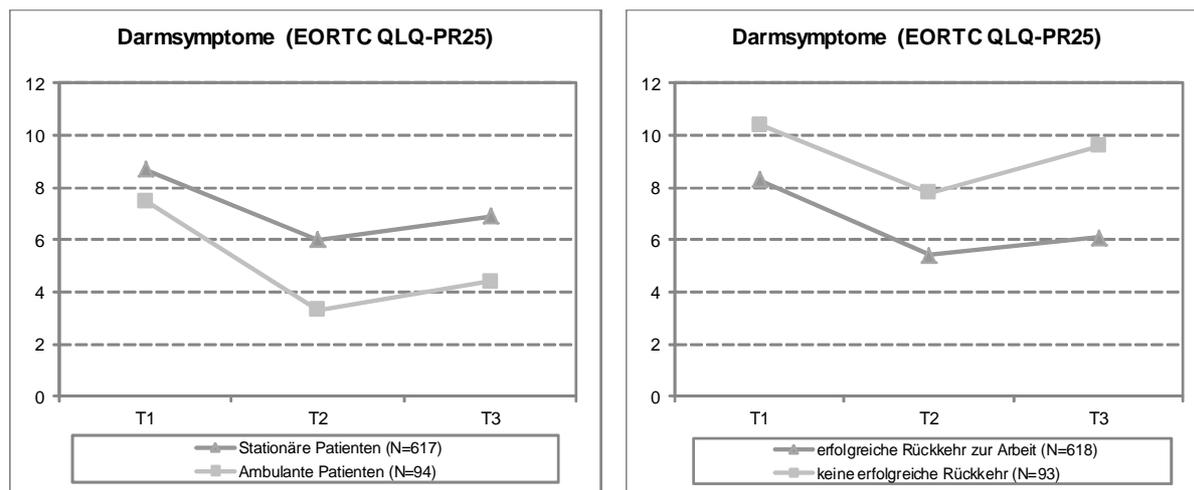


Abb. 4.51: Verlauf der Darmsymptome (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Behandlungssymptome steigen bei stationären wie ambulanten Patienten im Katamnesezeitraum zu T3 an. Zwar werden sie zum Ende der Maßnahme bei stationären Patienten zunächst geringfügig weniger (stat: von M=14.5 auf M=13.1), erreichen ein Jahr später (T3) allerdings eine höhere Ausprägung als zu Beginn der Rehabilitation zu T1 (stat: M=18.7). Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich bei den ambulanten Patienten (T1: M=11.8, T2: M=11.8, T3: M=16.4).

Eine Betrachtung der Daten unter dem Faktor Rückkehr zur Arbeit weist die gleichen Verläufe auf. Dennoch ist festzuhalten, dass die nicht zurückgekehrten Patienten zu allen drei Messzeitpunkten höhere Werte angeben als die Patienten, die zu T3 wieder arbeiten (zurückgekehrt: T1: M=13.9, T2: M=12.6, T3: M=17.6; nicht zurückgekehrt: T1: M=16.1, T2: M=14.8, T3: M=23.5; Tab. 4.110, Abb. 4.52).

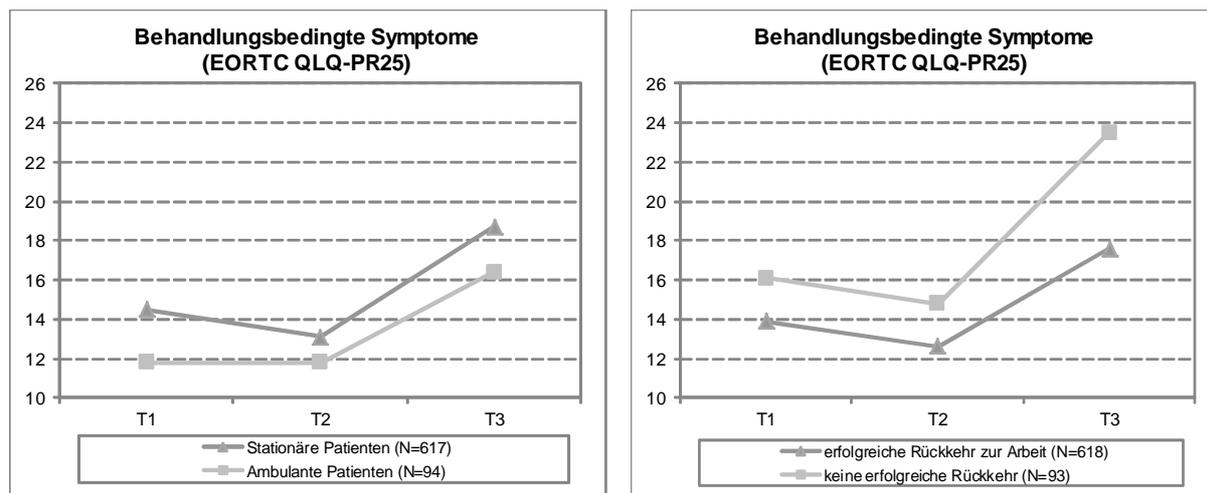


Abb. 4.52: Verlauf der behandlungsbedingten Symptome (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Von den Patienten, die auf Inkontinenzhilfen angewiesen sind, berichten stationäre wie auch ambulante Patienten eine stetige Verbesserung der Situation. Während zu Beginn noch ein Wert von 52.8 von den stationären Patienten angegeben wird, liegt dieser nach Ende der Maßnahme (T2) bei 47.0 Punkten und zum dritten Messzeitpunkt bei 42.0 Punkten. Ambulante Patienten berichten im Vergleich von einer größeren Verbesserung. Hier fällt die Belastung von 45.6 Punkten zu T1 auf 24.6 Punkte zu T3 ab.

Zur Arbeit zurückgekehrte Patienten liegen zu Beginn der Rehabilitation (T1) noch bei einem Durchschnittswert von 50.0, der zum zweiten Messzeitpunkt auf 44.6 Punkte sinkt. Ein Jahr nach Rehabilitationsende liegt der Durchschnittswert bei 38.7. Nicht zurückgekehrte Patienten berichten zu allen drei Messzeitpunkten höhere Werte (T1: M=64.0, T2: M=50.7, T3: M=48.0; Tab. 4.110, Abb. 4.53).

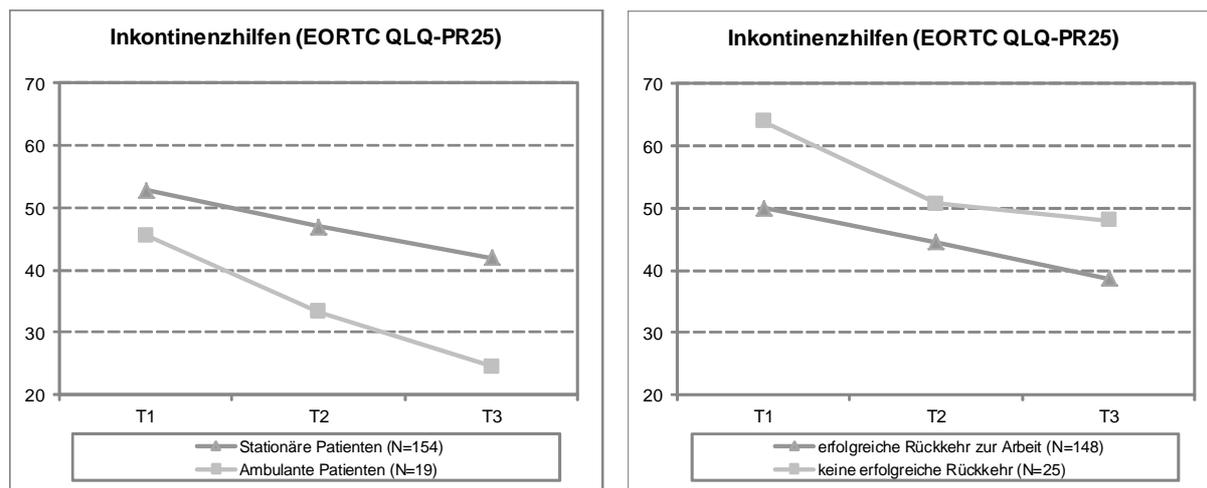


Abb. 4.53: Verlauf der Belastung durch Inkontinenzhilfen (EORTC PR25; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=173; Subgruppe der Gesamtstichprobe, da nur Patienten berücksichtigt werden, die zu allen drei Messzeitpunkten auf Inkontinenzhilfen angewiesen waren)

Tab. 4.110: Deskriptive Statistik zu den Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-PR25)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Funktionsskalen										
Sexuelle Aktivität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	526	33.4	29.0	526	42.9	26.9	526	50.9	26.3
	Ambulant	81	40.3	25.8	81	49.0	27.6	81	58.6	23.3
	Gesamt	607	34.3	28.7	607	43.7	27.0	607	51.9	26.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	29.5	30.7	78	37.0	24.6	78	45.9	26.3
	Ambulant	10	28.3	23.6	10	35.0	18.3	10	45.0	35.2
	Gesamt	88	29.4	29.9	88	36.7	23.9	88	45.8	27.2
Gesamt	Stationär	604	32.9	29.2	604	42.1	26.7	604	50.3	26.3
	Ambulant	91	39.0	25.7	91	47.4	27.0	91	57.1	25.0
Sexualfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	120	61.5	29.3	120	53.7	22.8	120	57.3	24.4
	Ambulant	33	61.1	29.3	33	53.7	25.2	33	59.2	27.7
	Gesamt	153	61.4	29.2	153	53.7	23.2	153	57.7	25.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	17	56.5	24.4	17	41.7	21.9	17	46.1	21.1
	Ambulant	3	47.2	45.9	3	44.4	26.8	3	55.6	25.5
	Gesamt	20	55.1	27.1	20	42.1	21.9	20	47.5	21.3
Gesamt	Stationär	137	60.9	28.7	137	52.2	22.9	137	55.9	24.2
	Ambulant	36	60.0	30.3	36	52.9	25.1	36	58.9	27.2

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau), ^BSkala von 0 bis 100 (100 ≙ maximale Einschränkung)

Fortsetzung Tab. 4.110

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-PR25)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Symptomskalen										
Urininkontinenz^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	527	46.1	19.8	527	33.1	17.4	527	24.9	18.1
	Ambulant	81	42.4	22.0	81	29.0	19.4	81	20.0	17.8
	Gesamt	608	45.6	20.1	608	32.5	17.7	608	24.2	18.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	47.9	20.0	79	36.5	17.6	79	29.6	20.1
	Ambulant	11	49.6	17.6	11	36.4	21.4	11	29.2	18.7
	Gesamt	90	48.1	19.7	90	36.5	18.0	90	29.6	19.8
Gesamt	Stationär	606	46.4	19.8	606	33.5	17.5	606	25.5	18.4
	Ambulant	92	43.3	21.6	92	29.9	19.7	92	21.1	18.1
Darmsymptome^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	521	8.5	11.7	521	5.7	9.2	521	6.5	10.8
	Ambulant	80	6.8	9.9	80	2.9	5.9	80	3.8	7.5
	Gesamt	601	8.3	11.5	601	5.4	8.9	601	6.1	10.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	76	10.0	12.6	76	7.9	10.5	76	9.6	12.8
	Ambulant	10	13.3	13.1	10	6.7	12.9	10	9.2	11.4
	Gesamt	86	10.4	12.7	86	7.8	10.7	86	9.6	12.6
Gesamt	Stationär	597	8.7	11.8	597	6.0	9.4	597	6.9	11.1
	Ambulant	90	7.5	10.5	90	3.3	7.0	90	4.4	8.1
Behandlungsbedingte Symptome^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	528	14.2	12.2	528	12.8	11.2	528	17.9	15.5
	Ambulant	81	11.9	12.1	81	11.6	10.4	81	16.2	15.2
	Gesamt	609	13.9	12.2	609	12.6	11.1	609	17.6	15.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	77	16.8	13.5	77	15.0	13.7	77	24.3	20.4
	Ambulant	10	10.6	8.5	10	13.1	15.1	10	17.9	15.4
	Gesamt	87	16.1	13.2	87	14.8	13.8	87	23.5	19.9
Gesamt	Stationär	605	14.5	12.4	605	13.1	11.5	605	18.7	16.3
	Ambulant	91	11.8	11.7	91	11.8	10.9	91	16.4	15.1
Inkontinenzhilfen^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	130	50.8	35.0	130	46.4	30.9	130	40.5	34.0
	Ambulant	18	44.4	30.2	18	31.5	35.2	18	25.9	38.9
	Gesamt	148	50.0	34.4	148	44.6	31.7	148	38.7	34.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	24	63.9	38.0	24	50.0	38.1	24	50.0	38.1
	Ambulant	1	66.7	-	1	66.7	-	1	0.0	-
	Gesamt	25	64.0	37.2	25	50.7	37.4	25	48.0	38.6
Gesamt	Stationär	154	52.8	35.7	154	47.0	32.0	154	42.0	34.7
	Ambulant	19	45.6	39.8	19	33.3	35.1	19	24.6	38.2

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau), ^BSkala von 0 bis 100 (100 ≙ maximale Einschränkung)

Die Überprüfung der Mittelwerte auf signifikante Unterschiede hat auf den Skalen sexuelle Aktivität (p<.001), Sexualfunktion (p<.001), Urininkontinenz (p<.001), Darmsymptome (p=001) und behandlungsbedingte Symptome (p<.001) einen signifikanten Zeiteffekt aufge-

zeigt. Es handelt sich um einen großen Effekt bezüglich der Skalen Sexuelle Aktivität ($\eta_p^2=.140$) und Sexualfunktion ($\eta_p^2=.153$), während die Effekte auf den anderen Skalen als klein zu bewerten sind (Urininkontinenz: $\eta_p^2=.016$, Darmsymptome: $\eta_p^2=.011$, Behandlungsbedingte Symptome: $\eta_p^2=.044$).

Auf den Skalen Urininkontinenz ($p=.006$) und Inkontinenzhilfen ($p=.044$) ist zudem ein signifikanter Effekt des Faktors sozio-ökonomischer Status zu verzeichnen. In beiden Fällen zeigen sich die Patienten der Unterschicht durchschnittlich am stärksten über alle drei Messzeitpunkte belastet und die Patienten der Oberschicht am wenigsten (siehe im Anhang Tab. B.23 für deskriptive Kennwerte). Es handelt sich allerdings um kleine Effekte ($\eta_p^2=.015$ und $\eta_p^2=.038$).

Auf der Skala Urininkontinenz liegt darüber hinaus eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Faktor Zeit und dem Faktor sozio-ökonomischer Status vor ($p=.036$). Die Patienten der Oberschicht erleben insgesamt eine größere Verbesserung der Urininkontinenz im Vergleich zu den Patienten der Mittel- und Unterschicht. Dabei handelt es sich aber eher um einen kleinen Effekt ($\eta_p^2=.008$, Tab. 4.111).

Tab. 4.111: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die Funktionsskalen und Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25) (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Funktionsskalen				
Sexuelle Aktivität				
Zeit	1.854	110.734	<.001	.140
Setting	1	0.292	.589	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	4.654	.031	.007
SES ^B	2	0.261	.770	.001
Zeit*Setting	1.854	0.127	.866	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.854	1.850	.161	.003
Zeit*SES ^B	3.708	0.385	.805	.001
Sexualfunktion				
Zeit	2	29.070	<.001	.153
Setting	1	0.578	.448	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	0.122	.727	.001
SES ^B	2	0.401	.671	.005
Zeit*Setting	2	0.259	.772	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.355	.701	.002
Zeit*SES ^B	4	0.246	.912	.003

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.111

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Symptomskalen				
Urininkontinenz				
Zeit	1.854	11.016	<.001	.016
Setting	1	0.114	.736	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.186	.277	.002
SES ^B	2	5.176	.006	.015
Zeit*Setting	1.854	0.046	.946	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.854	1.193	.302	.002
Zeit*SES ^B	3.708	2.653	.036	.008
Darmsymptome				
Zeit	1.726	7.591	.001	.011
Setting	1	2.921	.088	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	2.277	.132	.003
SES ^B	2	0.107	.899	<.001
Zeit*Setting	1.726	1.001	.358	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.726	0.984	.364	.001
Zeit*SES ^B	3.453	1.186	.315	.004
Behandlungsbedingte Symptome				
Zeit	1.602	31.400	<.001	.044
Setting	1	0.002	.963	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.625	.203	.002
SES ^B	2	1.783	.169	.005
Zeit*Setting	1.602	0.030	.947	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.602	2.481	.096	.004
Zeit*SES ^B	3.205	2.135	.090	.006
Inkontinenzhilfen				
Zeit	1.804	2.958	.059	.018
Setting	1	0.682	.410	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	0.173	.678	.001
SES ^B	2	3.178	.044	.038
Zeit*Setting	1.804	1.603	.205	.010
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.804	0.990	.366	.006
Zeit*SES ^B	3.609	1.446	.223	.018

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Ergänzende Analyse zur Skala *Sexualfunktion*

Da im Rahmen der varianzanalytischen Analyse mit Messwiederholung (Tab. 4.111) bezüglich der Skala Sexualfunktion lediglich die Patienten eingeschlossen werden können, die zu *allen* drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) Angaben gemacht haben, basieren die Auswertungen nur auf einem Teil der Daten, die zum dritten Messzeitpunkt verfügbar sind. Patienten, die zum ersten Messzeitpunkt (T1) noch keine Angaben zu ihrer Sexualfunktion machen konnten, dies aber zum dritten Messzeitpunkt (T3) tun, sind nicht in den Analysen berücksichtigt.

Entsprechend erfolgt an dieser Stelle eine Analyse der Sexualfunktion ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) unter Einschluss aller Patienten, die – unabhängig von ihren Angaben zum ersten oder zweiten Messzeitpunkt (T1 und T2) - zum dritten Messzeitpunkt Angaben zur Sexualfunktion gemacht haben.

Die Auswertungen machen deutlich, dass die stationären Patienten mit durchschnittlich 50.9 Punkten eine etwas geringere Sexualfunktion angeben im Vergleich zu den ambulanten Patienten mit einem mittleren Wert von 55.6 Punkten. Die Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt wieder arbeiten, geben eine Sexualfunktion von durchschnittlich 52.3 Punkten an, die Einschätzung der nicht zurückgekehrten Patienten liegt mit 46.1 Punkten darunter (Tab. 4.112).

Tab. 4.112: Deskriptive Statistik zu der Funktionsskala Sexualfunktion (EORTC QLQ-PR25) zum dritten Messzeitpunkt (T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=505)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-PR25)		12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD
Funktionsskalen				
Sexualfunktion^A				
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	381	51.7	24.9
	Ambulant	63	55,5	25.8
	Gesamt	444	52.3	25.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	54	44.9	25.2
	Ambulant	7	56.0	23.9
	Gesamt	61	46.1	25.4
Gesamt	Stationär	435	50.9	25.1
	Ambulant	70	55.6	25.5

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau; Berücksichtigung aller Patienten, die, unabhängig von den Angaben zu T1 oder T2, zum dritten Messzeitpunkt eine Angabe gemacht haben)

Die varianzanalytische Berechnung führt zu dem Ergebnis, dass weder der Faktor Setting noch der Faktor Rückkehr zur Arbeit einen signifikanten Einfluss auf die Sexualfunktion der Patienten haben (Tab. 4.113).

Tab. 4.113: Einfluss der Variablen Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die Funktionsskala Sexualfunktion (EORTC QLQ-PR25) (N=505) zum dritten Messzeitpunkt

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Funktionsskalen				
Sexualfunktion				
Setting	1	1.957	.162	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	0.366	.546	.001

^AUnivariate ANOVA

Generische Lebensqualität (SF8). Die stationären und ambulanten Patienten berichten eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit über den Erhebungszeitraum hinweg. Zu Beginn (T1) liegt der Wert bei 40.2 bei stationären Patienten und bei 42.3 bei ambulanten Patienten. Die Werte steigern sich bis auf 46.6 Punkte (stationär) bzw. 47.9 Punkte (ambulant) zu T3.

Die Entwicklung in Hinblick auf die Gruppe der zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten sieht ähnlich aus (zurückgekehrt: T1: M=40.8, T2: M=44.6, T3: M=47.3; nicht zurückgekehrt: T1: M=38.2, T2: M=42.1, T3: M=43.4; Tab. 4.114, Abb. 4.54).

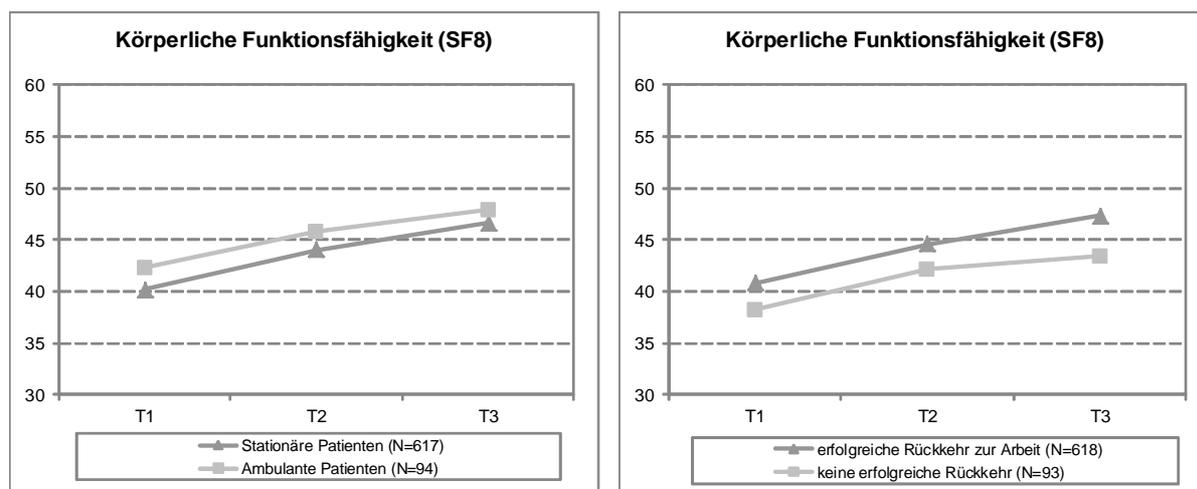


Abb. 4.54: Verlauf der körperlichen Funktionsfähigkeit (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Stationäre und ambulante Patienten nehmen eine Verbesserung der körperlichen Rollenfunktion über den Katamnesezeitraum hinweg wahr, wobei die stationären Patienten etwas geringere Werte aufweisen. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegen die stationären Patienten bei einem Durchschnittswert von 35.3, der sich zu T2 auf 40.1 und zu T3 auf 45.7 Punkte steigert. Die Entwicklung der Daten der ambulanten Patienten ist wie folgt: T1: M=39.1, T2: M=43.1 und T3: M=48.4.

Wieder arbeitende Patienten liegen zu allen drei Messzeitpunkten über den Werten der Patienten, die zu T3 nicht arbeiten. Ein Jahr nach Rehabilitationsende liegt der Durchschnittswert bei 46.7 Punkten, während nicht zurückgekehrte Patienten einen Wert von 41.5 erreichen (Tab. 4.114, Abb. 4.55).

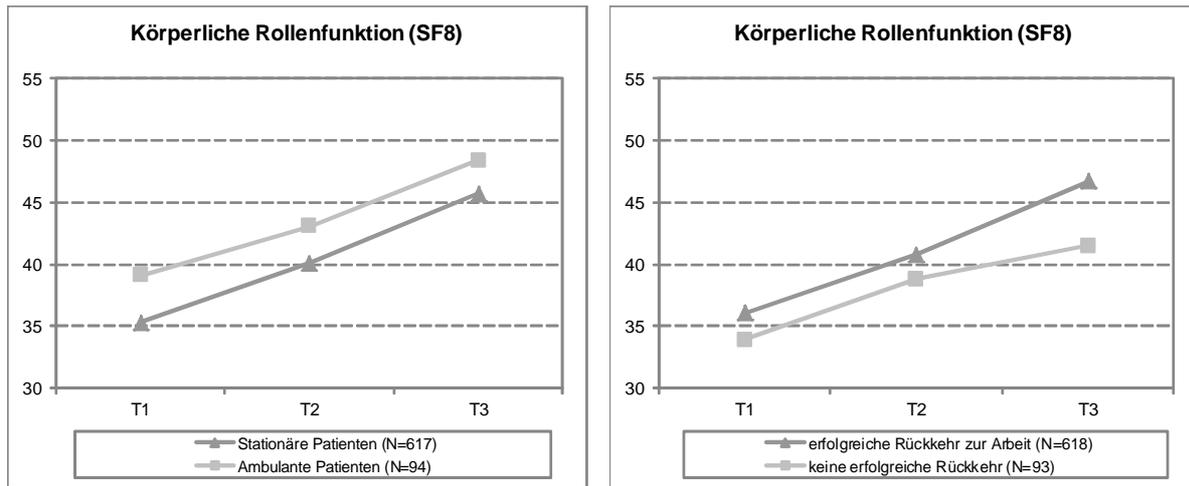


Abb. 4.55: Verlauf der körperlichen Rollenfunktion (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte Patienten (N=711)

Auch hinsichtlich der körperlichen Schmerzen zeigt sich eine kontinuierliche Verbesserung bei stationären und ambulanten Patienten. Dabei handelt es sich um durchschnittlich 5 Punkte, um die sich der Gesamtmittelwert beider Gruppen von T1 zu T3 erhöht (stat: T1: M=49.0, T2: M=53.0, T3: M=54.6; amb: T1: M=49.8, T2: M=54.7, T3: M=55.3).

Der gleiche Verlauf wird von Patienten berichtet, die zur Arbeit zurückgekehrt bzw. nicht zurückgekehrt sind (zurückgekehrt: T1: M=49.3, T2: M=53.5, T3: M=55.0; nicht zurückgekehrt: T1: M=47.4, T2: M=51.3, T3: M=52.5; Tab. 4.114, Abb. 4.56).

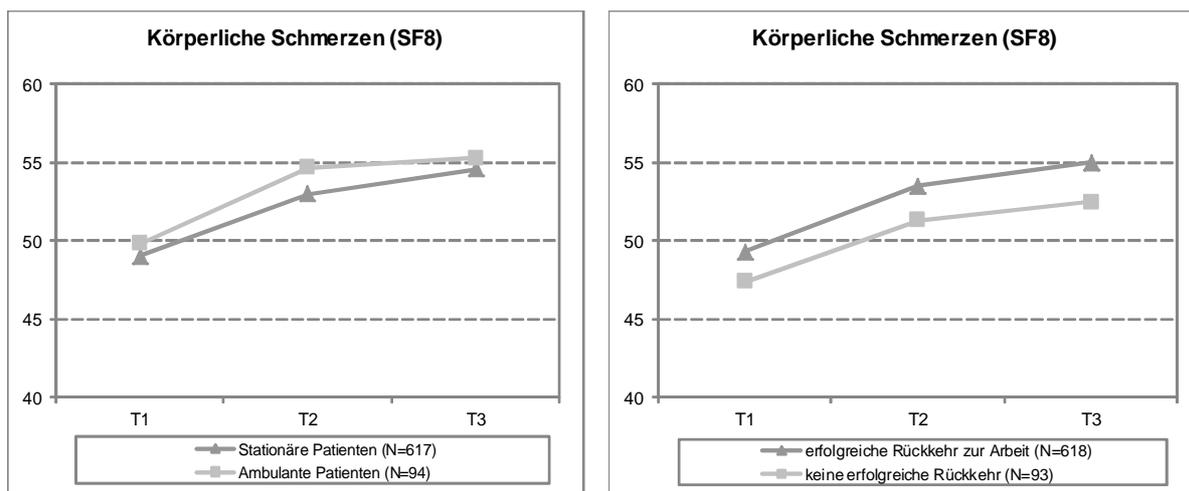


Abb. 4.56: Verlauf der körperlichen Schmerzen (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung entwickelt sich positiv bei den Patienten. Stationäre und ambulante Patienten machen ähnliche Angaben über den Erhebungszeitraum hinweg. Zu Beginn der Maßnahme (T1) berichten stationäre Patienten einen durchschnittlichen Wert von 42.1, während die ambulanten Patienten einen Wert von 43.2 angeben. Nach Ende der Rehabilitation steigt die Gesundheitswahrnehmung auf 45.7 (stationär) bzw. 46.9 (ambulant) an. Zum dritten Messzeitpunkt berichten stationäre Patienten von 45.8 Punkten und ambulante Patienten von 47.5 Punkten.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende wieder arbeiten, erleben im Durchschnitt eine Steigerung der Gesundheitswahrnehmung von 42.5 zu T1 auf 46.3 Punkte zu T3. Nicht zurückgekehrte Patienten berichten eine etwas geringere Gesundheitswahrnehmung, die sich von T2 zu T3 auch nicht mehr steigert (T1: M=40.5, T2: M=44.2, T3: M=44.1, Tab. 4.114, Abb. 4.57).

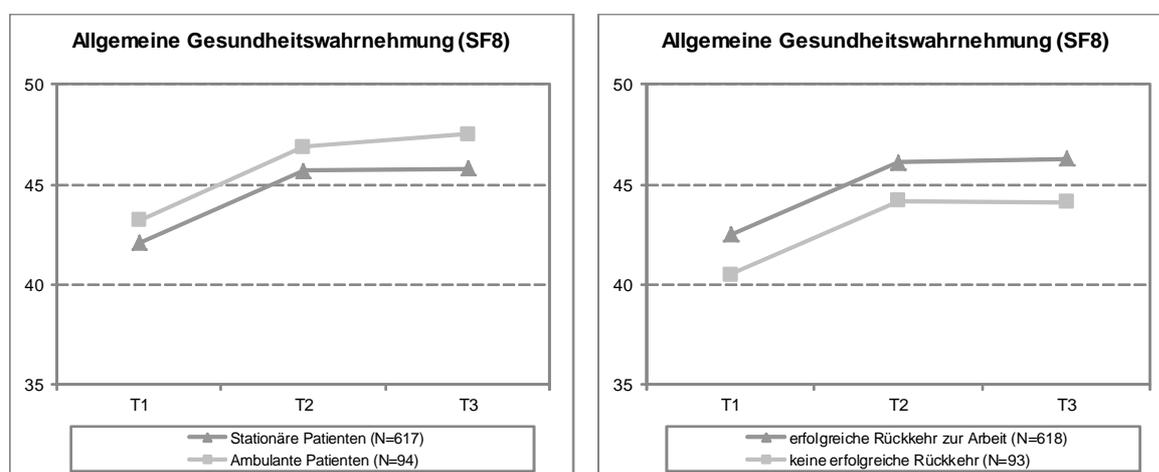


Abb. 4.57: Verlauf der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (SF8; normbasierte Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Patienten der stationären wie auch ambulanten Rehabilitation erleben eine Verbesserung der Vitalität über die drei Messzeitpunkte hinweg. Dabei machen stationäre Patienten eine etwas größere Entwicklung. Zu Beginn (T1) berichten sie einen Wert von durchschnittlich 44.7, der sich ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) auf 49.3 Punkte steigert. Ambulante Patienten erleben eine Verbesserung von knapp 3 Punkten (T1: M=46.9, T2: M=50.5, T3: M=50.6).

Ähnlich ist der Verlauf bei den zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten. Dabei liegen die nicht zurückgekehrten Patienten aber zu allen drei Messzeitpunkten unter den Angaben der wieder arbeitenden Patienten (zurückgekehrt: T1: M=45.4, T2: M=48.7, T3: M=49.8; nicht zurückgekehrt: T1: M=42.7, T2: M=46.0, T3: M=47.1; Tab. 4.114, Abb. 4.58).

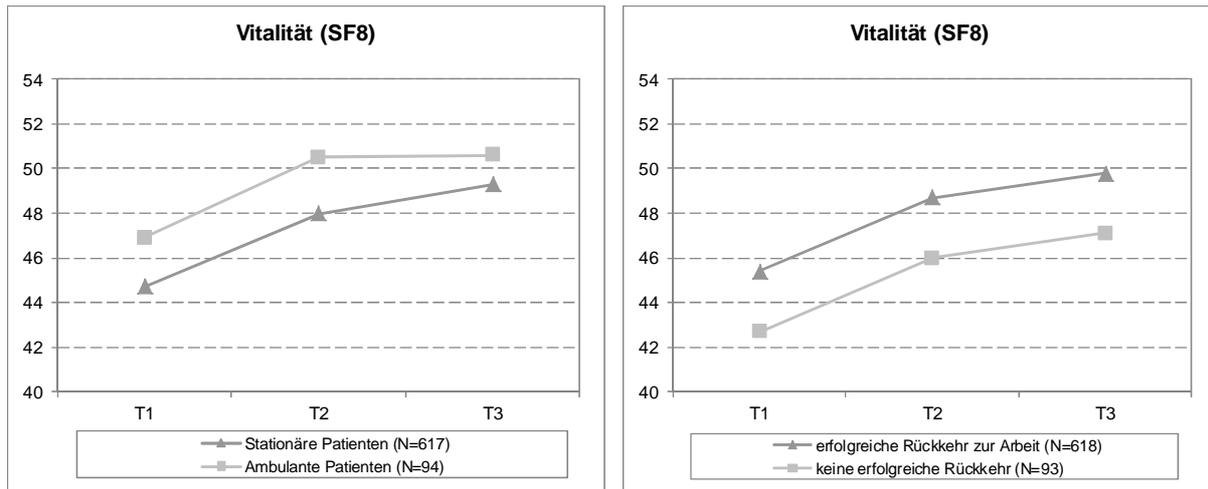


Abb. 4.58: Verlauf der Vitalität (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die soziale Funktionsfähigkeit wird von den stationären Patienten folgendermaßen beschrieben: T1: 46,8, T2: 48,6 und T3: 49,4. Die ambulanten Patienten liegen in einem ähnlichen Bereich (T1: M=46,5, T: M=49,8, T3: M=51,1).

Auch dieses Item schätzen die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende wieder arbeiten, besser ein als Patienten, die nicht zu T3 arbeiten. Sie verbessern sich von 47,1 Punkten zum ersten Messzeitpunkt (T1) auf 50,1 Punkte zum dritten Messzeitpunkt (T3). Nicht arbeitende Patienten liegen zu Beginn der Maßnahme (T1) bei 44,5 Punkten und verbessern sich zunächst auf 46,9 Punkte am Ende der Rehabilitation (T2). Ein Jahr später sinkt der Wert auf 46,6 ab (Tab. 4.114, Abb. 4.59).

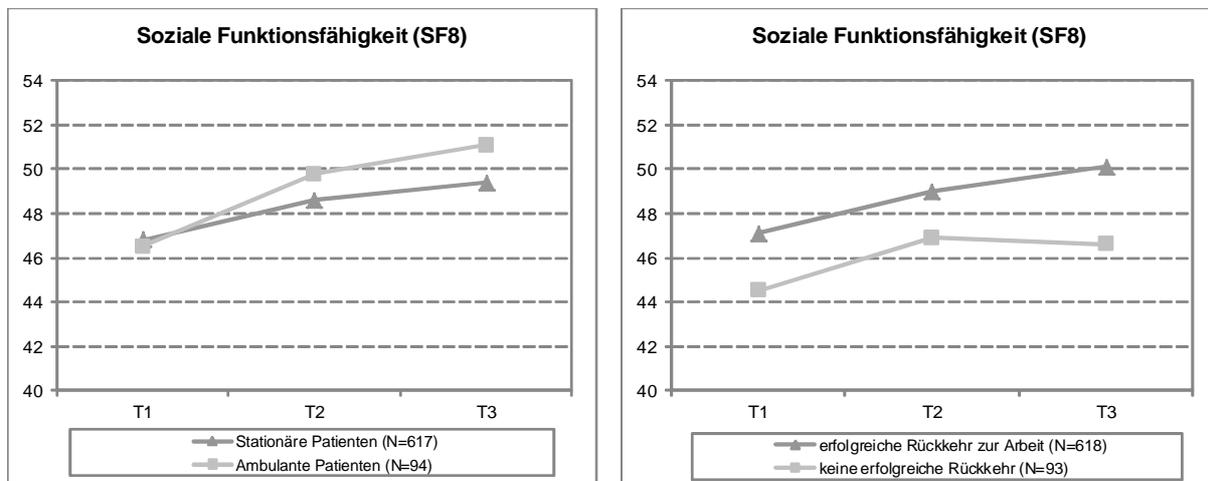


Abb. 4.59: Verlauf der sozialen Funktionsfähigkeit (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrt und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Stationäre Patienten erleben eine Steigerung der emotionalen Rollenfunktion von 36.6 Punkten zu T1 auf einen Wert von 45.9 zu T3. Ambulante Patienten liegen mit einem Durchschnittswert von 39.2 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) etwas höher und steigern sich auf 47.6 ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3).

Während wieder arbeitende Patienten einen Sprung von knapp 10 Punkten im Laufe der Datenerhebung erleben (T1: M=37.1, T2: M=41.6, T3: M=46.8), berichten die nicht arbeitenden Patienten eine weniger starke Entwicklung von 5 Punkten von T1 bis T3 (T1: M=35.9, T2: M=40.0, T3: M=41.4; Tab. 4.114, Abb. 4.60).

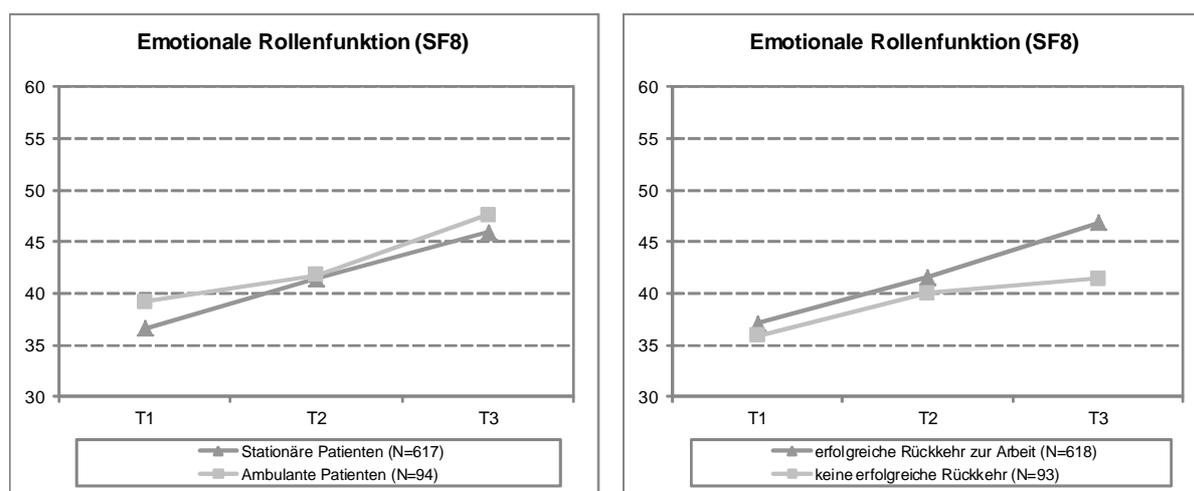


Abb. 4.60: Verlauf der emotionalen Funktionsfähigkeit (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Das psychische Wohlbefinden steigt sowohl bei stationären wie auch ambulanten Patienten zum zweiten Messzeitpunkt (T2) zunächst an, fällt jedoch ein Jahr nach Ende der Rehabilitation wieder leicht ab. Die Werte beider Patientengruppen liegen nah beieinander (stat: T1: M=47.0, T2: M=50.7, T3: M=48.5; amb: T1: M=48.5, T2: M=51.4, T3: M=50.5).

Auch auf Ebene der Gruppen hinsichtlich der Rückkehr zur Arbeit ist die beschriebene Entwicklung zu beobachten. Dennoch steigern sich sowohl zurückgekehrte wie nicht zurückgekehrte Patienten im Allgemeinen im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt in Bezug auf ihr psychisches Wohlbefinden (zurückgekehrt: T1: M=47.4, T2: M=51.1, T3: M=49.0; nicht zurückgekehrt: T1: M=45.5, T2: M=49.0, T3: M=46.7; Tab. 4.114, Abb. 4.61).

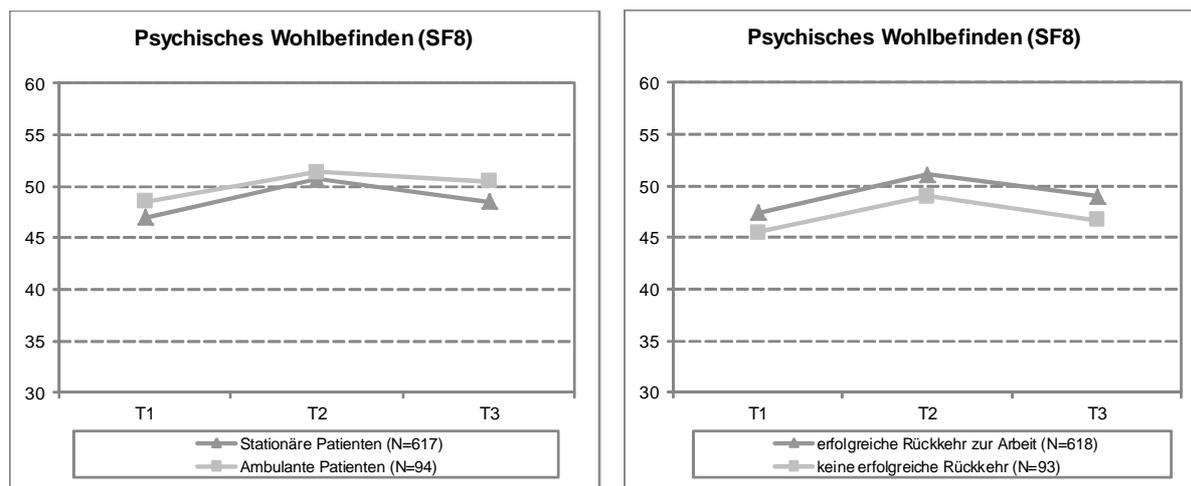


Abb. 4.61: Verlauf des psychischen Wohlbefindens (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Beurteilung der Summenskala „körperliche Gesundheit“ macht eine große Entwicklung der Befindlichkeit der stationären Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg deutlich. Zu Beginn (T1) wurde die körperliche Gesundheit mit einem durchschnittlichen Wert von 38.1 eingeschätzt, der sich kontinuierlich auf 43.2 zu T2 und 48.1 zu T3 Punkte gesteigert hat. Auch ambulanten Patienten berichten eine Verbesserung in Bezug auf alle drei Messzeitpunkte (T1: M=40.8, T2: M=45.8, T3: M=49.9).

Im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (T1, M=38.9) geben ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrte Patienten 12 Monate nach Ende der Maßnahme (T3) einen Anstieg auf 49.0 Punkte an. Nicht-arbeitende Patienten liegen zu allen Messzeitpunkten jeweils unter den Angaben dieser Patientengruppe (T1: M=35.7, T2: M=40.8, T3: M=43.4; Tab. 4.114, Abb. 4.62).

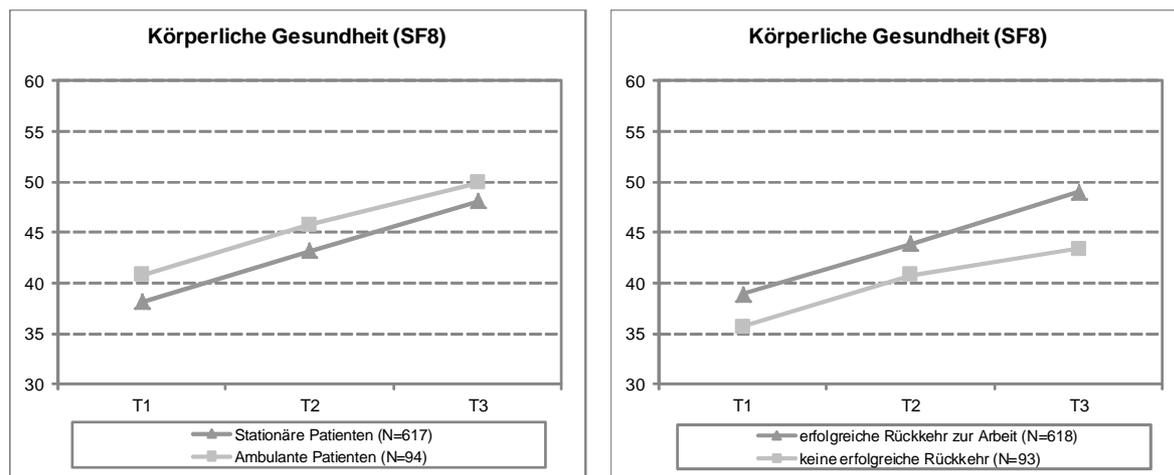


Abb. 4.62: Verlauf der Summenskala körperliche Gesundheit (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Beurteilung der Summenskala „psychische Gesundheit“ fällt hinsichtlich einer Besserung weniger stark aus. Sowohl stationäre wie ambulante Patienten erleben eine Steigerung der durchschnittlichen Werte um 3 bis 4 Punkte. Allerdings geben die Patientengruppen bereits zum ersten Messzeitpunkt (T1) im Vergleich zur körperlichen Gesundheit ein besseres Befinden an, so dass ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) körperliche wie auch psychische Gesundheit ähnlich hoch eingeschätzt werden (stat: T1: M=45.1, T2: M=49.4, T3: M=48.7; amb: T1: M=47.1, T2: M=50.5, T3: M=51.1).

Patienten, die ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation (T3) wieder arbeiten, berichten eher eine Stagnation der psychischen Gesundheit von T2 mit 49.9 Punkten zu T3 mit 49.5 Punkten. Patienten, die nicht arbeiten, erleben sogar eine deutlichere Verschlechterung ihrer Situation. Während der Durchschnittswert von T1 mit 43.1 Punkten zu T2 mit 47.6 Punkten ansteigt, fällt er zu T3 wieder auf 45.8 Punkte (Tab. 4.114, Abb. 4.63).

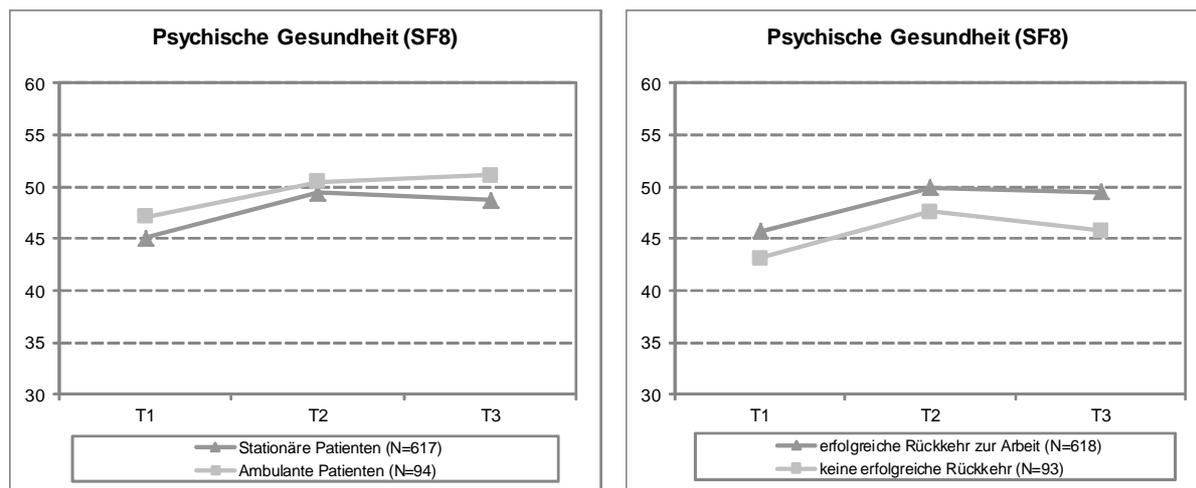


Abb. 4.63: Verlauf der Summenskala psychische Gesundheit (SF8; normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10)) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.114: Deskriptive Statistik zur generischen Lebensqualität bzw. den Subskalen und Summenskalen (SF8) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Generische Lebensqualität (SF8)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subskalen										
Körperliche Funktionsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	526	40.6	7.9	526	44.3	7.1	526	47.1	6.9
	Ambulant	81	42.6	8.5	81	46.1	7.8	81	48.4	6.9
	Gesamt	607	40.8	8.0	607	44.6	7.2	607	47.3	6.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	37.9	8.0	78	41.9	7.0	78	43.2	8.5
	Ambulant	11	40.0	8.8	11	44.1	7.9	11	44.5	7.8
	Gesamt	89	38.2	8.1	89	42.1	7.1	89	43.4	8.3
Gesamt	Stationär	604	40.2	7.9	604	44.0	7.2	604	46.6	7.3
	Ambulant	92	42.3	8.5	92	45.8	7.8	92	47.9	7.1
Körperliche Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	481	35.5	8.9	481	40.4	8.7	481	46.3	7.5
	Ambulant	80	39.6	9.3	80	43.3	8.0	80	49.2	6.9
	Gesamt	561	36.1	9.0	561	40.8	8.7	561	46.7	7.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	69	33.7	9.1	69	38.3	9.1	69	41.3	9.8
	Ambulant	11	35.3	9.4	11	41.7	9.3	11	42.7	10.4
	Gesamt	80	33.9	9.1	80	38.8	9.1	80	41.5	9.8
Gesamt	Stationär	550	35.3	8.9	550	40.1	8.8	550	45.7	8.0
	Ambulant	91	39.1	9.4	91	43.1	8.1	91	48.4	7.7

^ASkala: je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität (Normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10))

Fortsetzung Tab. 4.114

Generische Lebensqualität (SF8)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subskalen										
Körperliche Schmerzen^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	527	49.2	8.9	527	53.2	8.1	527	54.8	8.3
	Ambulant	81	50.1	8.3	81	55.1	7.6	81	56.1	6.9
	Gesamt	608	49.3	8.8	608	53.5	8.1	608	55.0	8.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	47.4	10.0	78	51.3	9.1	78	52.9	9.5
	Ambulant	11	47.4	10.9	11	51.3	10.6	11	49.8	13.0
	Gesamt	89	47.4	10.0	89	51.3	9.3	89	52.5	10.0
Gesamt	Stationär	605	49.0	9.0	605	53.0	8.3	605	54.6	8.5
	Ambulant	92	49.8	8.7	92	54.7	8.0	92	55.3	8.0
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	525	42.3	5.9	525	45.9	5.3	525	46.0	6.5
	Ambulant	79	43.5	6.6	79	47.2	6.3	79	48.1	6.0
	Gesamt	604	42.5	6.0	604	46.1	5.5	604	46.3	6.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	40.5	6.7	78	44.1	6.1	78	44.2	7.0
	Ambulant	11	40.8	6.4	11	44.5	6.4	11	43.1	8.4
	Gesamt	89	40.5	6.7	89	44.2	6.1	89	44.1	7.1
Gesamt	Stationär	603	42.1	6.0	603	45.7	5.5	603	45.8	6.6
	Ambulant	90	43.2	6.6	90	46.9	6.3	90	47.5	6.5
Vitalität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	527	45.0	7.3	527	48.4	6.9	527	49.6	7.2
	Ambulant	81	47.4	6.7	81	50.8	7.3	81	51.2	6.9
	Gesamt	608	45.4	7.3	608	48.7	7.0	608	49.8	7.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	78	42.6	7.8	78	45.7	7.8	78	47.2	8.4
	Ambulant	11	43.7	7.4	11	48.3	9.0	11	46.5	5.2
	Gesamt	89	42.7	7.7	89	46.0	7.9	89	47.1	8.5
Gesamt	Stationär	605	44.7	7.4	605	48.0	7.0	605	49.3	7.4
	Ambulant	92	46.9	6.8	92	50.5	7.6	92	50.6	7.4
Soziale Funktionsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	522	47.1	8.1	522	48.9	7.6	522	49.9	7.0
	Ambulant	79	47.1	8.5	79	49.8	7.1	79	51.6	5.2
	Gesamt	601	47.1	8.2	601	49.0	7.5	601	50.1	6.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	44.8	10.1	79	46.6	8.9	79	46.4	9.1
	Ambulant	11	42.3	10.3	11	49.5	8.0	11	47.5	9.4
	Gesamt	90	44.5	10.1	90	46.9	8.8	90	46.6	9.1
Gesamt	Stationär	601	46.8	8.4	601	48.6	7.8	601	49.4	7.4
	Ambulant	90	46.5	8.8	90	49.8	7.2	90	51.1	5.9

^ASkala: je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität (Normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10))

Fortsetzung Tab. 4.114

Generische Lebensqualität (SF8)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subskalen										
Emotionale Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	486	36.7	11.4	486	41.5	10.6	486	46.5	7.1
	Ambulant	75	39.2	11.2	75	42.5	10.7	75	48.5	6.0
	Gesamt	561	37.1	11.4	561	41.6	10.6	561	46.8	7.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	68	35.4	11.2	68	40.5	10.8	68	41.4	10.8
	Ambulant	11	39.2	13.4	11	36.7	10.9	11	41.4	11.0
	Gesamt	79	35.9	11.5	79	40.0	10.8	79	41.4	10.7
Gesamt	Stationär	554	36.6	11.3	554	41.4	10.6	554	45.9	7.8
	Ambulant	86	39.2	11.4	86	41.8	10.8	86	47.6	7.1
Psychisches Wohlbefinden^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	522	47.2	9.0	522	51.0	7.1	522	48.7	8.3
	Ambulant	80	48.8	8.3	80	51.6	6.8	80	51.2	7.5
	Gesamt	602	47.4	8.9	602	51.1	7.1	602	49.0	8.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	79	45.3	11.5	79	48.8	9.1	79	46.9	10.6
	Ambulant	11	46.7	9.8	11	50.4	8.7	11	45.6	12.9
	Gesamt	90	45.5	11.3	90	49.0	9.0	90	46.7	10.8
Gesamt	Stationär	601	47.0	9.4	601	50.7	7.5	601	48.5	8.7
	Ambulant	91	48.5	8.5	91	51.4	7.0	91	50.5	8.4
Summenskalen										
Körperliche Gesundheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	452	38.5	8.9	452	43.6	8.2	452	48.7	8.0
	Ambulant	72	41.3	9.1	72	46.1	8.8	72	50.7	7.7
	Gesamt	524	38.9	9.0	524	43.9	8.3	524	49.0	8.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	63	35.5	9.1	63	40.3	7.7	63	43.2	9.7
	Ambulant	11	37.3	10.9	11	43.2	9.9	11	44.4	12.0
	Gesamt	74	35.7	9.4	74	40.8	8.1	74	43.4	10.0
Gesamt	Stationär	515	38.1	9.0	515	43.2	8.2	515	48.1	8.5
	Ambulant	83	40.8	9.4	83	45.8	8.9	83	49.9	8.6
Psychische Gesundheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	452	45.5	10.2	452	49.7	8.7	452	49.1	9.1
	Ambulant	72	47.4	9.6	72	51.0	8.1	72	52.1	7.2
	Gesamt	524	45.7	10.2	524	49.9	8.6	524	49.5	8.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	63	42.7	12.1	63	47.5	10.6	63	46.0	12.3
	Ambulant	11	45.2	12.3	11	47.8	11.6	11	44.9	14.9
	Gesamt	74	43.1	12.1	74	47.6	10.7	74	45.8	12.6
Gesamt	Stationär	515	45.1	10.5	515	49.4	9.0	515	48.7	9.6
	Ambulant	83	47.1	9.9	83	50.5	8.6	83	51.1	8.8

^ASkala: je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität (Normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10))

Die Überprüfung der Skalenwerte auf Mittelwertsunterschiede zeigt auf allen Skalen einen signifikanten und großen Zeiteffekt auf (jeweils $p < .001$ und $\eta_p^2 = .189$ bis $\eta_p^2 = .333$). Bis auf die

Skalen psychisches Wohlbefinden und psychische Gesundheit verbessern sich die Ausgangswerte der Patienten über den Zeitraum auf alle Skalen hinweg. Auf den anderen beiden Skalen steigt das Wohlbefinden zunächst an, sinkt zum dritten Messzeitpunkt (T3) jedoch signifikant wieder etwas ab.

Der Faktor Rückkehr zur Arbeit hat auf fünf der zehn Skalen einen signifikanten aber kleinen Effekt. In allen Fällen liegen die Werte der zur Arbeit zurückgekehrten Patienten signifikant über den Angaben derjenigen, die zu T3 nicht arbeiten. Dies gilt für folgende Werte: körperliche Funktionsfähigkeit ($p=.039$, $\eta_p^2=.006$), körperliche Rollenfunktion ($p=.029$, $\eta_p^2=.008$), körperliche Schmerzen ($p=.009$, $\eta_p^2=.010$), emotionale Rollenfunktion ($p=.003$, $\eta_p^2=.014$) und körperliche Gesundheit ($p=.011$, $\eta_p^2=.011$).

Eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ist auf den folgenden Skalen zu verzeichnen: körperliche Rollenfunktion ($p=.001$), emotionale Rollenfunktion ($p=.009$) und körperliche Gesundheit ($p=.001$). Diese liegt darin begründet, dass die zurückgekehrten Patienten im Allgemeinen auf diesen Skalen eine bessere Entwicklung erleben. In allen Fällen handelt es sich jedoch um kleine Effekte ($\eta_p^2=.008$ bis $\eta_p^2=.013$).

Bezüglich der sozialen Funktionsfähigkeit zeigt sich darüber hinaus ein geringer Effekt des Faktors Setting. In diesem Fall berichten die stationären Patienten von einer etwas geringeren Verbesserung ihrer Situation ($p=.028$, $\eta_p^2=.007$).

Ein signifikanter Effekt des Faktors sozio-ökonomischer Status besteht auf den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit ($p=.012$), körperliche Rollenfunktion ($p=.006$), körperliche Schmerzen ($p<.001$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=.011$) und körperliche Gesundheit ($p<.001$). Auf allen der genannten Skalen erreichen Patienten der Unterschicht die geringsten Ausprägungen und die Patienten der Oberschicht die höchsten Punktwerte (siehe im Anhang Tab. B.24 für deskriptive Kennwerte). Dabei handelt es sich allerdings um marginale und klinisch nicht relevante Unterschiede. Entsprechend sind die Effekte gering ($\eta_p^2=.013$ bis $\eta_p^2=.029$).

Eine signifikante Wechselwirkung der Faktoren Zeit und sozio-ökonomischer Status besteht bei folgenden Skalen: körperliche Rollenfunktion ($p=.041$) und körperliche Schmerzen ($p=.012$) sowie auf der Skala körperliche Gesundheit ($p=.006$). Hier weisen die Patienten der Mittelschicht im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ungünstigere Verläufe auf. Aber auch in diesem Falle handelt es sich um aufgrund der geringen Effekte zwischen $\eta_p^2=.008$ und $\eta_p^2=.013$ um geringfügige Gruppenunterschiede (Tab. 4.115).

Tab. 4.115: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die generische Lebensqualität bzw. die Subskalen und Summenskalen (SF8) (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Subskalen				
Körperliche Funktionsfähigkeit				
Zeit	1.856	307.506	<.001	.310
Setting	1	0.011	.918	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	4.268	.039	.006
SES ^B	2	4.436	.012	.013
Zeit*Setting	1.856	0.131	.863	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.856	3.062	.051	.004
Zeit*SES ^B	3.713	2.149	.078	.006
Körperliche Rollenfunktion				
Zeit	1.774	314.058	<.001	.333
Setting	1	0.600	.439	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	4.785	.029	.008
SES ^B	2	5.238	.006	.016
Zeit*Setting	1.774	0.286	.724	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.774	8.072	.001	.013
Zeit*SES ^B	3.547	2.610	.041	.008
Körperliche Schmerzen				
Zeit	1.788	247.584	<.001	.266
Setting	1	3.788	.052	.005
Rückkehr zur Arbeit	1	6.826	.009	.010
SES ^B	2	8.558	<.001	.024
Zeit*Setting	1.788	3.262	.044	.005
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.788	3.116	.050	.005
Zeit*SES ^B	3.576	3.382	.012	.010
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung				
Zeit	1.726	184.901	<.001	.189
Setting	1	0.231	.631	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	3.850	.050	.006
SES ^B	2	4.530	.011	.013
Zeit*Setting	1.726	0.306	.704	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.726	2.329	.106	.003
Zeit*SES ^B	3.452	2.108	.088	.006
Vitalität				
Zeit	1.824	188.058	<.001	.216
Setting	1	0.314	.575	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.187	.276	.002
SES ^B	2	1.976	.139	.006
Zeit*Setting	1.824	1.108	.327	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.824	0.658	.504	.001
Zeit*SES ^B	3.647	1.084	.360	.003

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.115

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Subskalen				
Soziale Funktionsfähigkeit				
Zeit	1.804	272.850	<.001	.287
Setting	1	4.855	.028	.007
Rückkehr zur Arbeit	1	0.234	.629	<.001
SES ^B	2	1.505	.223	.004
Zeit*Setting	1.804	1.852	.161	.003
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.804	2.987	.056	.004
Zeit*SES ^B	3.609	0.772	.531	.002
Emotionale Rollenfunktion				
Zeit	1.636	303.741	<.001	.326
Setting	1	1.914	.167	.003
Rückkehr zur Arbeit	1	9.009	.003	.014
SES ^B	2	1.431	.240	.005
Zeit*Setting	1.636	1.855	.165	.003
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.636	5.259	.009	.008
Zeit*SES ^B	3.272	.458	.728	.001
Psychisches Wohlbefinden				
Zeit	1.788	203.093	<.001	.230
Setting	1	0.169	.681	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	2.061	.152	.003
SES ^B	2	0.307	.736	.001
Zeit*Setting	1.788	0.081	.903	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.788	1.296	.273	.002
Zeit*SES ^B	3.576	0.481	.729	.001
Summenskalen				
Körperliche Gesundheit				
Zeit	1.807	279.330	<.001	.323
Setting	1	0.165	.685	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	6.528	.011	.011
SES ^B	2	8.651	<.001	.029
Zeit*Setting	1.807	0.541	.565	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.807	7.018	.001	.012
Zeit*SES ^B	3.614	3.846	.006	.013
Psychische Gesundheit				
Zeit	1.798	172.504	<.001	.224
Setting	1	0.028	.866	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	2.923	.088	.005
SES ^B	2	.310	.734	.001
Zeit*Setting	1.798	0.101	.885	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.798	2.396	.097	.004
Zeit*SES ^B	3.596	0.177	.938	.001

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Psychosoziale Entwicklung von T1 bis T3: Zusammenfassung

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Entwicklung von **Ängstlichkeit** und **Depressivität** (HADS) über den Katamnesezeitraum hinweg. Auch hinsichtlich der **subjektiven Belastung** (DT) liegen keine signifikanten Unterschiede vor. Auch ein Vergleich von zur Arbeit zurückgekehrten Patienten mit nicht zurückgekehrten Patienten zu T3 zeigt keine signifikanten Unterschiede. Es wird allerdings deutlich, dass sich das Befinden der Patienten im Allgemeinen ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) verbessert. Dabei handelt es sich allerdings vor allem um kleine Effekte. Der sozio-ökonomische Status der Patienten hat keinen Einfluss auf die psychische Belastung der Patienten.

Die **krebsspezifische Lebensqualität** (EORTC QLQ-C30) wird von stationären und ambulanten Patienten zu allen drei Messzeitpunkten ähnlich eingeschätzt. Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht arbeiten, weisen auf einigen Skalen signifikant schlechtere Werte auf als Patienten, die zu diesem Zeitpunkt wieder zur Arbeit zurückgekehrt sind. Allerdings handelt es sich hierbei um geringe Unterschiede. Bezüglich des sozio-ökonomischen Status lassen sich vor allem Unterschiede zwischen Patienten der Unter- und Oberschicht erkennen. Letztere weisen grundsätzlich höhere Funktionswerte auf. Allerdings handelt es sich um geringe Unterschiede und kleine statistische Effekte. Eine große Entwicklung der Patienten im Allgemeinen wird deutlich bezüglich der signifikanten Verbesserung der globalen Lebensqualität, der körperlichen Funktion, der Rollenfunktion und der sozialen Funktion über den Katamnesezeitraum hinweg. Eine Verschlechterung vom ersten (T1) bis zum dritten (T3) Messzeitpunkt zeigt sich für die Skalen emotionale und kognitive Funktion.

In Hinblick auf die **Prostatakrebs-spezifische Lebensqualität** (EORTC QLQ-PR25) zeigt sich ebenfalls keine unterschiedliche Entwicklung der stationären und ambulanten Patienten. Auch der Arbeitsstatus zu T3 hat keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Skalen. Die größten Veränderungen sind für alle Patienten auf den Skalen sexuelle Aktivität und Sexualfunktion zu verzeichnen. Während die sexuelle Aktivität kontinuierlich über alle drei Messzeitpunkte ansteigt, sinkt die Sexualfunktion zum zweiten Messzeitpunkt (T2) zunächst und steigert sich signifikant wieder ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Auf den Symptomskalen werden ebenfalls signifikante Unterschiede zu den Erhebungszeitpunkten berichtet. Dabei wird deutlich, dass vor allem die Belastung durch behandlungsbedingte Symptome über die Zeit hinweg ansteigt, während die anderen Symptomskalen eine Verbesserung der Belastung aufzeigen. Der sozio-ökonomische Status hat keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Parameter.

Große Entwicklungen hinsichtlich der **generischen Lebensqualität** (SF8) sind für die Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg auf allen Skalen zu verzeichnen. Hier steigen die Werte vom ersten (T1) bis zum dritten (T3) Messzeitpunkt signifikant an. Auf Gruppen-

ebene lassen sich signifikante Unterschiede zwischen zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten ausmachen, die allerdings weniger stark ausfallen. Stationäre und ambulante Patienten berichten ähnliche Verläufe. Patienten der Oberschicht machen vor allem auf den Skalen, die die körperliche Lebensqualität betreffen, optimistischere Angaben im Vergleich zu Patienten der Unterschicht. Hierbei handelt es sich allerdings um signifikante Unterschiede mit kleinen statistischen Effekten.

4.10.7 Entwicklung der beruflichen Belastung

Auch die Analysen hinsichtlich der beruflichen Belastung werden getrennt für stationäre und ambulante Patienten dargestellt. Weiterhin werden die Ergebnisse für Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrt sind (T3) und Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, berichtet.

4.10.7.1 Zufriedenheit mit der beruflichen Situation (FLZ^M) und berufliche Belastung (SIBAR)

Lebenszufriedenheit (FLZ^M). Sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten geben über alle drei Messzeitpunkte hinweg (T1 bis T3) durchschnittlich eine starke bis sehr starke Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation an. Dabei ist allerdings zu beobachten, dass die Zufriedenheit im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (T1) in beiden Gruppen ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) minimal abfällt.

Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt (T3) arbeiten, berichten zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Punktwert von 5.0, der zu T2 minimal auf 5.1 ansteigt. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) liegt die Einschätzung bei 4.8 Punkten. Entsprechend empfinden die zur Arbeit zurückgekehrten Patienten zu allen drei Messzeitpunkten im Durchschnitt eine „sehr starke“ Zufriedenheit. Nicht zurückgekehrte Patienten berichten von der geringsten Zufriedenheit zum dritten Messzeitpunkt (T3: M=4.3, Tab. 4.116, Abb. 4.64).

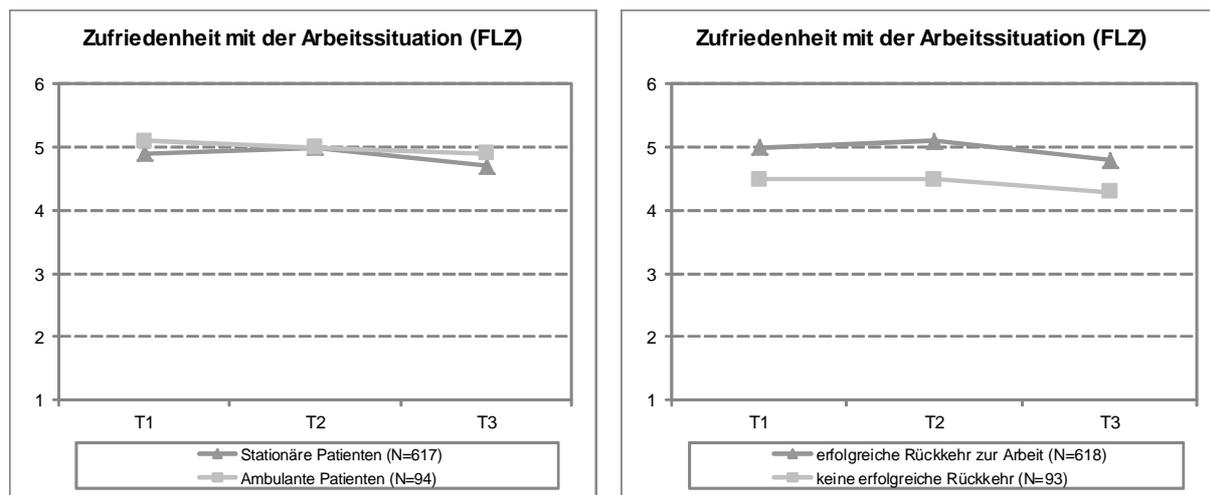


Abb. 4.64: Verlauf der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (FLZ^M; Skala 1-7) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Bezüglich der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage bleiben die Angaben der stationären Patienten über den Erhebungszeitraum (T1 bis T3) hinweg relativ konstant. Im Durchschnitt gibt diese Patientengruppe an, sehr stark mit der finanziellen Situation zufrieden zu sein. Bei den ambulanten Patienten fällt die Einschätzung vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt (T1 bis T3) von durchschnittlich 5.0 auf 4.1 Punkte ab.

Während Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder arbeiten, durchweg von einer sehr starken Zufriedenheit mit einem Punktwert von durchschnittlich 5.0 berichten, sinken die Zufriedenheitswerte der nicht zurückgekehrten Patienten von T1 bis T3. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegt der Punktwert noch bei 4.8 und ein Jahr nach Ende der Rehabilitation bei 4.4. Dennoch entsprechen die Angaben einer sehr starken bis starken Zufriedenheit (Tab. 4.116, Abb. 4.65).

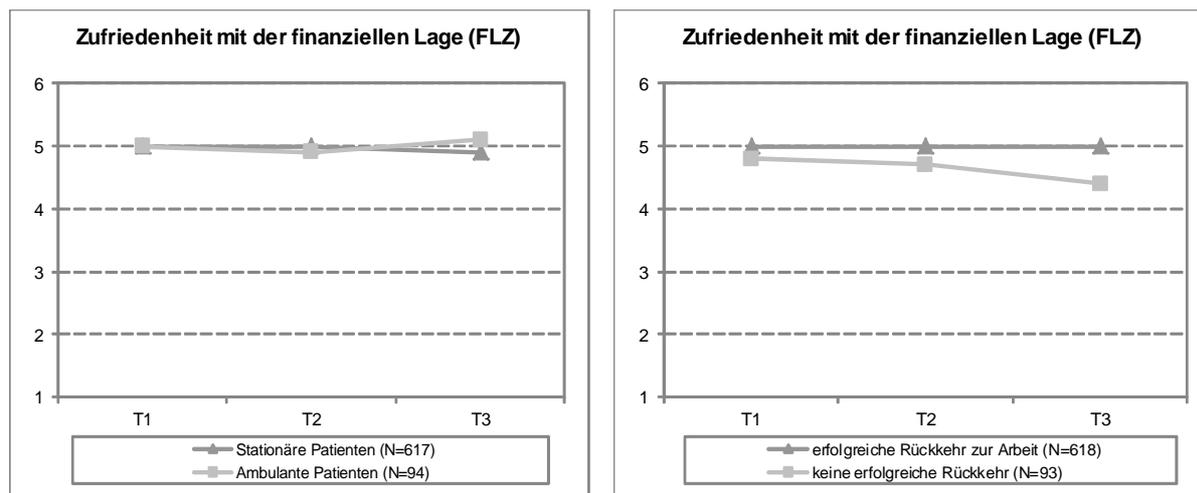


Abb. 4.65: Verlauf der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage (FLZ^M; Skala 1-7) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Berufliche Belastung (SIBAR). Stationäre und ambulante Patienten berichten von einer „teilweisen“ beruflichen Belastung zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (T1). Über den Katamnesezeitraum hinweg ändert sich an dieser Einschätzung kaum etwas.

Patienten, die zu T3 wieder arbeiten, geben zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) einen durchschnittlichen Punktwert von 3.3 an. Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt nicht arbeiten (T3), berichten von einer höheren Belastung im Beruf. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegt der Durchschnittswert bei 2.5 Punkten, am Ende der Maßnahme (T2) bei 2.3 Punkten. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) sinkt die Einschätzung auf 2.0 Punkte ab, was einer „etwas belastenden“ beruflichen Situation entspricht (Tab. 4.116, Abb. 4.66).

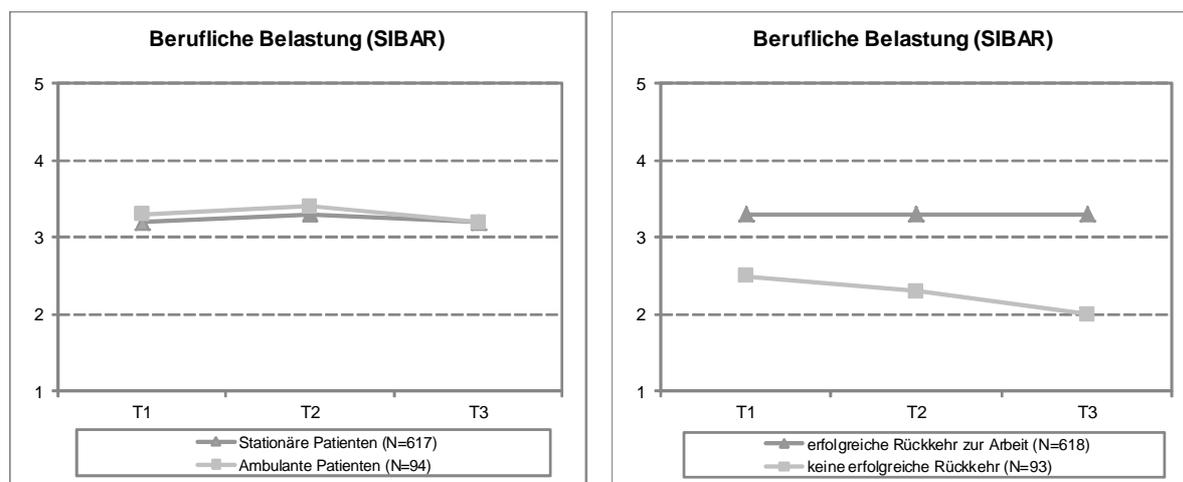


Abb. 4.66: Verlauf der beruflichen Belastung (SIBAR; Skala 1-5) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.116: Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) sowie zur beruflichen Belastung (SIBAR) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Lebenszufriedenheit (FLZ^M)		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	521	5.0	1.5	521	5.1	1.4	521	4.7	1.7
	Ambulant	78	5.2	1.3	78	5.0	1.6	78	5.1	1.4
	Gesamt	599	5.0	1.5	599	5.1	1.4	599	4.8	1.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	68	4.5	1.7	68	4.4	1.6	68	4.4	2.1
	Ambulant	10	4.5	1.6	10	4.6	1.6	10	4.1	2.6
	Gesamt	78	4.5	1.6	78	4.5	1.6	78	4.3	2.1
Gesamt	Stationär	589	4.9	1.6	589	5.0	1.5	589	4.7	1.7
	Ambulant	88	5.1	1.3	88	5.0	1.6	88	4.9	1.5
Finanzielle Lage^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	523	5.0	1.4	523	5.0	1.3	523	5.0	1.4
	Ambulant	78	5.0	1.6	78	4.9	1.4	78	5.1	1.3
	Gesamt	601	5.0	1.4	601	5.0	1.3	601	5.0	1.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	77	4.9	1.5	77	4.6	1.4	77	4.4	1.7
	Ambulant	10	4.7	1.8	10	4.9	1.7	10	5.0	1.9
	Gesamt	87	4.8	1.5	87	4.7	1.5	87	4.4	1.8
Gesamt	Stationär	600	5.0	1.4	600	5.0	1.3	600	4.9	1.4
	Ambulant	88	5.0	1.6	88	4.9	1.5	88	5.1	1.3
Berufliche Situation/Belastung (SIBAR)^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	394	3.2	1.2	394	3.3	1.1	394	3.2	1.1
	Ambulant	47	3.5	1.2	47	3.5	1.0	47	3.4	1.1
	Gesamt	441	3.3	1.2	441	3.3	1.1	441	3.3	1.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	34	2.7	1.4	34	2.4	1.2	34	2.1	1.1
	Ambulant	4	1.5	0.6	4	2.0	0.8	4	1.3	0.5
	Gesamt	38	2.5	1.4	38	2.3	1.1	38	2.0	1.1
Gesamt	Stationär	428	3.2	1.2	428	3.3	1.1	428	3.2	1.2
	Ambulant	51	3.3	1.2	51	3.4	1.1	51	3.2	1.2

^ASkala 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“

^BSkala 1 „stark belastend“, 2 „etwas belastend“, 3 „teils/teils“, 4 „eher erfüllend“, 5 „sehr erfüllend“

Die Varianzanalysen zeigen einen signifikanten Zeiteffekt für alle drei Variablen auf (jeweils $p < .001$). Dabei handelt es sich um mittlere Effekte ($\eta_p^2 = .080$ bis $\eta_p^2 = .102$).

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und der finanziellen Lage liegt ein signifikanter Effekt des sozio-ökonomischen Faktors vor (Arbeitssituation $p = .007$, $\eta_p^2 = .015$; Finanzielle Lage $p = .004$, $\eta_p^2 = .016$). Es handelt sich allerdings um sehr geringe Schwankungen zwischen den drei Gruppen mit entsprechend kleinen Effekten des Faktors (siehe im Anhang Tab. B.25 für deskriptive Kennwerte).

Darüber hinaus besteht eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem sozio-ökonomischen Faktor in Bezug auf die Finanzielle Lage ($p=.033$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen im Zeitverlauf sind jedoch auch in diesem Falle marginal ($\eta_p^2=.008$).

Hinsichtlich der beruflichen Belastung liegen zudem ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p<.001$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ($p=.001$) vor. Patienten, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) nicht arbeiten, geben im Durchschnitt eine signifikant höhere Belastung an im Vergleich zu den berufstätigen Patienten ($\eta_p^2=.028$). Weiterhin steigt die Belastung dieser Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg signifikant an, während die wieder arbeitenden Patienten kontinuierlich von wenig Belastung berichten ($\eta_p^2=.017$, Tab. 4.117). Beide beschriebenen Effekte sind jedoch als klein einzustufen.

Tab. 4.117: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZM) sowie die berufliche Belastung (SIBAR) (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Arbeitssituation/ Hauptbeschäftigung				
Zeit	1.693	57.747	<.001	.080
Setting	1	0.971	.325	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	2.649	.104	.004
SES ^B	2	4.995	.007	.015
Zeit*Setting	1.693	0.340	.676	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.693	2.101	.131	.003
Zeit*SES ^B	3.385	2.109	.089	.006
Finanzielle Lage				
Zeit	1.821	76.625	<.001	.102
Setting	1	1.839	.176	.003
Rückkehr zur Arbeit	1	0.347	.556	.001
SES ^B	2	5.534	.004	.016
Zeit*Setting	1.821	1.662	.193	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.821	0.781	.447	.001
Zeit*SES ^B	3.643	2.720	.033	.008
Berufliche Belastung (SIBAR)				
Zeit	1.820	44.565	<.001	.087
Setting	1	0.002	.968	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	13.529	<.001	.028
SES ^B	2	0.479	.620	.002
Zeit*Setting	1.820	0.599	.534	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.820	8.014	.001	.017
Zeit*SES ^B	3.640	0.486	.728	.002

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

4.10.8 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Berufliches Engagement. Insgesamt sinkt die Einschätzung der Bedeutsamkeit des beruflichen Engagements bei stationären wie ambulanten Patienten im Laufe der Katamnese etwas ab.

Die niedrigsten Punktwerte werden von den Patienten bezüglich der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit angegeben (stat: T1: M=15.8, T2: M=15.1, T3: M=14.9; amb: T1: M=15.5, T2: M=14.8, T3: M=14.8).

Patienten, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) wieder arbeiten, geben durchschnittlich zu allen drei Messzeitpunkten eine höhere berufliche Bedeutung an im Vergleich zu den Patienten, die zu T3 nicht arbeiten (Tab. 4.118, Abb. 4.67).

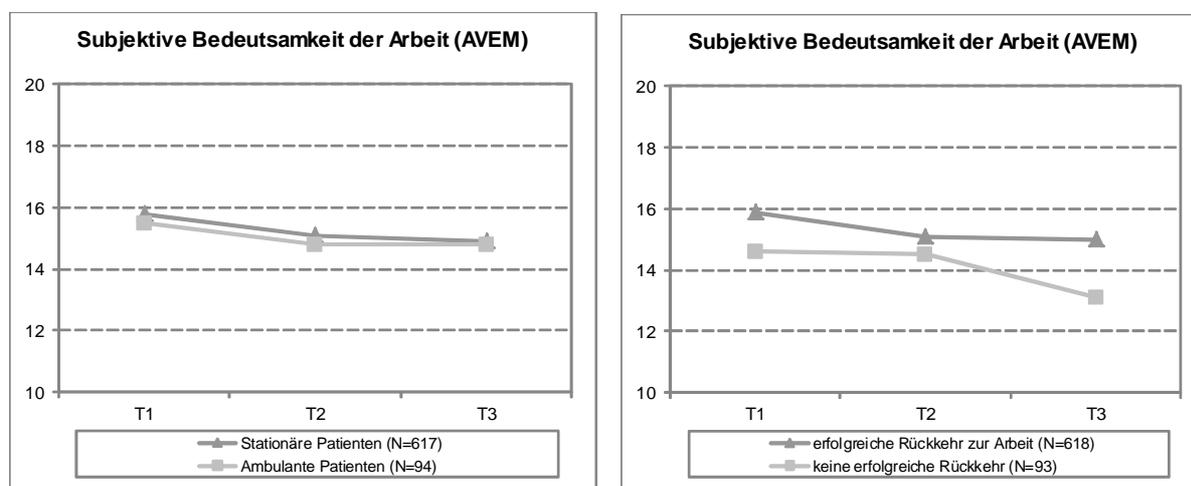


Abb. 4.67: Verlauf der Skala Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Der berufliche Ehrgeiz wird von stationären und ambulanten Patienten ähnlich beurteilt. Die Werte liegen durchschnittlich zwischen 16 und 17 Punkten in beiden Gruppen über den Katamnesezeitraum hinweg.

Auch zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten unterscheiden sich kaum in ihren Einschätzungen. Zwar liegen die Angaben der nicht zurückgekehrten Patienten durchschnittlich etwas unter denen der wieder arbeitenden Patienten. Hierbei handelt es sich jedoch um minimale Unterschiede (zurückgekehrt: T1: M=16.7, T2: M=16.8, T3: M=16.3; nicht zurückgekehrt: T1: M=15.4, T2: M=16.2, T3: M=15.0; Tab. 4.118, Abb. 4.68).

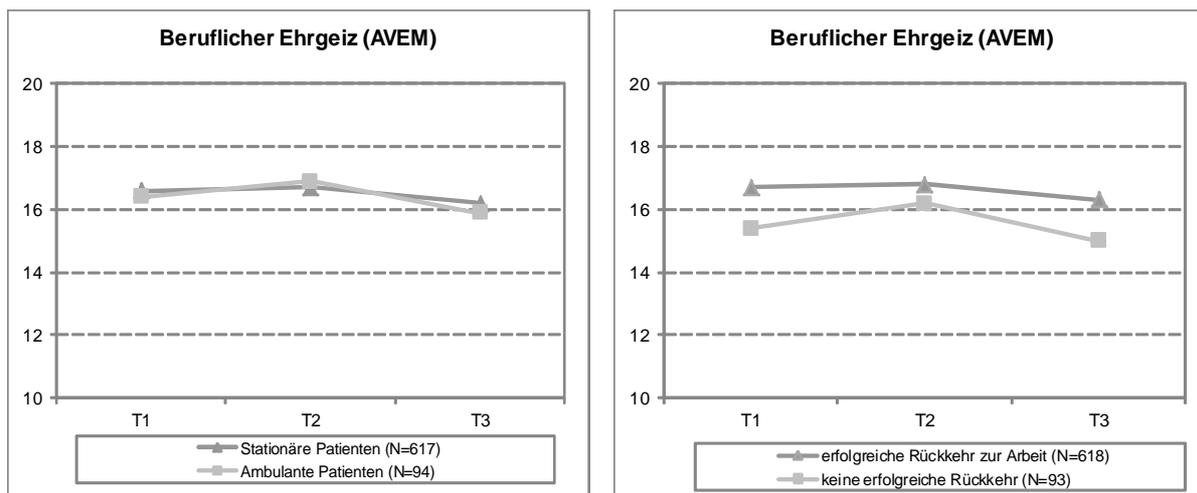


Abb. 4.68: Verlauf der Skala Beruflicher Ehrgeiz (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Verausgabungsbereitschaft der stationären und ambulanten Patienten sinkt über den Erhebungszeitraum hinweg, wobei sich beide Gruppen in den Ausprägungen kaum voneinander unterscheiden (stat: T1: M=17.6, T2: M=16.9, T3: M=16.7; amb: T1: M=17.5, T2: M=16.7, T3: M=16.2).

Ähnlich sieht die Entwicklung der Angaben bei zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten aus. Erstere liegen jeweils geringfügig über den Angaben der nicht zurückgekehrten Patienten. Insgesamt liegen die Werte zwischen 15 und 18 Punkten (Tab. 4.118, Abb. 4.69).

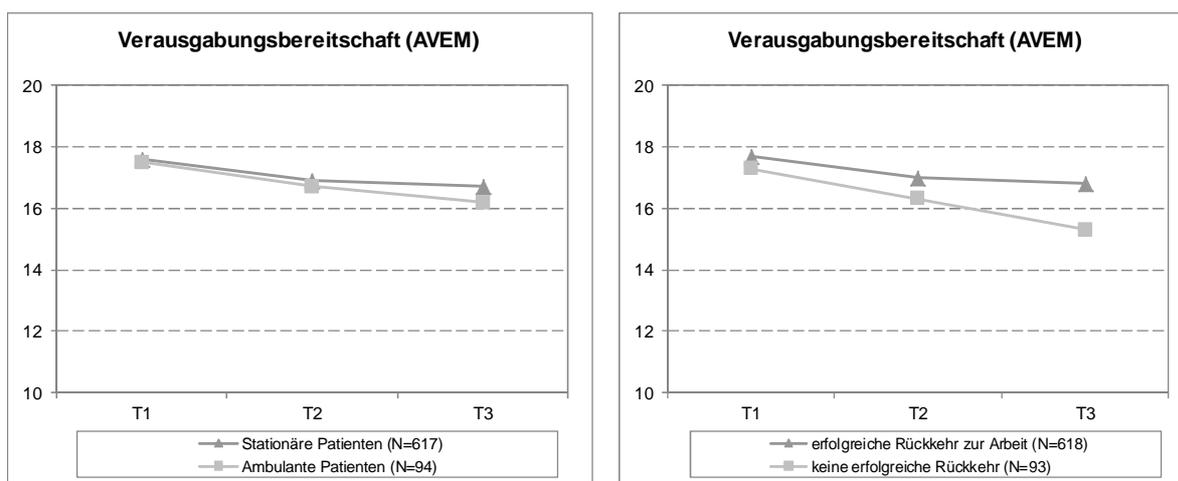


Abb. 4.69: Verlauf der Skala Verausgabungsbereitschaft (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die höchsten Angaben machen stationäre und ambulante Patienten bezüglich des Perfektionsstrebens, welches jedoch von Beginn der Rehabilitation an bis ein Jahr nach Ende der Maßnahme leicht absinkt (stat: T1: M=22.5, T2: M=21.8, T3: M=21.4; amb: T1: M=21.7, T2: M=21.3, T3: M=21.1).

Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder arbeiten und diejenigen, die nicht berufstätig sind, unterscheiden sich in ihren Angaben kaum voneinander. In beiden Gruppen sinkt die Einschätzung des Perfektionsstrebens über den Katamnesezeitraum hinweg ab (Tab. 4.118, Abb. 4.70).

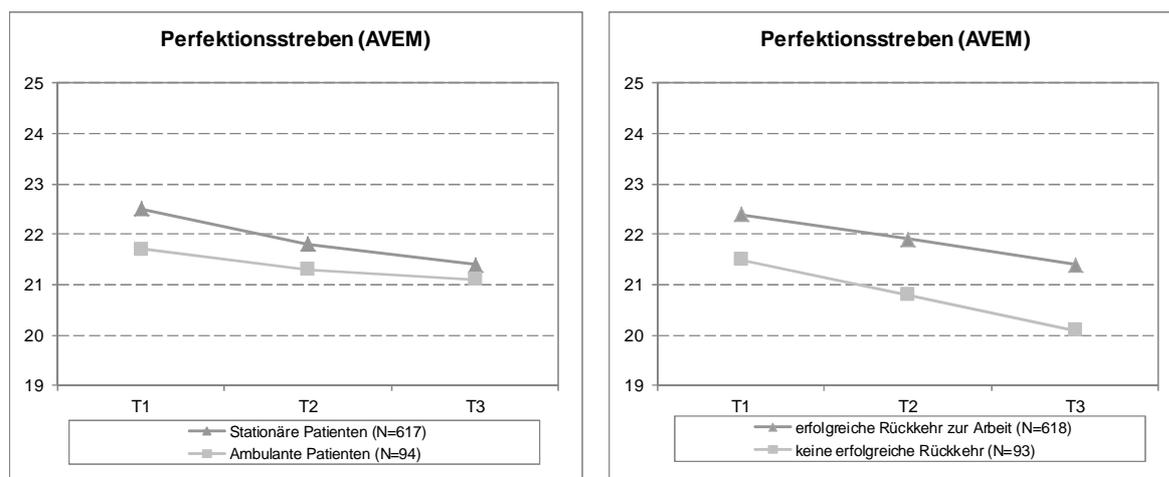


Abb. 4.70: Verlauf der Skala Perfektionsstreben (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Hinsichtlich der Frage nach beruflicher Distanzierungsfähigkeit steigen die Einschätzungen der Patienten im Gegenteil zu allen anderen Variablen an. Bei stationären und ambulanten Patienten liegt der mittlere Wert zu Beginn der Maßnahme (T1) bei 19.4 (stat) bzw. 19.5 (amb.) Punkten und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) bei 20.3 Punkten.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Betrachtung der Daten für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten. Dabei geben die nicht zurückgekehrten Patienten im Durchschnitt auf allen Skalen zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) eine größere Distanzierungsfähigkeit an im Vergleich zu den Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt arbeiten (T3, Tab. 4.118, Abb. 4.71).

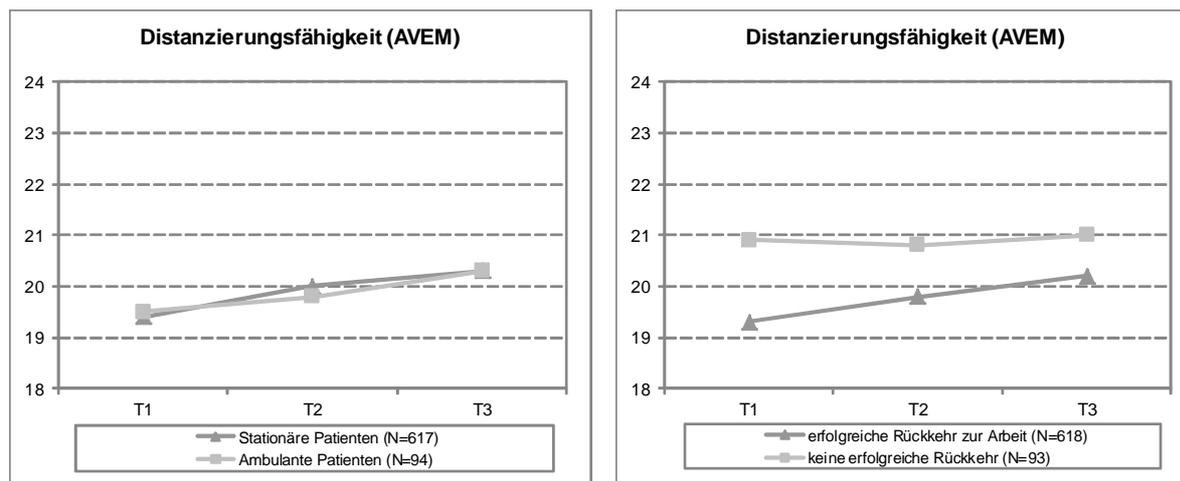


Abb. 4.71: Verlauf der Skala Distanzierungsfähigkeit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.118: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „berufliches Engagement“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Berufliches Engagement		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	499	16.0	5.0	499	15.2	5.0	499	15.0	4.7
	Ambulant	78	15.4	4.8	78	14.6	4.8	78	15.1	4.3
	Gesamt	577	15.9	5.0	577	15.1	5.0	577	15.0	4.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	45	14.2	4.7	45	14.0	4.8	45	13.3	4.6
	Ambulant	10	16.4	5.1	10	16.7	5.2	10	12.4	5.4
	Gesamt	55	14.6	4.8	55	14.5	4.9	55	13.1	4.7
Gesamt	Stationär	544	15.8	5.0	544	15.1	5.0	544	14.9	4.7
	Ambulant	88	15.5	4.8	88	14.8	4.9	88	14.8	4.5
Beruflicher Ehrgeiz^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	473	16.7	4.3	473	16.8	4.7	473	16.3	4.3
	Ambulant	73	16.6	4.5	73	16.9	4.6	73	16.2	4.5
	Gesamt	546	16.7	4.4	546	16.8	4.7	546	16.3	4.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	44	15.5	4.6	44	16.1	4.3	44	15.4	5.0
	Ambulant	8	15.0	4.7	8	16.8	3.7	8	13.1	4.5
	Gesamt	52	15.4	4.5	52	16.2	4.2	52	15.0	5.0
Gesamt	Stationär	517	16.6	4.4	517	16.7	4.6	517	16.2	4.3
	Ambulant	81	16.4	4.5	81	16.9	4.5	81	15.9	4.6

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung Tab. 4.118

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Verausgabungsbereitschaft^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	486	17.7	5.0	486	17.0	4.8	486	16.8	4.9
	Ambulant	78	17.6	4.9	78	16.8	4.6	78	16.5	4.8
	Gesamt	564	17.7	5.0	564	17.0	4.8	564	16.8	4.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	46	17.3	5.5	46	16.2	4.8	46	15.7	5.1
	Ambulant	10	17.3	4.8	10	16.4	3.3	10	13.7	3.7
	Gesamt	56	17.3	5.3	56	16.3	4.6	56	15.3	4.9
Gesamt	Stationär	532	17.6	5.1	532	16.9	4.8	532	16.7	5.0
	Ambulant	88	17.5	4.8	88	16.7	4.5	88	16.2	4.8
Perfektionsstreben^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	499	22.5	4.2	499	21.9	4.3	499	21.5	4.1
	Ambulant	74	21.9	4.0	74	21.4	4.0	74	21.1	4.2
	Gesamt	573	22.4	4.2	573	21.9	4.2	573	21.4	4.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	46	21.8	5.0	46	21.0	5.1	46	20.0	5.8
	Ambulant	10	20.2	5.6	10	20.2	5.7	10	20.6	5.5
	Gesamt	56	21.5	5.1	56	20.8	5.2	56	20.1	5.7
Gesamt	Stationär	545	22.5	4.3	545	21.8	4.3	545	21.4	4.3
	Ambulant	84	21.7	4.2	84	21.3	4.2	84	21.1	4.4
Distanzierungsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	507	19.3	5.1	507	19.9	5.1	507	20.2	4.8
	Ambulant	77	19.4	5.3	77	19.7	4.8	77	20.1	5.5
	Gesamt	584	19.3	5.1	584	19.8	5.0	584	20.2	4.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	45	21.0	5.7	45	21.0	5.0	45	20.8	5.5
	Ambulant	10	20.3	7.0	10	20.0	6.1	10	22.1	5.5
	Gesamt	55	20.9	5.9	55	20.8	5.2	55	21.0	5.5
Gesamt	Stationär	552	19.4	5.1	552	20.0	5.1	552	20.3	4.8
	Ambulant	87	19.5	5.5	87	19.8	4.9	87	20.3	5.5

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Die Analyse der Mittelwertsunterschiede ergibt einen signifikanten Zeiteffekt für alle Skalen des beruflichen Engagements (jeweils $p < .001$). Es handelt sich jedoch um geringfügige Veränderungen bzw. kleine bis mittlere Effekte über den Katamnesezeitraum hinweg, die klinisch nicht relevant sind ($\eta_p^2 = .021$ bis $\eta_p^2 = .095$).

Auf der Skala Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit ist zudem eine signifikante Wechselwirkungen der Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ($p < .001$) zu verzeichnen. Die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) nicht zur Arbeit zurückgekehrten Patienten weisen im Durchschnitt ein größeres Absinken der Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit auf im Vergleich zu den wieder arbeitenden Patienten ($\eta_p^2 = .014$).

Auf der Skala Beruflicher Ehrgeiz liegt eine klinisch wenig relevante signifikante Wechselwirkung der Faktoren Zeit und Setting vor ($p = .027$, $\eta_p^2 = .006$).

Die Skala Verausgabungsbereitschaft weist einen signifikanten aber geringen Effekt der Faktoren Setting ($p=.019$, $\eta_p^2=.009$), Rückkehr zur Arbeit ($p=.008$, $\eta_p^2=.011$) und sozio-ökonomischer Status ($p=.018$, $\eta_p^2=.013$) auf. In allen Fällen handelt es sich um schwache Effekte, die klinisch nicht relevant sind. Ähnlich verhält es sich mit den signifikanten Wechselwirkungen zwischen dem Faktor Zeit und den Faktoren Setting ($p=.004$, $\eta_p^2=.009$), Rückkehr zur Arbeit ($p=.001$, $\eta_p^2=.012$) und sozio-ökonomischer Status ($p=.005$, $\eta_p^2=.012$; siehe im Anhang Tab. B.26 für deskriptive Kennwerte des sozio-ökonomischen Status).

Auf der Skala Distanzierungsfähigkeit besteht sich zudem eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Setting ($p=.036$, $\eta_p^2=.006$). Die Gruppenunterschiede im Zeitverlauf auf der Skala fallen jedoch sehr gering aus und sind klinisch nicht relevant (Tab. 4.119).

Tab. 4.119: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit				
Zeit	1.900	17.675	<.001	.028
Setting	1	0.196	.658	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.363	.243	.002
SES ^B	2	0.314	.731	.001
Zeit*Setting	1.900	2.721	.069	.004
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.900	8.506	<.001	.014
Zeit*SES ^B	3.800	0.209	.926	.001
Beruflicher Ehrgeiz				
Zeit	1.955	27.707	<.001	.045
Setting	1	0.124	.724	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.054	.817	<.001
SES ^B	2	0.295	.744	.001
Zeit*Setting	1.955	3.659	.027	.006
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.955	1.984	.139	.003
Zeit*SES ^B	3.910	0.767	.544	.003
Verausgabungsbereitschaft				
Zeit	1.859	13.293	<.001	.021
Setting	1	5.577	.019	.009
Rückkehr zur Arbeit	1	7.052	.008	.011
SES ^B	2	4.020	.018	.013
Zeit*Setting	1.859	5.689	.004	.009
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.859	7.081	.001	.012
Zeit*SES ^B	3.717	3.823	.005	.012

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.119

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Perfektionsstreben				
Zeit	1.896	35.773	<.001	.055
Setting	1	0.687	.408	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.052	.820	<.001
SES ^B	2	0.093	.911	<.001
Zeit*Setting	1.896	0.307	.724	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.896	0.315	.718	.001
Zeit*SES ^B	3.792	0.672	.603	.002
Distanzierungsfähigkeit				
Zeit	1.793	65.505	<.001	.095
Setting	1	0.813	.368	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.382	.537	.001
SES ^B	2	2.055	.129	.007
Zeit*Setting	1.793	3.474	.036	.006
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.793	0.568	.548	.001
Zeit*SES ^B	3.587	1.497	.206	.005

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Widerstandskraft. Stationäre wie ambulante Patienten berichten über den Erhebungszeitraum hinweg von einer gleichbleibenden Widerstandskraft im beruflichen Kontext. Am geringsten wird die Resignationstendenz bei Misserfolg eingeschätzt. Hier berichten die stationären Patienten durchschnittlich von einer etwas größeren Resignationstendenz im Vergleich zu den ambulanten Patienten (stat: T1: M=14.8, T2: M=14.1, T3: M=14.8; amb: T1: M=13.7, T2: M=13.7, T3: M=14.0).

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder arbeiten, geben eine etwas geringere Resignationstendenz an im Vergleich zu Patienten, die zu diesem Zeitpunkt nicht arbeiten. Allerdings handelt es sich hierbei um sehr geringe Differenzen von maximal einem Punktwert (Tab. 4.120, Abb. 4.72).

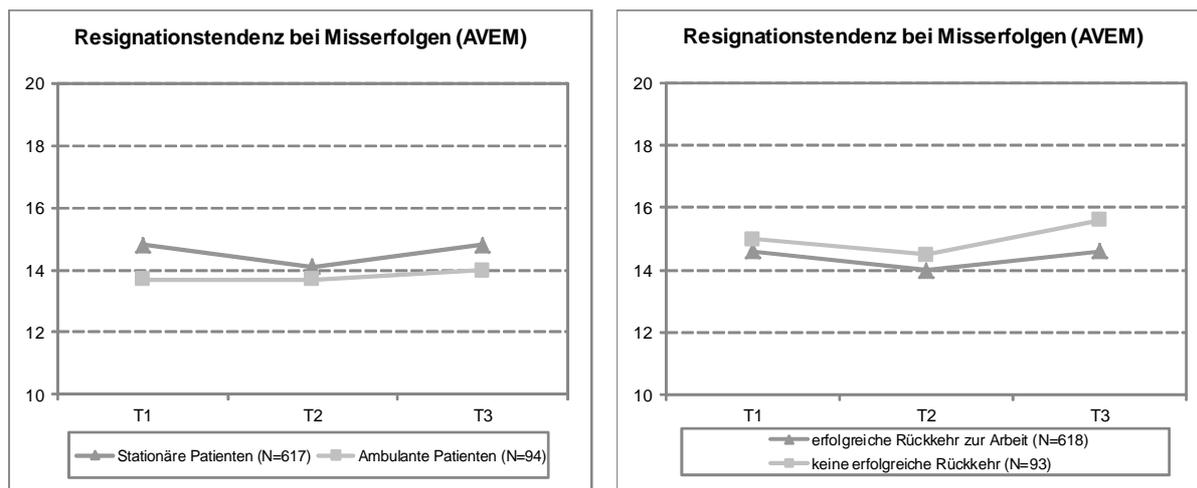


Abb. 4.72: Verlauf der Skala Resignationstendenz bei Misserfolg (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Bezüglich der Offensiven Problembewältigung liegen die Angaben stationärer wie ambulanter Patienten am höchsten. Allerdings sinken die Durchschnittswerte im Laufe der Katamneseerhebung leicht ab. Während beide Gruppen zu Beginn der Rehabilitation (T1) im Durchschnitt einen Wert von 22 Punkten berichten, liegt dieser zum dritten Messzeitpunkt (T3) bei 21 Punkten.

Ähnlich fallen die Angaben der Patienten aus, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder arbeiten (T1: M=22.3, T2: M=21.9, T3: M=21.1). Patienten, die nicht arbeiten, berichten zu T1 von einem durchschnittlichen Wert von 21.3 Punkten, der ein Jahr später (T3) bei durchschnittlich 20.0 Punkten liegt (Tab. 4.120, Abb. 4.73).

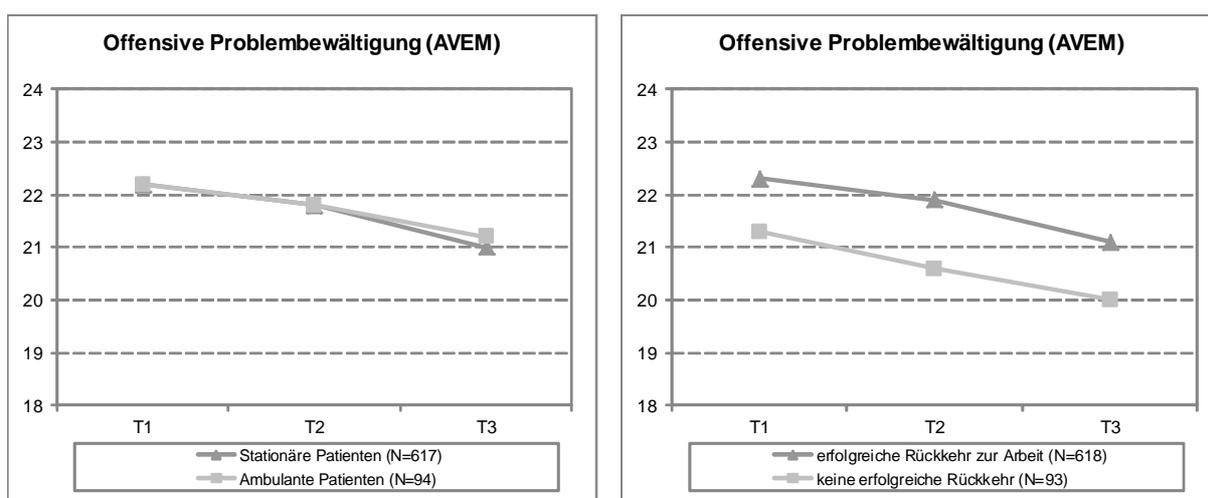


Abb. 4.73: Verlauf der Skala Offensive Problembewältigung (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Die Innere Ruhe und Ausgeglichenheit wird von stationären und ambulanten Patienten mit im Mittel 20 bis 21 Punkten eingeschätzt. Die Angaben variieren über den Erhebungszeitraum minimal, wobei sich die Ausprägungen in beiden Gruppen jeweils kaum voneinander unterscheiden.

Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) arbeiten, liegen ebenfalls kontinuierlich zwischen 20 und 21 Punkten. Nicht zurückgekehrte Patienten liegen in ihren Mittelwerten etwas niedriger (Tab. 4.120, Abb. 4.74).

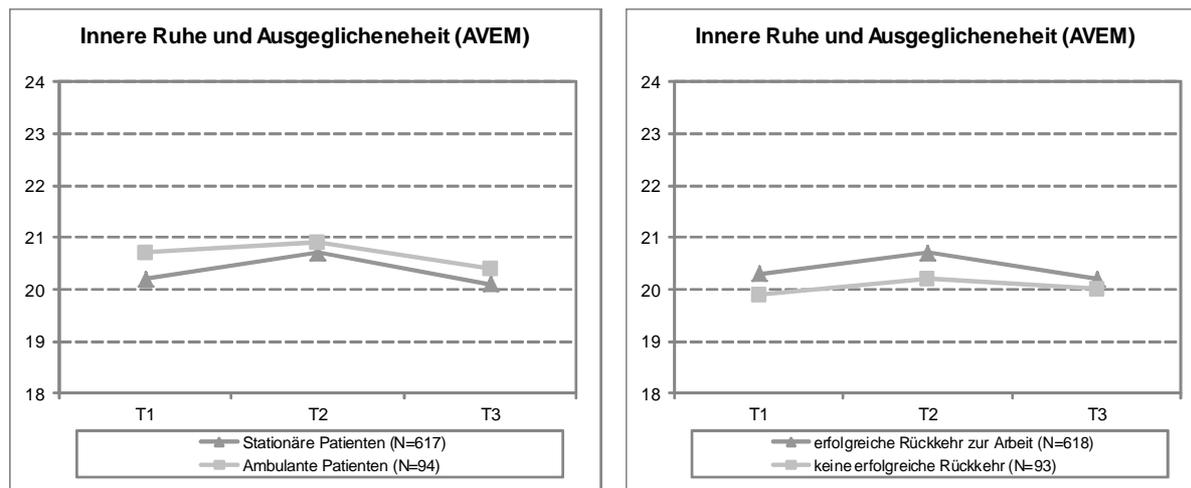


Abb. 4.74: Verlauf der Skala Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.120: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Widerstandskraft“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Widerstandskraft										
Resignationstendenz bei Misserfolgen^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	497	14.7	4.6	497	14.0	4.3	497	14.7	4.3
	Ambulant	77	13.6	3.8	77	13.7	4.0	77	13.8	4.1
	Gesamt	574	14.6	4.5	574	14.0	4.3	574	14.6	4.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	43	15.1	4.8	43	14.7	4.2	43	15.7	4.7
	Ambulant	9	14.3	5.0	9	13.6	4.2	9	15.2	6.4
	Gesamt	52	15.0	4.8	52	14.5	4.2	52	15.6	5.0
Gesamt	Stationär	540	14.8	4.6	540	14.1	4.3	540	14.8	4.3
	Ambulant	86	13.7	3.9	86	13.7	4.0	86	14.0	4.3

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung Tab. 4.120

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Widerstandskraft										
Offensive Problembewältigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	501	22.3	3.5	501	21.9	3.7	501	21.1	3.6
	Ambulant	76	22.3	3.3	76	21.9	3.2	76	21.3	3.5
	Gesamt	577	22.3	3.5	577	21.9	3.6	577	21.1	3.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	45	21.3	4.4	45	20.5	4.4	45	19.9	4.6
	Ambulant	9	21.2	4.7	9	20.9	4.8	9	20.4	5.6
	Gesamt	54	21.3	4.4	54	20.6	4.4	54	20.0	4.8
Gesamt	Stationär	546	22.2	3.6	546	21.8	3.7	546	21.0	3.7
	Ambulant	85	22.2	3.4	85	21.8	3.4	85	21.2	3.8
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	503	20.2	4.5	503	20.7	4.2	503	20.1	4.3
	Ambulant	77	20.7	4.6	77	21.0	4.4	77	20.5	4.0
	Gesamt	580	20.3	4.5	580	20.7	4.2	580	20.2	4.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	44	19.7	4.8	44	20.3	4.5	44	20.2	4.5
	Ambulant	10	20.9	3.8	10	19.8	3.2	10	19.5	5.2
	Gesamt	54	19.9	4.6	54	20.2	4.3	54	20.0	4.6
Gesamt	Stationär	547	20.2	4.5	547	20.7	4.2	547	20.1	4.3
	Ambulant	87	20.7	4.5	87	20.9	4.2	87	20.4	4.1

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Die durchgeführten Analysen zeigen einen signifikanten Zeiteffekt für alle drei Skalen auf (jeweils $p < .001$). Bei den Veränderungen auf den Skalen Resignationstendenz bei Misserfolgen ($\eta_p^2 = .054$) und Innere Ruhe und Ausgeglichenheit ($\eta_p^2 = .075$) handelt es sich jeweils um mittlere Effekte, während der Zeiteffekt auf der Skala Offensive Problembewältigung als klein einzuschätzen ist ($\eta_p^2 = .051$).

Hinsichtlich der Variablen Resignationstendenz bei Misserfolgen ($p = .016$) und Offensive Problembewältigung ($p = .002$) besteht zudem eine signifikante Wechselwirkung der Variablen Zeit und sozio-ökonomischer Status (siehe im Anhang Tab. B.27 für deskriptive Kennwerte). Es handelt sich in beiden Fällen um kleine Effekte und marginale, klinisch nicht relevante Unterschiede zwischen den Gruppen im Zeitverlauf ($\eta_p^2 = .010$ bis $\eta_p^2 = .014$, Tab. 4.121).

Tab. 4.121: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Widerstandskraft“ (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Resignationstendenz bei Misserfolgen				
Zeit	1.822	35.289	<.001	.054
Setting	1	1.269	.260	.002
Rückkehr zur Arbeit	1	0.036	.849	<.001
SES ^B	2	2.224	.109	.007
Zeit*Setting	1.822	1.476	.230	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.822	0.138	.852	<.001
Zeit*SES ^B	3.644	3.181	.016	.010
Offensive Problembewältigung				
Zeit	1.874	33.547	<.001	.051
Setting	1	0.147	.702	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.923	.337	.001
SES ^B	2	2.648	.072	.008
Zeit*Setting	1.874	0.826	.431	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.874	0.836	.427	.001
Zeit*SES ^B	3.747	4.383	.002	.014
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit				
Zeit	1.890	50.626	<.001	.075
Setting	1	1.100	.295	.002
Rückkehr zur Arbeit	1	1.364	.243	.002
SES ^B	2	0.236	.790	.001
Zeit*Setting	1.890	0.534	.576	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.890	0.700	.489	.001
Zeit*SES ^B	3.781	0.185	.939	.001

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Emotionen und Wohlbefinden. Auf der Skala Emotionen und Wohlbefinden ändert sich in den Einschätzungen der stationären und ambulanten Patienten wenig im Laufe des Erhebungszeitraums.

Das Erfolgserleben im Beruf wird von beiden Gruppen mit durchschnittlich 22 bis 23 Punkten beurteilt, wobei die Einschätzung zum dritten Messzeitpunkt (T3) im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (T1) geringer ausfällt.

Ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte Patienten weisen einen ähnlichen Verlauf auf (T1: M=22.7, T2: M=22.5, T3: M=22.2). Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, geben entsprechend über den Katamnesezeitraum hinweg geringere Punktwerte an (T1: M=21.5, T2: M=21.8, T3: M=21.3; Tab. 4.122, Abb. 4.75).

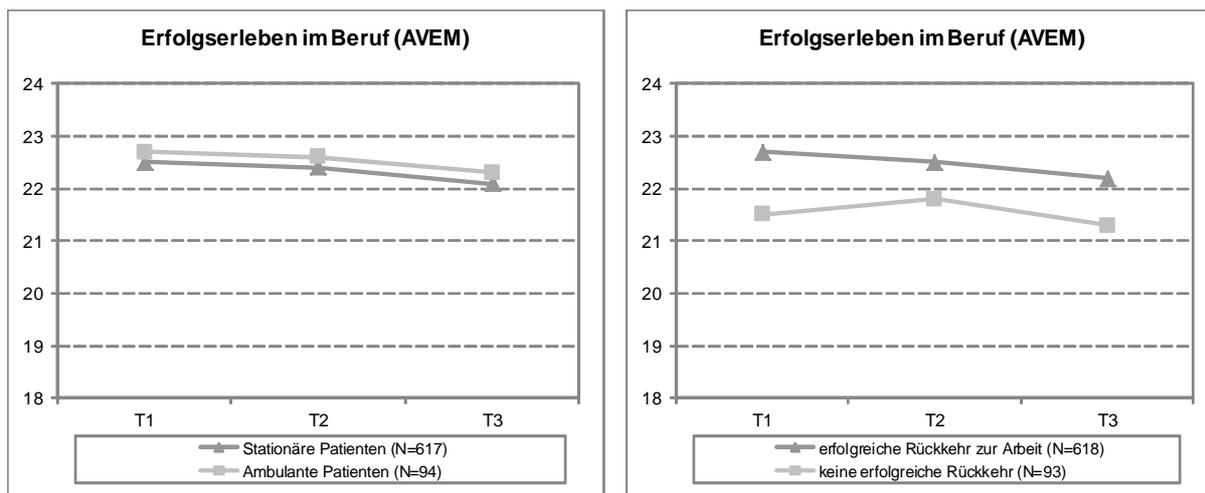


Abb. 4.75: Verlauf der Skala Erfolgserleben im Beruf (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Auch die Angaben zur Lebenszufriedenheit sind bei stationären und ambulanten Patienten ähnlich hoch ausgeprägt und variieren lediglich minimal zu allen drei Messzeitpunkten (stat: T1: M=22.4, T2: M=22.4, T3: M=21.6; amb: T1: M=22.3, T2: M=22.7, T3: M=22.2).

Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, berichten zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) eine geringere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den Patienten, die wieder arbeiten. Dies wird vor allem zum dritten Messzeitpunkt (T3) deutlich, zu welchem die zurückgekehrten Patienten einen Durchschnittswert von 21.9 Punkten angeben und nicht zurückgekehrte Patienten von 19.9 Punkten (Tab. 4.122, Abb. 4.76).

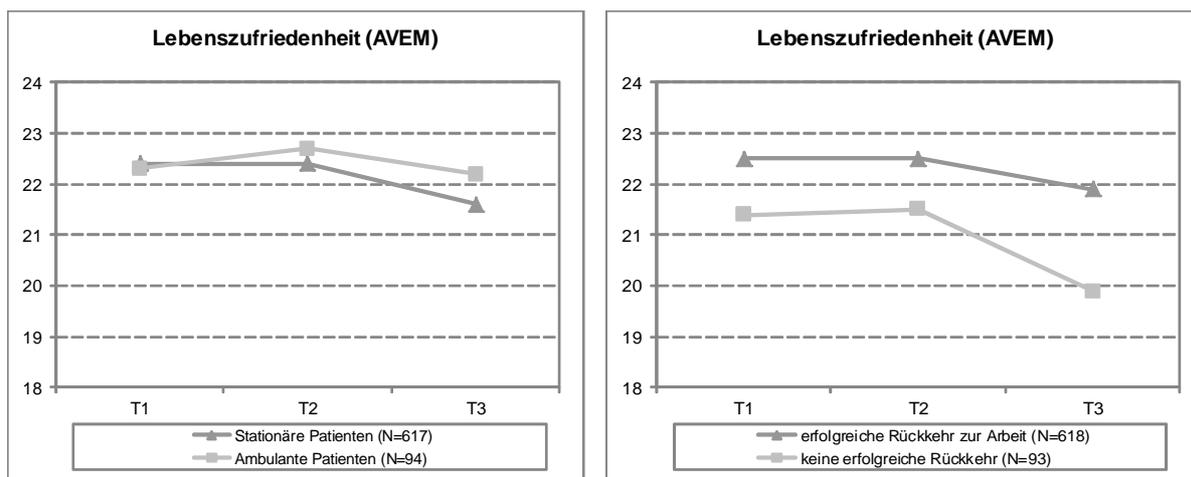


Abb. 4.76: Verlauf der Skala Lebenszufriedenheit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Das Erleben sozialer Unterstützung wird auf der Skala Emotionen und Wohlbefinden von stationären und ambulanten Patienten am höchsten eingeschätzt. Durchschnittlich liegen die Werte zwischen 23 und 24 Punkten zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3).

Auch arbeitende und nicht arbeitende Patienten zum dritten Messzeitpunkt (T3) erleben ein konstantes Ausmaß an sozialer Unterstützung (zurückgekehrt: T1: M=23.8, T2: M=23.6, T3: M=23.3; nicht zurückgekehrt: T1: M=23.7, T2: M=23.4, T3: M=23.0; Tab. 4.122, Abb. 4.77).

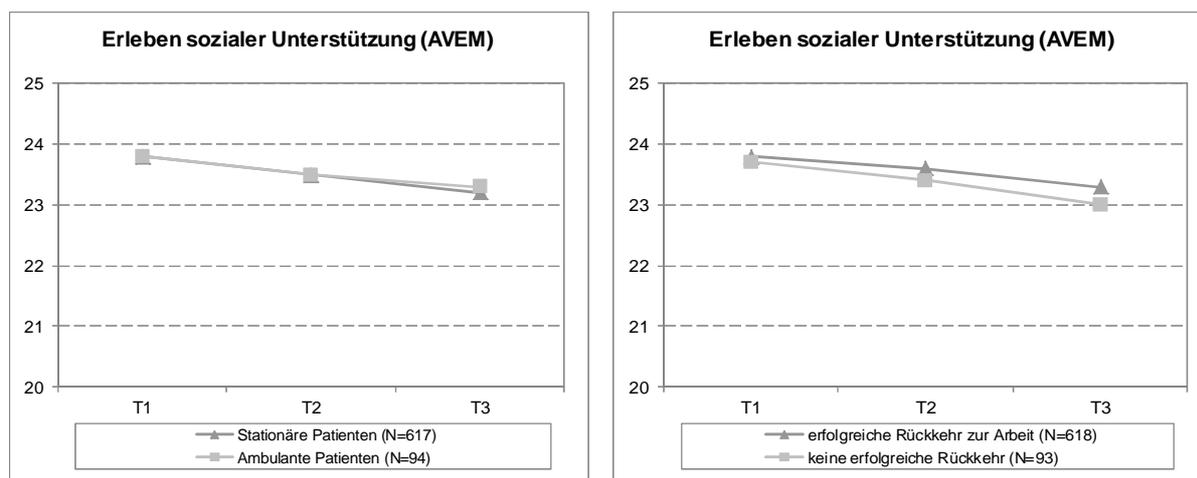


Abb. 4.77: Verlauf der Skala Erleben sozialer Unterstützung (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.122: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Emotionen und Wohlbefinden										
Erfolgs erleben im Beruf^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	493	22.7	3.9	493	22.5	3.9	493	22.2	3.8
	Ambulant	73	22.7	3.9	73	22.5	3.9	73	22.3	3.4
	Gesamt	566	22.7	3.9	566	22.5	3.9	566	22.2	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	46	21.2	4.8	46	21.4	4.7	46	21.1	4.8
	Ambulant	9	23.0	6.0	9	23.4	5.4	9	22.4	5.9
	Gesamt	55	21.5	5.0	55	21.8	4.8	55	21.3	5.0
Gesamt	Stationär	539	22.5	4.0	539	22.4	4.0	539	22.1	3.9
	Ambulant	82	22.7	4.1	82	22.6	4.0	82	22.3	3.7

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung Tab. 4.122

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Emotionen und Wohlbefinden										
Lebenszufriedenheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	500	22.5	3.8	500	22.5	3.8	500	21.8	3.9
	Ambulant	76	22.3	3.3	76	22.7	3.8	76	22.4	3.6
	Gesamt	576	22.5	3.8	576	22.5	3.8	576	21.9	3.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	49	21.2	4.8	49	21.4	4.6	49	19.8	5.3
	Ambulant	8	22.1	5.2	8	22.4	4.8	8	20.3	6.0
	Gesamt	57	21.4	4.8	57	21.5	4.6	57	19.9	5.4
Gesamt	Stationär	549	22.4	3.9	549	22.4	3.9	549	21.6	4.1
	Ambulant	84	22.3	3.5	84	22.7	3.9	84	22.2	3.9
Erleben sozialer Unterstützung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	485	23.8	3.5	485	23.6	3.5	485	23.3	3.5
	Ambulant	73	23.7	3.6	73	23.5	3.7	73	23.2	3.7
	Gesamt	558	23.8	3.6	558	23.6	3.5	558	23.3	3.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	47	23.6	3.9	47	23.3	3.3	47	22.9	3.8
	Ambulant	10	24.2	4.9	10	23.8	4.4	10	23.6	4.7
	Gesamt	57	23.7	4.1	57	23.4	3.5	57	23.0	3.9
Gesamt	Stationär	532	23.8	3.6	532	23.5	3.5	532	23.2	3.6
	Ambulant	83	23.8	3.7	83	23.5	3.8	83	23.3	3.8

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Die durchgeführten Analysen zeigen einen signifikanten Zeiteffekt für alle drei Skalen auf (jeweils $p < .001$). Es handelt sich um einen mittleren Effekt auf den Skalen Erfolgserleben im Beruf ($\eta_p^2 = .073$) und Erleben sozialer Unterstützung ($\eta_p^2 = .089$). Der Zeiteffekt auf der Skala Lebenszufriedenheit ist als klein zu bewerten ($\eta_p^2 = .040$).

Bezüglich der Lebenszufriedenheit zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung der Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ($p = .010$). Diese lässt sich auf die etwas schlechtere Entwicklung der nicht zurückgekehrten Patienten zurückführen. Allerdings handelt es sich hierbei um einen sehr geringen Effekt ($\eta_p^2 = .008$, Tab. 4.123).

Tab. 4.123: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Erfolgsereben im Beruf				
Zeit	2	47.821	<.001	.073
Setting	1	0.916	.339	.002
Rückkehr zur Arbeit	1	1.526	.217	.003
SES ^B	2	2.234	.108	.007
Zeit*Setting	2	0.610	.544	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	1.452	.234	.002
Zeit*SES ^B	4	1.031	.390	.003
Lebenszufriedenheit				
Zeit	1.849	25.660	<.001	.040
Setting	1	0.657	.418	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	2.310	.129	.004
SES ^B	2	0.225	.799	.001
Zeit*Setting	1.849	0.342	.694	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.849	4.763	.010	.008
Zeit*SES ^B	3.697	0.586	.659	.002
Erleben sozialer Unterstützung				
Zeit	1.859	58.964	<.001	.089
Setting	1	0.125	.723	<.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.436	.509	.001
SES ^B	2	0.640	.528	.002
Zeit*Setting	1.859	0.091	.900	<.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.859	0.941	.385	.002
Zeit*SES ^B	3.719	0.643	.621	.002

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

4.10.9 Fragebogen zur Erhebung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)

Stationäre Patienten berichten von einer leicht absinkenden Verausgabung bei der Arbeit. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegt der Durchschnittswert bei 15.8 Punkten und fällt zum dritten Messzeitpunkt auf 14.8 Punkte ab. Auch ambulante Patienten erleben mit im Mittel 14.4 Punkten eine geringere berufliche Verausgabung ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) im Vergleich zu 14.9 Punkten zum ersten Messzeitpunkt (T1).

Patienten, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) wieder arbeiten, geben zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Wert von durchschnittlich 15.6 Punkten an. Dieser sinkt kontinuierlich auf 14.5 Punkte ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) ab. Patienten, die nicht zurückgelehrt sind, geben im Vergleich zu den zurückgelehrten Patienten eine größere berufliche Verausgabung zum ersten Messzeitpunkt (T1) an. Sie liegen bei 17.1 Punkten, die zum zweiten Messzeitpunkt (T2) auf 15.8 Punkte abfallen, sich ein Jahr nach Ende der Re-

habilitation (T3) jedoch wieder auf durchschnittlich 16.3 Punkte steigern (Tab. 4.124, Abb. 4.78).

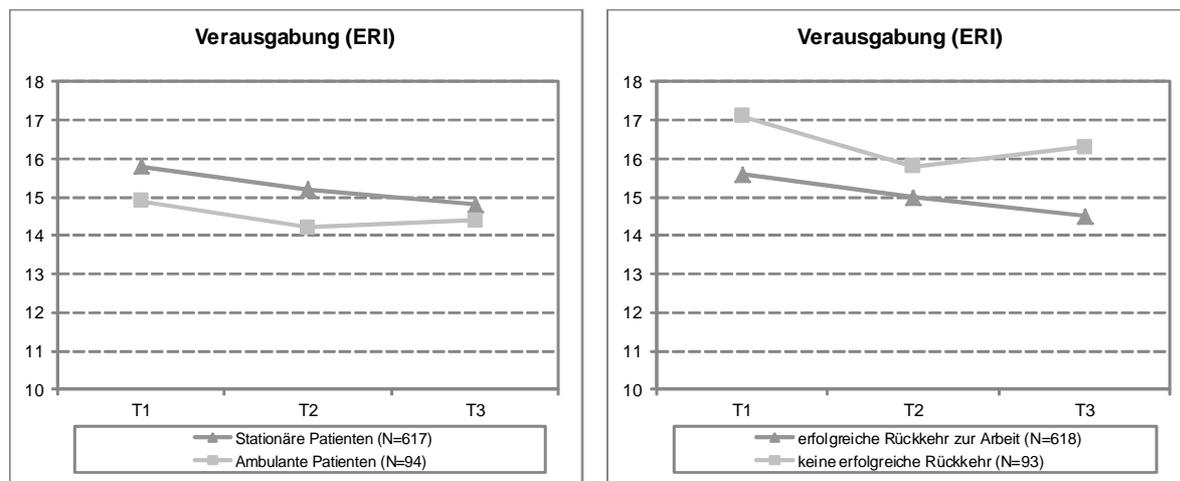


Abb. 4.78: Verlauf der Skala Verausgabung (ERI; Skala 6-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Das Belohnungsempfinden im Beruf liegt bei stationären wie auch ambulanten Patienten über alle drei Messzeitpunkte konstant ähnlich hoch. Während stationäre Patienten im Durchschnitt bei einem Wert von 48 Punkten liegen, berichten ambulante Patienten von T1 bis T3 im Mittel einen Punktwert von 49.

Auch Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder arbeiten, bewegen sich durchschnittlich bei einem Punktwert von 48 bis 49 Punkten zu allen drei Messzeitpunkten. Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, haben ein geringeres Belohnungsempfinden, wenn sie an den Kontext des Berufs denken. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) berichten sie im Durchschnitt von 45.5 Punkten, der zum zweiten Messzeitpunkt (T2) minimal auf 45.7 Punkte ansteigt. Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) geben die nicht zur Arbeit zurückgekehrten Patienten einen Durchschnittswert von 44.6 Punkten an (Tab. 4.124, Abb. 4.79).

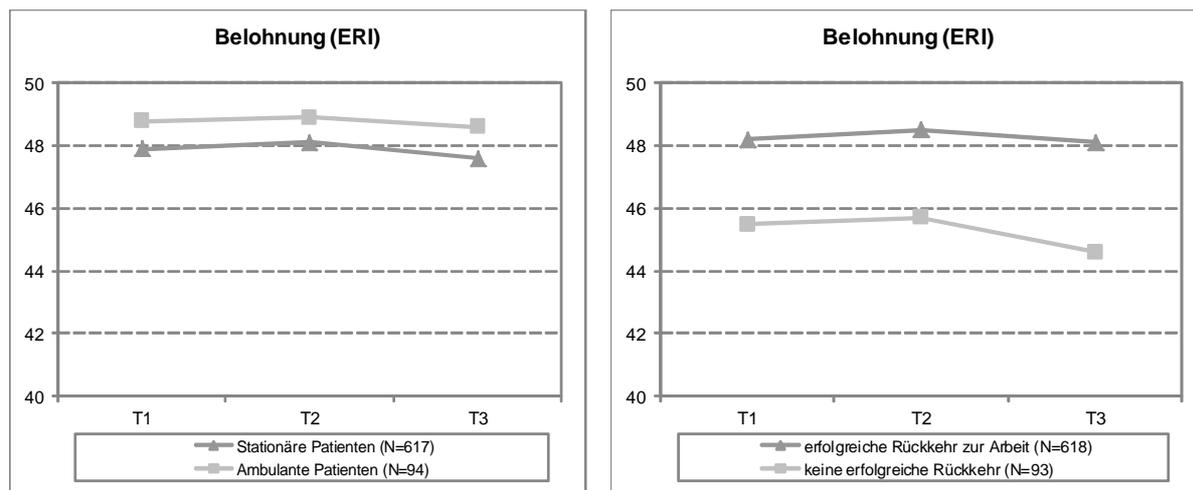


Abb. 4.79: Verlauf der Skala Belohnung (ERI; Skala 11-55) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Der durchschnittliche Risiko-Index für stationäre und ambulante Patienten liegt im Durchschnitt über den Katamnesezeitraum hinweg unter dem Cut-Off von 1 bei im Mittel 0.6 Punkten. Entsprechend weisen beide Gruppen im Durchschnitt kein Risiko für eine berufliche Gratifikationskrise auf.

Die Ergebnisse für die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder arbeiten liegen ebenfalls bei durchschnittlich 0.6 Punkten zu T1 bis T3. Patienten, die zu T3 nicht zur Arbeit zurückgekehrt sind, liegen minimal über diesem Wert mit 0.7 (T1 und T2) bzw. 0.8 (T3) Punkten. Entsprechend weisen diese beiden Patientengruppen ebenfalls im Durchschnitt kein erhöhtes Risiko auf, eine berufliche Gratifikationskrise zu erleben (Tab. 4.124, Abb. 4.80).

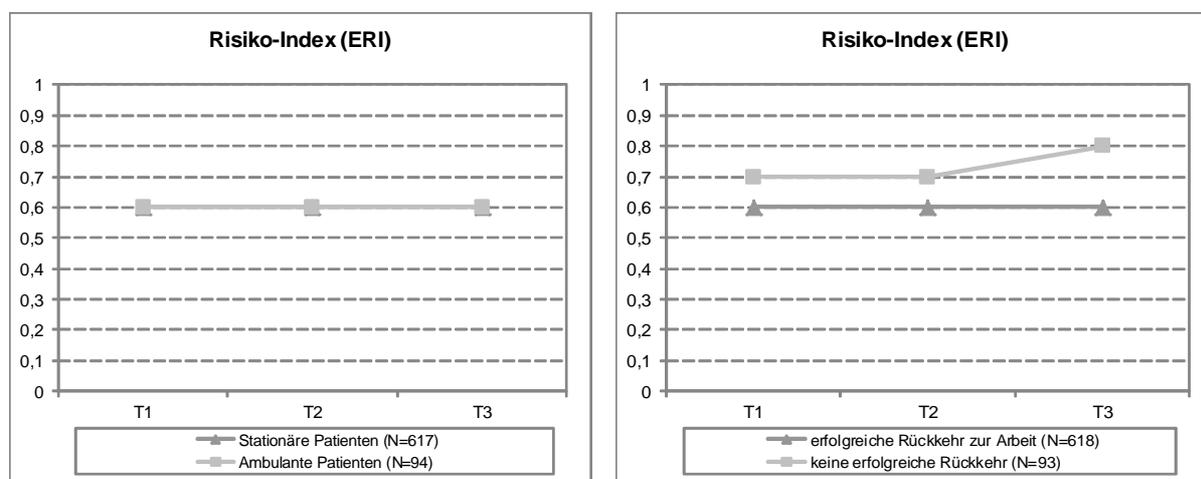


Abb. 4.80: Verlauf des Risiko-Index (ERI; Risiko ab 1) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Bei stationären Patienten sinkt die berufliche Verausgabungsbereitschaft marginal über den Katamnesezeitraum hinweg ab (T1: M=13.9, T2: M=13.5, T3: M=13.1). Bei ambulanten Patienten verändert sich ebenfalls kaum etwas an den Ausprägungen (T1: M=13.2, T2: M=12.8, T3: M=13.1).

Auch zur Arbeit zurück gekehrte wie nicht zurückgekehrte Patienten erleben im Durchschnitt kaum Veränderungen bezüglich ihrer beruflichen Verausgabungsbereitschaft (zurückgekehrt: T1: M=13.8, T2: M=13.4, T3: M=13.0; nicht zurückgekehrt: T1: M=13.7, T2: M=13.1, T3: M=13.3; Tab. 4.124, Abb. 4.81).

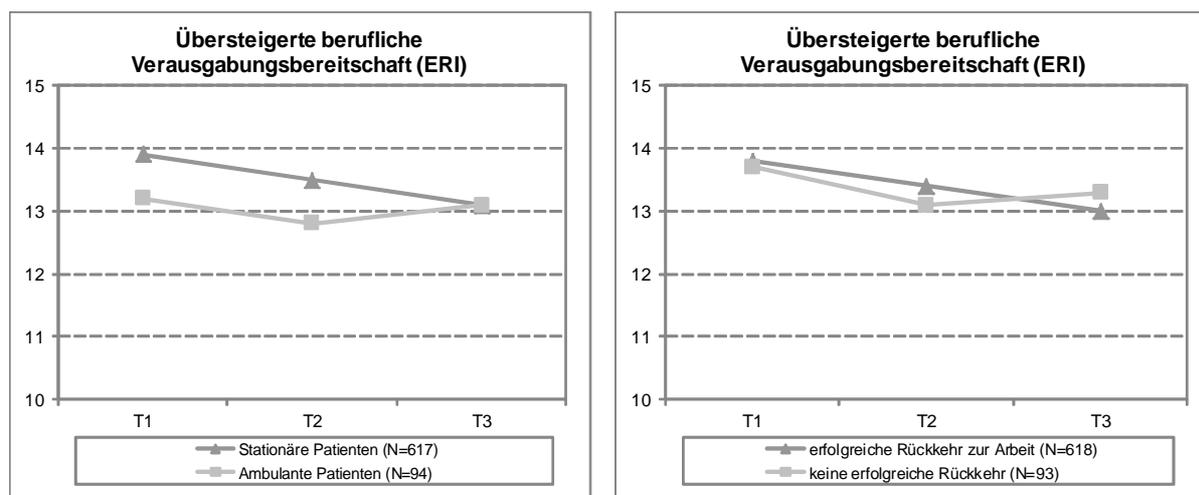


Abb. 4.81: Verlauf der Skala Verausgabungsbereitschaft (ERI; Skala 6-24) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.124: Deskriptive Statistik der ERI-Skalen und des Risiko-Index zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Verausgabung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	513	15.7	4.5	513	15.1	4.6	513	14.6	4.5
	Ambulant	77	14.8	3.5	77	14.3	3.8	77	14.2	3.8
	Gesamt	590	15.6	4.4	590	15.0	4.5	590	14.5	4.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	52	17.4	5.1	52	16.3	5.2	52	16.4	5.2
	Ambulant	10	15.7	4.9	10	13.3	4.3	10	15.8	5.5
	Gesamt	62	17.1	5.1	62	15.8	5.2	62	16.3	5.2
Gesamt	Stationär	565	15.8	4.6	565	15.2	4.6	565	14.8	4.6
	Ambulant	87	14.9	3.7	87	14.2	3.9	87	14.4	4.1

^A6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabung)

Fortsetzung Tab. 4.124

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Belohnung^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	470	48.1	6.9	470	48.4	7.0	470	47.9	7.5
	Ambulant	71	49.3	6.4	71	49.2	6.1	71	48.9	6.6
	Gesamt	541	48.2	6.9	541	48.5	6.9	541	48.1	7.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	46	45.6	7.6	46	45.4	7.8	46	44.3	9.3
	Ambulant	9	44.9	9.8	9	47.0	7.4	9	46.2	9.5
	Gesamt	55	45.5	7.9	55	45.7	7.7	55	44.6	9.3
Gesamt	Stationär	516	47.9	7.0	516	48.1	7.1	516	47.6	7.7
	Ambulant	80	48.8	6.9	80	48.9	6.2	80	48.6	6.9
Risiko-Index^C										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	464	0.6	0.3	464	0.6	0.3	464	0.6	0.3
	Ambulant	69	0.6	0.2	69	0.6	0.2	69	0.6	0.3
	Gesamt	533	0.6	0.3	533	0.6	0.3	533	0.6	0.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	45	0.7	0.4	45	0.7	0.4	45	0.8	0.6
	Ambulant	9	0.7	0.4	9	0.6	0.3	9	0.7	0.4
	Gesamt	54	0.7	0.4	54	0.7	0.4	54	0.8	0.6
Gesamt	Stationär	509	0.6	0.3	509	0.6	0.3	509	0.6	0.3
	Ambulant	78	0.6	0.2	78	0.6	0.2	78	0.6	0.3
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft^D										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	503	13.9	3.8	503	13.5	3.9	503	13.1	3.8
	Ambulant	75	13.2	3.7	75	12.9	3.6	75	12.9	3.7
	Gesamt	578	13.8	3.8	578	13.4	3.8	578	13.0	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	52	13.7	4.0	52	13.3	4.2	52	13.1	4.3
	Ambulant	10	13.9	3.7	10	12.0	4.0	10	14.1	4.8
	Gesamt	62	13.7	3.9	62	13.1	4.2	62	13.3	4.4
Gesamt	Stationär	555	13.9	3.8	555	13.5	3.9	555	13.1	3.9
	Ambulant	85	13.2	3.7	85	12.8	3.6	85	13.1	3.9

^A6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabung)

^B11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

^Cerhöhtes Risiko für eine berufliche Gratifikationskrise ab einem Wert ≥ 1

^D6 Items mit 4-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabungsbereitschaft)

Die Analyse der Mittelwertsunterschiede in den Skalen ergibt einen signifikanten Zeiteffekt auf allen vier Skalen des ERI (jeweils $p < .001$). Allerdings handelt es sich in allen Fällen um kleine Veränderungen auf den Skalen ($\eta_p^2 = .019$ bis $\eta_p^2 = .048$, Tab. 4.125).

Tab. 4.125: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die ERI-Skalen und den Risiko-Index (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Verausgabung				
Zeit	1.742	32.046	<.001	.048
Setting	1	0.698	.404	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.023	.879	<.001
SES ^B	2	0.056	.945	<.001
Zeit*Setting	1.742	0.789	.439	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.742	3.110	.052	.005
Zeit*SES ^B	3.483	1.356	.252	.004
Belohnung				
Zeit	1.667	27.395	<.001	.045
Setting	1	2.254	.134	.004
Rückkehr zur Arbeit	1	0.028	.868	<.001
SES ^B	2	0.573	.564	.002
Zeit*Setting	1.667	0.939	.377	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.667	0.585	.527	.001
Zeit*SES ^B	3.334	0.267	.869	.001
Risiko-Index				
Zeit	1.538	10.892	<.001	.019
Setting	1	1.745	.187	.003
Rückkehr zur Arbeit	1	0.015	.902	<.001
SES ^B	2	0.312	.732	.001
Zeit*Setting	1.538	0.686	.468	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.538	2.935	.068	.005
Zeit*SES ^B	3.076	0.954	.416	.003
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft				
Zeit	1.830	22.609	<.001	.035
Setting	1	0.791	.374	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	1.984	.160	.003
SES ^B	2	0.798	.451	.003
Zeit*Setting	1.830	1.614	.202	.003
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.830	1.367	.255	.002
Zeit*SES ^B	3.661	1.362	.248	.004

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Unterskalen der Belohnung

Das Gefühl von Anerkennung im Beruf wird sowohl von stationären wie auch ambulanten Patienten im Laufe des Katamnesezeitraums nahezu gleichbleibend beurteilt (stat: T1: M=22.0, T2: M=22.2, T3: M=21.9; amb: T1: M=22.7, T2: M=22.8, T3: M=22.5).

Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt (T3) arbeiten, berichten im Vergleich zu denjenigen, die nicht zur Arbeit zurückgekehrt sind, ein etwas höheres Level an empfundener Anerken-

nung im beruflichen Bereich (zurückgekehrt: T1: M=22.2, T2: M=22.4, T3: M=22.1; nicht zurückgekehrt: T1: M=21.3, T2: M=21.5, T3: M=20.8; Tab. 4.126, Abb. 4.82).

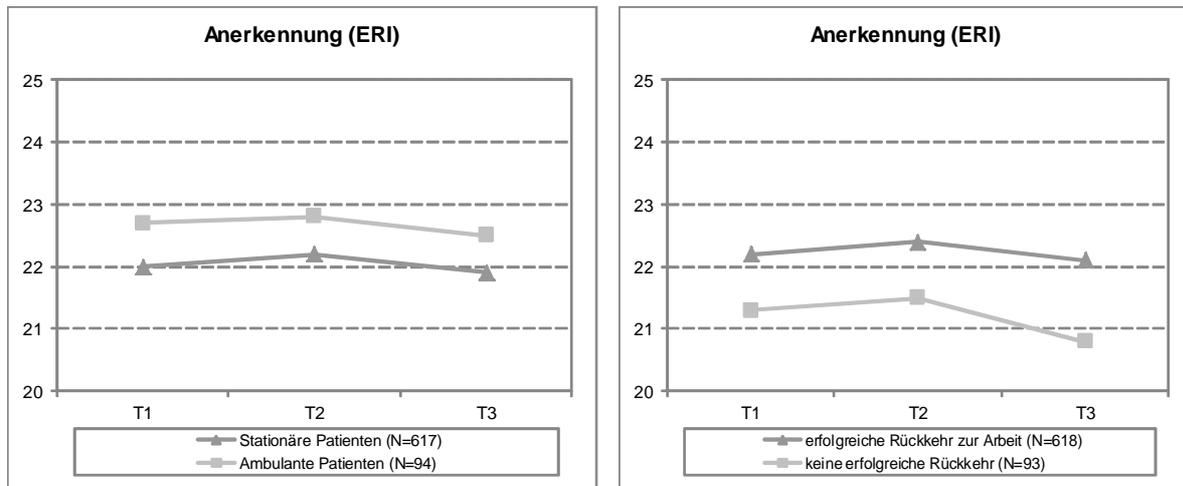


Abb. 4.82: Verlauf der Skala Anerkennung (ERI; Skala 0-25) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Bezahlung bzw. Aufstieg wird von stationären wie auch ambulanten Patienten zu allen drei Messzeitpunkten mit durchschnittlich 17 Punkten beurteilt.

Patienten, die zu T3 wieder in den Beruf zurückgekehrt sind, liegen mit ihren Angaben ebenfalls im Durchschnitt bei 17 Punkten von T1 bis T3. Nicht zurückgekehrte Patienten liegen mit durchschnittlich 16 Punkten lediglich geringfügig darunter (Tab. 4.126, Abb. 4.83).

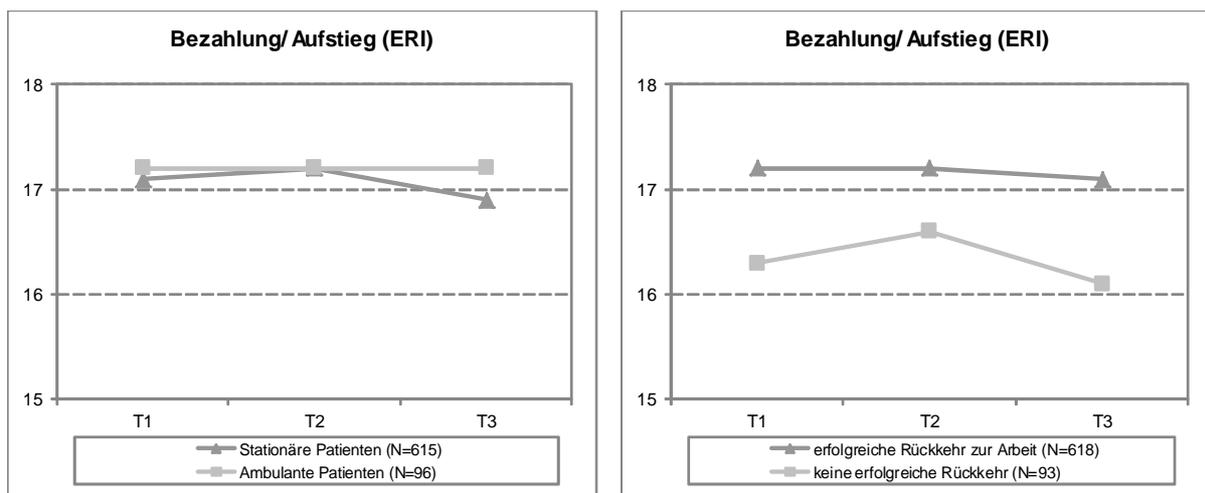


Abb. 4.83: Verlauf der Skala Bezahlung/Aufstieg (ERI; Skala 0-20) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Stationäre und ambulante Patienten berichten zu allen drei Messzeitpunkten von einer sehr hohen Arbeitsplatzsicherheit von durchschnittlich 9 von maximal 10 möglichen Punkten.

Ebenso verhält es sich bei zur Arbeit zurückgekehrten Patienten zu T3. Diese geben ebenfalls im Durchschnitt einen Wert von 9 Punkten an. Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht arbeiten (T3), liegen mit ihren Angaben von T1 bis T3 knapp darunter mit im Mittel 8 Punkten (Tab. 4.126, Abb. 4.84).

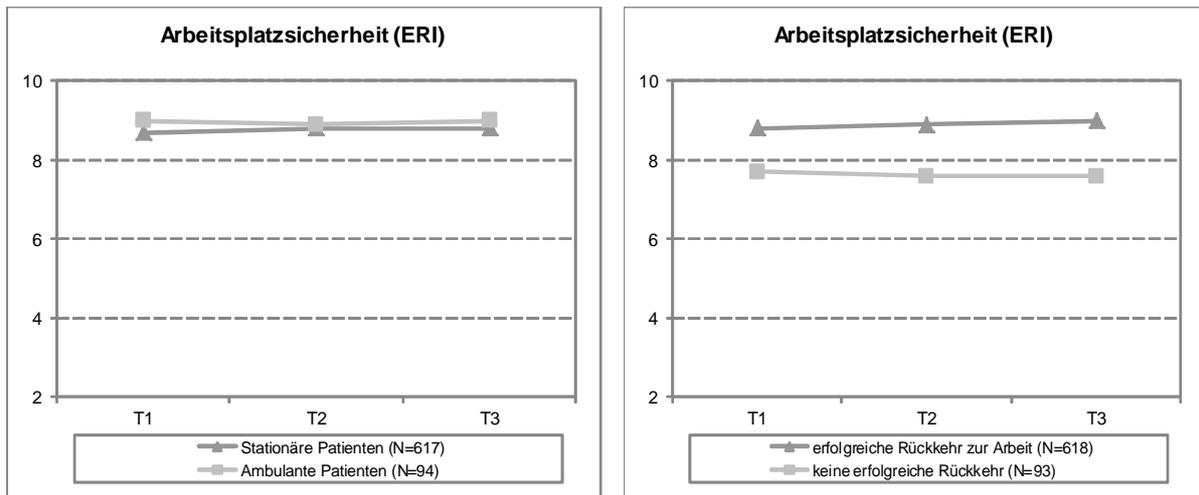


Abb. 4.84: Verlauf der Skala Arbeitsplatzsicherheit (ERI; Skala 0-10) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Tab. 4.126: Deskriptive Statistik der Unterskalen „Belohnung“ des ERI zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für stationäre und ambulante Patienten sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Unterskalen der Skala „Belohnung“ ^A		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Anerkennung										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	494	22.1	3.5	494	22.3	3.4	494	22.0	3.8
	Ambulant	75	22.9	2.9	75	22.9	2.6	75	22.6	2.9
	Gesamt	569	22.2	3.4	569	22.4	3.3	569	22.1	3.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	47	21.3	4.0	47	21.3	4.1	47	20.6	4.9
	Ambulant	9	21.3	4.6	9	22.4	3.2	9	22.0	4.4
	Gesamt	56	21.3	4.0	56	21.5	4.0	56	20.8	4.8
Gesamt	Stationär	541	22.0	3.5	541	22.2	3.5	541	21.9	3.9
	Ambulant	84	22.7	3.1	84	22.8	2.7	84	22.5	3.1

^A11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

Fortsetzung Tab. 4.126

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Unterskalen der Skala „Belohnung“ ^A		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Bezahlung/Aufstieg										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	495	17.1	2.9	495	17.2	2.9	495	17.0	3.1
	Ambulant	74	17.3	2.6	74	17.3	2.8	74	17.4	2.6
	Gesamt	569	17.2	2.9	569	17.2	2.8	569	17.1	3.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	52	16.4	2.9	52	16.6	2.7	52	16.2	3.4
	Ambulant	10	16.1	3.7	10	16.7	2.9	10	15.7	3.9
	Gesamt	62	16.3	3.0	62	16.6	2.7	62	16.1	3.5
Gesamt	Stationär	547	17.1	2.9	547	17.2	2.8	547	17.0	3.1
	Ambulant	84	17.2	2.7	84	17.2	2.8	84	17.2	2.8
Arbeitsplatzsicherheit										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	510	8.8	2.0	510	8.9	1.9	510	9.0	1.9
	Ambulant	79	9.1	1.6	79	9.1	1.6	79	9.1	1.7
	Gesamt	589	8.8	1.9	589	8.9	1.9	589	9.0	1.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Stationär	51	7.7	2.4	51	7.5	2.6	51	7.5	2.8
	Ambulant	10	7.6	2.3	10	8.0	2.7	10	8.4	1.6
	Gesamt	61	7.7	2.3	61	7.6	2.6	61	7.6	2.7
Gesamt	Stationär	561	8.7	2.0	561	8.8	2.0	561	8.8	2.0
	Ambulant	89	9.0	1.7	89	8.9	1.8	89	9.0	1.7

^A11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

Die Varianzanalysen bezüglich der Mittelwertsunterschiede zeigen signifikante Zeiteffekte für alle drei Unterskalen auf (jeweils $p < .001$). Während die Effekte für die Unterskalen Bezahlung/ Aufstieg und Anerkennung mit $\eta_p^2 = .047$ bzw. $\eta_p^2 = .059$ klein sind, weist die Entwicklung bezüglich der Arbeitsplatzsicherheit einen großen Effekt des Faktors Zeit auf ($\eta_p^2 = .126$, Tab. 4.127).

Tab. 4.127: Einfluss der Variablen Zeit, Setting und Rückkehr zur Arbeit auf die Unterskalen der „Belohnung“ des ERI (N=711)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Anerkennung				
Zeit	1.684	38.110	<.001	.059
Setting	1	1.141	.286	.002
Rückkehr zur Arbeit	1	0.007	.931	<.001
SES ^B	2	0.128	.880	<.001
Zeit*Setting	1.684	0.765	.445	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.684	0.170	.806	<.001
Zeit*SES ^B	3.367	0.232	.894	.001

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Fortsetzung Tab. 4.127

Quelle der Varianz	df	F	p ^A	partielles eta ²
Bezahlung/Aufstieg				
Zeit	1.740	30.720	<.001	.047
Setting	1	0.341	.560	.001
Rückkehr zur Arbeit	1	0.009	.924	<.001
SES ^B	2	1.206	.300	.004
Zeit*Setting	1.740	0.354	.672	.001
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.740	1.486	.228	.002
Zeit*SES ^B	3.480	0.713	.564	.002
Arbeitsplatzsicherheit				
Zeit	1.795	91.960	<.001	.126
Setting	1	3.448	.064	.005
Rückkehr zur Arbeit	1	0.687	.408	.001
SES ^B	2	0.187	.830	.001
Zeit*Setting	1.795	1.476	.230	.002
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.795	0.917	.391	.001
Zeit*SES ^B	3.591	0.258	.888	.001

^AANOVA mit Messwiederholung, T1-Werte als Kovariate, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur; ^BSozio-ökonomischer Status nach Winkler (2004) basierend auf Schul- und Berufsabschluss, Berufsstatus und monatlichem Nettoeinkommen der Familie

Entwicklung der beruflichen Belastung von T1 bis T3: Zusammenfassung

Grundsätzlich berichten stationäre und ambulante Patienten konstant von einer großen Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und der finanziellen Lage. Ähnliches gilt für Patienten, die zur Arbeit zurückgekehrt oder nicht zurückgekehrt sind. Die Angaben in Bezug auf den sozio-ökonomischen Status schwanken lediglich marginal zwischen den drei Gruppen. Die **berufliche Belastung** (SIBAR) wird vor allem in der Gruppe der nicht zurückgekehrten Patienten höher eingeschätzt.

Bezüglich der **beruflichen Verhaltensmuster** (AVEM) ergeben sich auf allen Skalen leichte Veränderungen über den Katamnesezeitraum hinweg. Die größten Effekte sind auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zu verzeichnen, die im Laufe der Erhebung größer eingeschätzt wird sowie auf der Skala Erleben sozialer Unterstützung, die in der Wahrnehmung der Patienten abnimmt von T1 zu T3. In den einzelnen Patientengruppen (Setting, Rückkehr zur Arbeit und sozio-ökonomischer Status) bestehen keine klinisch relevanten Unterschiede.

Bezüglich **beruflicher Gratifikationskrisen** (ERI) berichten die Patienten im Allgemeinen eine sinkende Verausgabung im Beruf sowie eine sinkende übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft. Die Belohnungsskalen werden im Durchschnitt über den Katamnesezeitraum hoch eingeschätzt. Es finden sich keine Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten. Auch zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten weisen ähnliche Verläufe auf. Unterschiede in den Schichten sind ebenfalls nicht ermittelbar.

5 Diskussion

5.1 Zielsetzung der Studie

Für Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter bedeutet die Rückkehr zur Arbeit häufig einen Schritt zurück in die Normalität (Lilliehorn, Hamberg, Kero & Salander, 2013; Rasmussen & Elverdam, 2008). So berichten Betroffene, dass der berufliche Alltag ihnen wieder eine Struktur zurückgebe, finanzielle Unabhängigkeit oder auch das Gefühl, wieder sinnhafte Tätigkeiten auszuüben (Amir et al., 2008; Main, Nowels, Cavender, Etschmaier & Steiner, 2005). Durch die fortschreitende Verbesserung von Diagnostik und Behandlung ist die Anzahl an sogenannten „Cancer Survivors“ in den letzten Jahren angestiegen (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 2013). Diese Entwicklung bedeutet, dass immer mehr Patienten ihr Leben im Hinblick auf die Folgen der Krebserkrankung oder die Nebenwirkungen der Behandlungen ausrichten müssen. Konzentrationsstörungen, körperliche Veränderungen, die zu Einschränkungen führen oder psychische Belastungen sind einige der Probleme, die Krebspatienten berichten (Ahn et al., 2009; Ullrich, Böttcher & Bergelt, 2012). Im Rahmen der beruflichen Tätigkeit kann dies dazu führen, dass die Patienten ihre Aufgaben gar nicht mehr oder nur noch begrenzt ausüben können. In der medizinischen Rehabilitation wird Krebspatienten die Möglichkeit geboten, sich unter Berücksichtigung bestehender Probleme und Veränderungen auf die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeiten vorzubereiten. Wissenschaftlich ist das Thema Beruf in der medizinischen Rehabilitation in der Onkologie noch unzureichend untersucht. Es bestehen nur wenige Studien, die sich mit der Frage auseinandersetzen, was Patienten benötigen und wie hilfreich die Rehabilitation bezüglich beruflicher Parameter ist (Böttcher et al., 2013; Hensel, Egerer, Schneeweiss, Goldschmidt & Ho, 2002; Mehnert & Koch, 2012). Daher war ein Ziel der Studie, die Rehabilitation bezüglich sozialmedizinischer Outcomes zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden verschiedene berufsbezogene Kriterien definiert, anhand derer kurz- wie auch langfristige Wirkungen einer rehabilitativen Maßnahme untersucht wurden. Als Hauptoutcome wurde die Rückkehr zur Arbeit der Patienten festgelegt. Weitere Fragestellungen beziehen sich auf psychische und arbeitsbedingte Belastungen der Patienten, die Zufriedenheit im Beruf und die Entwicklung dieser Parameter im Laufe der Rehabilitation und nach Abschluss der Maßnahme.

Bei der Datenerhebung wurde speziell auf die Gruppe von Patienten fokussiert, die aufgrund eines Prostatakarzinoms erkrankt waren und bei denen im Rahmen der Behandlung eine radikale Prostatovesikulektomie durchgeführt worden war. Dies hat den Hintergrund, dass im Gegensatz zu Stichproben mit gemischten Tumorentitäten detailliertere Subgruppenanalysen möglich sind. Zudem bestehen bislang kaum Erkenntnisse darüber, inwiefern diese Patientengruppe besondere berufliche Belastungen aufweist, obwohl die radikale Prostatovesikulektomie eingreifende Nebenwirkungen (bspw. Inkontinenz) mit sich bringen kann, die den

beruflichen Wiedereinstieg erschweren können. (Bradley, Neumark, Luo, Bednarek & Schenk, 2005; Bradley, Oberst & Schenk, 2006; Oberst, Bradley, Gardiner, Schenk & Given, 2010). Zudem handelt es sich bei der Diagnose eines Prostatakarzinoms um die häufigste Krebserkrankung bei Männern (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 2013).

Die zweite Hauptfragestellung der Studie bezieht sich auf die Untersuchung von Rehabilitationseffekten im Hinblick auf funktionelle, medizinische sowie sozialmedizinische Parameter aufgeschlüsselt nach dem Setting der Maßnahme (ambulante vs. stationäre Rehabilitation). So besteht in Deutschland für Krebspatienten die Möglichkeit, eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Im Vergleich zu stationären Angeboten, ist das Angebot an ambulanten Maßnahmen in Deutschland noch sehr begrenzt (Hellbom et al., 2011). Entsprechend bestehen nur wenige Kenntnisse darüber, inwiefern ambulante Maßnahmen ähnliche Effekte wie stationäre Maßnahmen erzielen (Bergelt, Lehmann, Beierlein & Koch, 2008). Aus diesem Grund war ein Hauptziel der Studie, eine vergleichende Evaluation der beiden Settings mit dem Fokus auf die kurzfristige Wirksamkeit auf funktionelle Parameter durchzuführen. Weiterhin war ein Schwerpunkt die Untersuchung der Entwicklung sozialmedizinischer Aspekte wie beispielsweise die Rückkehr zur Arbeit der Patienten getrennt für beide Settings.

5.2 Studiendesign und Stichprobe

Um kurz- und längerfristige Aussagen machen zu können, wurden die Patienten zu drei Erhebungszeitpunkten schriftlich befragt. Beide Gruppen (stationäre vs. ambulante Patienten) erhielten zu Beginn der Rehabilitation (T1), zum Ende der Rehabilitation (T2) und ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T3) einen Fragebogen. Diese beinhalteten u.a. standardisierte Messinstrumente, um sozialmedizinische, berufsbezogene und psychosoziale Aspekte zu erfassen. Zusätzlich zu den Patientendaten wurden ärztliche Einschätzungen erhoben. Mit Hilfe eines Fragebogens zu funktionellen Parametern, welcher in Zusammenarbeit mit den klinischen Kooperationspartnern entwickelt worden ist, wurde bspw. die Entwicklung der Urininkontinenz und erektilen Dysfunktion von Beginn bis zum Ende der Rehabilitation erfasst. Neben diesen Daten wurde zum Ende der Rehabilitation das sozialmedizinische Leistungsbild durch die Ärzte beurteilt sowie die KTL-Daten aus den Entlassberichten analysiert.

Insgesamt konnten 837 Patienten in die Studie aufgenommen werden. Davon stammen 718 Patienten aus dem stationären Setting und wurden in den Rehabilitationskliniken Quellental und Birkental (Bad Wildungen), in der HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) und der Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) rekrutiert. 119 ambulante Patienten wurden in den Rehabilitationskliniken Vivantes Rehabilitation (Berlin), HELIOS Klinik Bergisch-Land (Wuppertal) und Niederrhein-Klinik (Korschenbroich) eingeschlossen. Stationäre und ambulante Pati-

enten unterscheiden sich zu Beginn der Rehabilitation vor allem hinsichtlich sozio-ökonomischer Merkmale voneinander, da die ambulanten Patienten im Durchschnitt einen höheren sozio-ökonomischen Status aufweisen. Dies liegt vor allem darin begründet, dass in der Klinik Bad Wildungen, die mit insgesamt 608 Patienten den größten Anteil an stationären Patienten in die Studie eingebracht hat, nur gesetzlich versicherte Patienten rekrutiert worden sind. Entsprechend ist an dieser Stelle der Anteil an privat versicherten Patienten im Rahmen der stationären Rehabilitation unterrepräsentiert.

Die Rücklaufquote der gesamten Stichprobe liegt ein Jahr nach Rehabilitationsende mit 85% sehr hoch. Die settingspezifischen Nonresponderanalysen zeigen, dass sich die Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt noch an der Studie teilgenommen haben, nicht wesentlich von denen unterscheiden, die aus der Studie ausgeschieden sind.

5.3 Ausgangssituation

5.3.1 Medizinisch-funktionelle Ausgangssituation

In Bezug auf die funktionelle Situation der Patienten zu Beginn der Rehabilitation zeigt sich erwartungsgemäß ein breites Spektrum an krankheits- und therapiebedingten körperlichen Funktionseinschränkungen und Beschwerden. Insbesondere bestehen deutliche Einschränkungen in den Merkmalen der körperlichen Funktionsfähigkeit. So wird die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten mit durchschnittlich 51% und der Karnofsky-Index mit durchschnittlich knapp 80% beurteilt. Dahingegen ist die Schmerzbelastung der Patienten insgesamt eher gering ausgeprägt. Urologische Probleme liegen erwartungsgemäß insbesondere im Hinblick auf die postoperative Inkontinenz vor. Knapp 40% der Patienten sind zu Rehabilitationsbeginn auch in der Nacht inkontinent und im 24-Std.-PAD-Test wird bei Patienten mit Urinverlust ein Durchschnittswert von 213 g gemessen. Die weiteren Parameterwerte zum Miktionsverhalten (z.B. Harnfluss, Restharn) liegen im Normbereich. Im Vergleich zum präoperativen Status ist der durchschnittliche PSA-Wert bei Eintritt in die Rehabilitationsmaßnahme von 9.2 ng/ml auf 0.3 ng/ml gesunken. In Bezug auf sexuelle Parameter zeigt sich bei der Mehrheit der Patienten (95%) postoperativ eine erektile Dysfunktion. Etwa 60% der Patienten äußern den Wunsch, diesbezüglich im Verlauf der Rehabilitation behandelt zu werden. Ein Vergleich stationärer und ambulanter Patienten zeigt, dass die stationären Patienten in mehreren medizinisch-funktionellen Parametern stärker belastet sind als die ambulanten Patienten. Relevante Unterschiede bestehen insbesondere in Bezug auf Merkmale körperlicher Funktionsfähigkeit. Für stationäre Patienten wird sowohl die durchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit (47% vs. 71%) als auch der durchschnittliche Karnofsky-Index (77% vs. 91%) niedriger beurteilt als für ambulante Patienten. Hinsichtlich urologischer Funktionsparameter ist die postoperative Inkontinenz stationärer Patienten signifikant stärker ausgeprägt (24-Std.-PAD-Test: 239 vs. 80g) und liegt mit 40% vs. 18% häufiger auch nachts vor.

Die Entwicklung des PSA-Werts (prä-operativ, T1) verläuft bei beiden Patientengruppen positiv, so dass bei Rehabilitationsbeginn eine vergleichbare Ausgangssituation vorliegt. In Bezug auf sexuelle Parameter sind Patienten im stationären wie ambulanten Setting in ähnlichem Ausmaß von postoperativer erektiler Dysfunktion betroffen und unterscheiden sich auch in der Häufigkeit eines Behandlungswunsches nicht signifikant voneinander.

5.3.2 Ausgangssituation hinsichtlich psychosozialer Belastungen und Lebensqualität

Die Mehrheit der Patienten ist nicht von einer auffälligen Angst- oder Depressionssymptomatik betroffen (HADS Cut-off ≥ 11 : 13% Angst, 8% Depression). Allerdings berichten knapp 60% von einer mittleren bis starken subjektiven Belastung (Distressthermometer). Die Ergebnisse zeigen, dass zwar eher ein kleiner Teil der Patienten klinisch auffällig ist, ein Großteil der Patienten jedoch eine allgemeine Belastung durch die Krebserkrankung erlebt. Auch hinsichtlich der krebsspezifischen Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) geben die Studienpatienten im Vergleich zu einer männlichen Bevölkerungsstichprobe größere Einschränkungen an. Dabei sind vor allem eine geringere soziale Funktionsfähigkeit (Mittelwertsunterschied: ca. 40 Punkte) sowie eine geringere Rollenfunktion (Mittelwertsunterschied: ca. 50 Punkte) der Patienten zu nennen. Letzteres zeigt sich ebenfalls im Rahmen der generischen Lebensqualität (SF-8), in welchem die Studienpatienten im Vergleich zu einer männlichen Bevölkerungsstichprobe eine signifikant geringere körperliche (Mittelwertsunterschied: ca. 14 Punkte) und emotionale (Mittelwertsunterschied: ca. 12 Punkte) Rollenfunktion angeben.

Ein Vergleich der psychosozialen Ausgangssituation von stationären und ambulanten Patienten macht deutlich, dass die ambulanten Patienten grundsätzlich etwas weniger stark belastet sind. So berichten sie im Durchschnitt eine signifikant geringere Ängstlichkeit (HADS, 5.0 vs. 6.0) sowie subjektive Belastung (Distressthermometer, 4.6 vs. 5.1). Hinsichtlich der Lebensqualität liegen auf einigen Skalen des EORTC QLQ-C30, des EORTC QLQ-PR25 und des SF8 zwar auch Unterschiede zwischen beiden Gruppen vor, die jedoch eher gering ausfallen. Dennoch ist auch hier der Trend erkennbar, dass ambulante Patienten eine bessere psychische Ausgangssituation berichten.

5.3.3 Ausgangssituation hinsichtlich berufsbezogener Belastungen

Weniger deutlich fallen die Unterschiede zwischen Studienpatienten und Referenzstichproben bezüglich beruflicher Belastungen aus (AVEM, ERI). Hier unterscheiden sich die Angaben der Patienten zumeist nur minimal von den Ausprägungen der Bevölkerungsstichproben. Dieser Eindruck wird weiterhin durch die direkte Einschätzung der Patienten bestärkt, die lediglich zu 18% einen Bedarf an berufsbezogenen Angeboten im Rahmen der Rehabilitation angeben. Zudem fühlen sich nur 14% beruflich belastet (SIBAR). Damit einhergehend planen fast 79% der Patienten innerhalb von ein bis drei Monaten nach Rehabilitationsende

wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Auch wenn mehrheitlich zu Beginn der Rehabilitation eine eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit wahrgenommen wird, so vermuten nur wenige Patienten (5%), dass sie ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr werden ausüben können.

Stationäre und ambulante Patienten erreichen vergleichbare Ausprägungen bezüglich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) und unterscheiden sich nur in geringem Ausmaß bezüglich des Fragebogens für berufliche Gratifikationskrisen (ERI) voneinander. Im Rahmen des ERI machen die ambulanten Patienten zwar optimistischere Angaben und weisen ein etwas geringeres Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise auf. Hierbei handelt es sich aber um marginale Unterschiede.

5.3.4 Sozialmedizinische Ausgangssituation

Bezüglich der Planung der beruflichen Rückkehr zum Rehabilitationsbeginn unterscheiden sich beide Patientengruppen deutlich. 40% der ambulanten und 25% der stationären Patienten wollen bereits innerhalb eines Monats nach Rehabilitationssende die berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Mit knapp 55% planen signifikant mehr stationäre als ambulante Patienten eine spätere Rückkehr (innerhalb von drei Monaten nach Ende der Maßnahme; ambulante Patienten 34%). Während sich beide Patientengruppen nicht darin unterscheiden, dass sich knapp 65% als eingeschränkt leistungsfähig beurteilen, sind sich ambulante Patienten mit 71% zu einem größeren Prozentsatz sicher, ihre bisherige Arbeit zukünftig ausführen zu können im Vergleich zu 57% der stationären Patienten. Schlussfolgernd ist festzustellen, dass die ambulanten Patienten den beruflichen Wiedereinstieg optimistischer planen. Dies könnte allerdings auch dadurch bedingt sein, dass die ambulante Stichprobe einen größeren Anteil an selbstständig arbeitenden Patienten aufweist. Diese Patientengruppe könnte einen größeren Druck verspüren, die berufliche Tätigkeit schnell wieder aufzunehmen.

5.4 Kurzfristige Effekte der Rehabilitation

5.4.1 Prozessevaluation der Rehabilitationsmaßnahmen

Die vergleichende Analyse der erbrachten therapeutischen Leistungen (KTL-Daten) in der stationären und ambulanten Rehabilitation ergibt settingspezifische Unterschiede. Zum Ende der Rehabilitation haben ambulante im Vergleich zu stationären Patienten signifikant häufiger Leistungen im Bereich Sport- und Bewegungstherapie (89% vs. 22%) sowie Ernährungstherapie und -angebote (19% vs. 5%) erhalten. Für stationäre Patienten wurden hingegen signifikant mehr Leistungen im Hinblick auf Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien erbracht (60 vs. 26%) als für ambulante Patienten. Bezüglich der Intensität der jeweils in Anspruch genommenen Leistungen unterscheiden sich die beiden Patientengruppen jedoch nur geringfügig voneinander. Dies gilt eher für die Bereiche Information und Schulung, Reha-Pflege sowie die Physikalische Therapie. In allen drei Leistungsgruppen haben die stationären Patienten signifikant mehr Leistungen pro Woche erhalten im Vergleich zu den ambulanten Patienten. Hieraus kann geschlossen werden, dass sich die untersuchten Rehabilitationssettings in Bezug auf die Verordnungsfrequenz therapeutischer Leistungen (Patientenzahl) unterscheiden, die Intensität der Leistungen jedoch mit wenigen Ausnahmen ähnlich ausfällt. Dass im Rahmen dieser Studie das Rehabilitationssetting bei einigen Leistungsverordnungen zusätzliche Effekte erzeugt, war durch die unterschiedliche körperliche Belastung der stationären und ambulanten Patienten sowie die teilweise vorliegenden Unterschiede in der sozialmedizinischen und psychosozialen Situation erwartbar.

In Bezug auf die Beurteilung der Rehabilitation werden die Effekte der stationären und ambulanten Maßnahmen ähnlich bewertet, wobei die Effekte auf die körperliche Gesundheit sowie Schmerzen als mittelmäßig bis stark und im Bereich Arbeit und Beruf als mittelmäßig bewertet werden. Ambulante Patienten berichten im Vergleich zu stationären Patienten signifikant häufiger, dass die Gestaltung des beruflichen Rückkehrprozesses im Rehabilitationsverlauf besprochen wurde. Die Zufriedenheitswerte beider Patientengruppen in Bezug auf die Rehabilitationseinrichtungen sind zum Abschluss der Rehabilitation durchweg sehr positiv. So geben die Patienten eine hohe Zufriedenheit mit der Betreuung durch das ärztliche, pflegerische und psychologische Personal an. Dabei haben signifikant mehr stationäre als ambulante Patienten Kontakt mit einem Psychologen gehabt (59% vs. 41%). Strukturelle Aspekte der Einrichtungen werden von beiden Patientengruppen als gut bewertet, die vorliegenden Gruppenunterschiede sind klinisch nicht relevant. Entsprechend der positiven Einzelbewertungen fällt die Gesamtbewertung der Rehabilitationsmaßnahme mit durchschnittlich 8.5 (Skala 0-10) positiv aus. Darüber hinaus wird das zugewiesene bzw. ausgewählte Rehabilitationssetting sowohl von stationären wie ambulanten Patienten als sehr gut geeignet beurteilt. Dies zeigt, dass beide Settings die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten erfüllen

können und im Hinblick auf strukturelle und prozessuale Aspekte der Rehabilitationsmaßnahmen keine settingspezifischen Unterschiede bestehen.

5.4.2 Veränderung medizinisch-funktioneller Outcomes zum Ende der Rehabilitation

Im Verlauf der Rehabilitation wird für die meisten körperlichen Funktionseinschränkungen und Beschwerden der Patienten eine signifikante Verbesserung beschrieben. Substanzielle Veränderungen über die Zeit zeigen sich insbesondere für die Merkmale körperlicher Funktionsfähigkeit. So steigern sich die körperliche Leistungsfähigkeit im Durchschnitt von 51% auf 70% und der Karnofsky-Index von 79% auf 88%. Weiterhin hat sich das Ausmaß operationsbedingter und -unabhängiger Schmerzen zum Ende der Rehabilitation jeweils um mindestens die Hälfte reduziert und liegt auf einer Skala von 0-10 unter eins. Aufgrund der geringen Ausgangswerte zu Beginn der Rehabilitation ist dieser Effekt jedoch nicht signifikant. Die Häufigkeit und Stärke der postoperativen Inkontinenz haben sich zum Abschluss der Rehabilitation signifikant verbessert. So hat sich der Anteil vollständig kontinenter Patienten im Zeitverlauf von 15% auf knapp 50% vergrößert. Korrespondierend hierzu hat sich der Urinverlust (24-Std.-PAD-Test) von durchschnittlich 167 g auf 67 g und damit um mehr als die Hälfte reduziert. Auch im Hinblick auf die weiteren miktionsbezogenen Parameter (Harnfluss, Restharn) haben sich die Patienten im Zeitverlauf signifikant verbessert. In Bezug auf den PSA-Wert zeigt sich ein weiteres signifikantes Absinken zum Ende der Rehabilitation auf einen Durchschnittswert von 0.1 ng/ml. Auch hinsichtlich sexueller Parameter werden positive Veränderungen im Rehabilitationsverlauf beschrieben. So hat sich die Häufigkeit wiederkehrender erektiler Funktion ohne Hilfsmiteinsatz (volle Tumescenz bzw. Rigidität) signifikant von 5% auf 18% der Patienten verbessert. Dennoch ist damit der überwiegende Anteil der Patienten auch zum Ende der Rehabilitation in der sexuellen Funktionsfähigkeit deutlich eingeschränkt. 71% der Patienten, bei denen prä-operativ eine Rigidität ohne Hilfsmittel vorlag, die nerverhaltend operiert wurden und eine Behandlung der erektilen Dysfunktion wünschten, erhalten zum Ende der Rehabilitation eine Erektionshilfe. Dabei werden am häufigsten PDE5-Inhibitoren als Einzelmaßnahme (57%) oder in Kombination (11%) eingesetzt.

Diese Ergebnisse sprechen für einen guten Erfolg der Rehabilitation in Bezug auf krankheits- und behandlungsbedingte Folgen der Krebserkrankung. Sie zeigen darüber hinaus die fortbestehende Vulnerabilität eines substanziellen Anteils von Patienten auch zum Ende der Rehabilitation, insbesondere in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit, die Inkontinenz sowie die erektile Dysfunktion. Diese weist auf die mittel- und langfristigen Folgen einer Prostatakrebserkrankung hin sowie die Notwendigkeit einer Überleitung der Patienten in die fachspezifische ambulante Versorgung durch niedergelassene Urologen und Onkologen.

5.4.3 Sozialmedizinische Outcomes am Ende der Rehabilitation

Die Patienten fühlen sich am Ende der Rehabilitation gut auf das Erwerbsleben vorbereitet. Jeweils knapp die Hälfte der Patienten geht davon aus, nach Abschluss der Rehabilitation ohne Einschränkungen (46%) bzw. mit stufenweiser Wiedereingliederung (46%) an den alten Arbeitsplatz zurückkehren zu können. 79% der Patienten befürchten keinen Arbeitsplatzverlust aufgrund der Krebserkrankung bzw. betrieblichen Gründen. Auch in Bezug auf die Gestaltung des Rückkehrprozesses sowie die Reaktionen des beruflichen Umfelds äußert sich die Mehrheit der Patienten zuversichtlich. Im Hinblick auf das sozialmedizinische Leistungsbild zum Ende der Rehabilitation wird deutlich, dass knapp 5% der Patienten als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen werden und die Mehrheit der Patienten wesentliche Einschränkungen aufweist. Dies trifft vor allem auf Einschränkungen des Bewegungs- und Halteapparats zu, von denen 83% der Patienten betroffen sind. Für 98% der Patienten wird der Arbeitsumfang in Bezug auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit mit sechs oder mehr Stunden eingeschätzt, gleiches gilt für die allgemeine Arbeitskraft im Kontext der Beurteilung des positiven und negativen Leistungsvermögens.

5.5 Langfristige Effekte der Rehabilitation

5.5.1 Veränderung psychosozialer Belastungen und der Lebensqualität

Die psychosozialen Belastungen der Patienten verringern sich im Katamnesezeitraum signifikant. Das allgemeine Belastungserleben (Distressthermometer) verringert sich im Verlauf der Rehabilitation wie auch das Angst- und Depressivitätsniveau (HADS) der Patienten. Darüber hinaus erleben Patienten eine signifikante Verbesserung der krebspezifischen (EORTC QLQ-C30), prostataspezifischen (EORTC PR25) und generischen (SF-8) Lebensqualität während der Rehabilitation. Gleichzeitig wird deutlich, dass bei einigen Parametern ein Anteil des in der Rehabilitation erzielten Therapieerfolges zum Zeitpunkt der Katamnese wieder verloren gegangen ist, obwohl die Veränderungen gegenüber der Ausgangssituation weiterhin signifikant sind. Dieser Effekt zeigt sich im Hinblick auf die subjektive Belastung (Distressthermometer), Angst- und Depressivitätswerte (HADS), die emotionale und kognitive Funktionsfähigkeit (EORTC QLQ-C30), Belastungen durch Darm- und behandlungsbedingte Symptome (EORTC PR25) sowie psychisches Wohlbefinden (SF-8). Hier wird deutlich, dass insbesondere das emotionale Erleben der Patienten betroffen ist. Entsprechend könnte eine verbesserte Überleitung aus der psychosozialen Versorgung im Rahmen der Rehabilitation in die Versorgungsstrukturen des ambulanten Sektors diesen Effekten ggf. entgegenwirken. Dass die Prostatakreberkrankung und -behandlung zu langfristigen Einschränkungen wie Harn- und Stuhlinkontinenz sowie sexuellen Funktionsstörungen führen kann und diese Faktoren zu einer geminderten Lebensqualität beitragen, zeigen eine Reihe

von Studien an Prostatakrebspatienten (Kyrдалen, Dahl, Hernes, Smastuen & Fossa, 2013; Ratcliff, Cohen, Pettaway & Parker, 2013; Steineck et al., 2002; Wilt et al., 2008).

5.5.2 Veränderung arbeitsbezogener Belastungen

Neben diesen psychischen und lebensqualitätsbezogenen Parametern wurden Effekte der Rehabilitation in Bezug auf arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) sowie den Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen (ERI) untersucht. Dabei wird deutlich, dass sich die Haltung gegenüber der Arbeit im Katamnesezeitraum bei den Patienten nur geringfügig und nicht klinisch relevant ändert (AVEM). Dennoch wird im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation angegeben, dass die subjektive Bedeutung der Arbeit und die damit verbundenen Ansprüche an die eigene Arbeit gesunken sind, während die Distanzierungsfähigkeit gestiegen ist. Vulnerabler als zu Beginn der Rehabilitation zeigen sich die Patienten auch im Erleben sozialer Unterstützung im Arbeitskontext. Diese Entwicklung weist darauf hin, dass arbeitsbezogenen Belastungen weniger Ressourcen gegenüberstehen und Patienten sich durch eine größere Distanzierungsfähigkeit zu schützen suchen. Auch im Zusammenhang der Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI) berichten die Patienten, sich im Vergleich zum Rehabilitationsbeginn weniger zu verausgaben und ihr Überengagement reduziert zu haben. Diese Entwicklung entspricht den Erkenntnissen anderer Studien, die berichten, dass Krebspatienten der Arbeit nach dem Erleben einer lebensgefährlichen Erkrankung einen geringeren Stellenwert beimessen (Degner, Hack, O'Neil & Kristjanson, 2003; Maunsell, Brisson, Dubois, Lauzier & Fraser, 1999). Darüber hinaus könnten erkrankungs- und behandlungsbedingte Leistungseinschränkungen zu einer Verringerung des Arbeitstempos sowie einer Vermeidung zusätzlicher Arbeitsbelastungen führen (Kennedy, Haslam, Munir & Pryce, 2007; Main et al., 2005; Maunsell et al., 1999).

5.5.3 Rückkehr in den Beruf

Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) sind 87% der Patienten, die an der Katamnese teilgenommen haben, zur Arbeit zurückgekehrt. Insgesamt scheiden 13% der Studienpatienten im Verlauf des Katamnesezeitraums aus dem Beruf aus. Von denjenigen Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) nicht zur Arbeit zurückgekehrt sind, geben 4% an, aufgrund von Altersrente nicht berufstätig zu sein, während der Rest eine Erwerbsminderungsrente bezieht, krankgeschrieben ist oder seinen Arbeitsplatz verloren hat. Die hier berichtete Rückkehrtrate liegt deutlich höher als die bisher für den deutschsprachigen Raum berichteten Rückkehrraten von 78% bzw. 76% ein Jahr nach onkologischer Rehabilitation (Böttcher et al., 2013; Mehnert & Koch, 2012). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Vergleichsstudien jeweils um gemischtgeschlechtliche Stichproben mit hohem Anteil an Brustkrebspatientinnen handelt, die häufiger multimodal und über einen längeren Zeitraum

als Prostatakrebspatienten behandelt werden. Im Hinblick auf die international berichtete Rückkehrate von ca. 63% (Mehnert, 2011; Spelten et al., 2003) liegt die studienspezifische Rückkehrate ein Jahr nach Rehabilitation deutlich höher. Allerdings ist der Vergleich der Studienergebnisse mit internationalen Daten durch die verschiedenen Gesundheits- und Sozialsysteme und das in Deutschland ausgeprägte Rehabilitationswesen erschwert. Internationale Studien beziehen sich nicht ausschließlich auf Patienten nach onkologischer Rehabilitation und differenzieren nicht nach dem Erkrankungsstadium, während in der vorliegenden Studie explizit ein Kollektiv von Patienten nach Rehabilitation (AHB) ohne Lymphknotenbefall und Fernmetastasierung eingeschlossen wurde. Darüber hinaus sind in die entsprechenden Übersichtsarbeiten auch Studien einbezogen, in denen die Rückkehr in den Beruf unabhängig vom Erwerbsstatus vor Diagnose bzw. Behandlung untersucht wird, während die vorliegende Studie nur bei Rehabilitationsbeginn erwerbstätige Patienten berücksichtigt. Ein Vergleich zu Rehabilitanden anderer Indikationsbereiche (bspw. Orthopädie, Kardiologie) zeigt, dass auch indikationsübergreifend ein großer Erfolg der onkologischen medizinischen Rehabilitation zu verzeichnen ist. So kehren in der orthopädischen Rehabilitation ein Jahr nach Rehabilitationsende 70 bis 77% der Patienten zurück (Bürger et al., 2001; Bürger, Dietsche, Morfeld & Koch, 2002). In der Kardiologie liegen die Rückkehraten 12 Monate nach Ende der Rehabilitation bei 62% (Mittag et al., 2001). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an Krebs erkrankte Patienten mit anderen krankheits- und behandlungsbedingten Folgen und Problemlagen konfrontiert sind als orthopädische und kardiologische Patienten, was einen Vergleich der Patientengruppen erschwert. Weiterhin handelt es sich um ältere Studien, so dass die in den letzten 10 Jahren erfolgten Fortschritte in der Diagnose und Behandlung orthopädischer und kardiologischer Erkrankungen wie auch die Entwicklungen der Arbeitswelt nicht berücksichtigt sind.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitation zurückgekehrt sind, kehren im Durchschnitt innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme zur Arbeit zurück (M=11.7 Wochen, Median: 8.4 Wochen). Knapp die Hälfte der Patienten kehrt innerhalb eines Monats nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurück. Gleichzeitig wurden nur knapp 5% der Patienten zum Ende der Rehabilitation als arbeitsfähig entlassen. Dies legt nahe, dass der Wunsch (bzw. Druck) einer zeitnahen Wiederaufnahme der Arbeit vieler Patienten ggf. die zurückhaltendere Einschätzung von Rehabilitationsärzten überwiegt. In einer Studie, in der die Zeit bis zur beruflichen Rückkehr für Patienten mit Brustkrebs, gynäkologischen, urologischen und Hals-Kopf-Tumoren verglichen wurde, kehrte die uro-onkologische Patientengruppe mit einem Median von 5 Wochen nach Diagnosestellung am schnellsten zurück (Cooper, Hankins, Rixon, Eaton & Grunfeld, 2013). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich in dieser Vergleichsstudie um eine relativ kleine Stichprobe uro-onkologischer Patienten handelt, die zudem keine Rehabilitation in Anspruch genommen hat.

Etwa ein Drittel der Patienten hat im Rahmen der beruflichen Rückkehr eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch genommen. Wenn mit der beruflichen Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach Rehabilitationsende begonnen werden kann, wird diese während der Rehabilitationsmaßnahme durch die Rehabilitationsklinik eingeleitet. Ist die Wiedereingliederung erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, sind für die Einleitung Hausärzte, Onkologen etc. zuständig. Dies verdeutlicht die wichtige Rolle, die der onkologischen Rehabilitation in Bezug auf Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Reintegration zukommt.

Hinsichtlich des Krankenstands der zurückgekehrten Patienten zeigt sich, dass knapp 6% der Patienten zum Katamnesezeitpunkt arbeitsunfähig sind. Der berichtete Krankenstand entspricht in etwa dem Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland von 3.7% für das Jahr 2010 (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011). Bezüglich der Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten ist etwa ein Drittel der Patienten für 0-5 Wochen und ein knappes Viertel 6 Wochen oder länger krankgeschrieben gewesen.

Ein weiterer, zentraler berufsbezogener Parameter stellt die subjektive berufliche Leistungsfähigkeit dar. Die Problematik der Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit wurde in den letzten Jahren zunehmend in Studien zu Arbeit und Krebs fokussiert (Oberst et al., 2010; Short, Vasey & Tunceli, 2005; Taskila, Martikainen, Hietanen & Lindbohm, 2007). Studien zeigen, dass die Leistungsfähigkeit bei einem substantiellen Anteil von Krebspatienten zumindest temporär eingeschränkt ist, sich aber im Zeitverlauf von 12 bis 18 Monaten nach Diagnosestellung häufig wieder steigert (Böttcher et al., 2013; Munir, Yarker & McDermott, 2009; Torp, Gudbergsson, Dahl, Fossa & Flotten, 2011). Auch in der vorliegenden Studie berichten die Patienten im Vergleich zum Rehabilitationsbeginn einen deutlichen, signifikanten Anstieg der Leistungsfähigkeit ein Jahr nach Ende der Rehabilitation. Lediglich ein Anteil von knapp 3% der Patienten berichtet zum Katamnesezeitpunkt, gar nicht leistungsfähig zu sein. Damit einhergehend geben die Patienten mehrheitlich an, ihre gewohnte Arbeit verrichten zu können. Eine Veränderung der Arbeitssituation im Sinne eines Tätigkeits- oder Arbeitsplatzwechsel erleben nur etwa 7% der Patienten. Dies spiegelt sich ebenfalls in dem geringen Bedarf der Patienten wider, nach Ende der Rehabilitation noch weitere berufliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Lediglich 3% der Patienten suchten im Katamnesezeitraum explizit eine berufliche Beratung auf.

Demnach zeigt sich, dass die onkologische Rehabilitation im Rahmen dieser Studie einen relativ großen Anteil der Patienten dabei unterstützen konnte, im Erwerbsleben zu verbleiben, innerhalb weniger Wochen in den Beruf zurückzukehren und die Leistungsfähigkeit zu steigern. Somit erweist sich die onkologische Rehabilitation im Hinblick auf verschiedene sozialmedizinische Outcomes als wirksam.

5.5.4 Situation der nicht in den Beruf zurückgekehrten Patienten

Patienten, die 12 Monate nach Rehabilitationsende nicht zur Arbeit zurückgekehrt sind, sind psychosozial in einigen Bereichen stärker belastet als die beruflich aktiven Patienten. So weisen die nicht zurückgekehrten Patienten über alle Messzeitpunkte hinweg (T1 bis T3) eine höhere Angst- sowie Depressivitätssymptomatik (HADS) auf. Dies trifft ebenfalls auf alle Skalen der krebsspezifischen (EORTC QLQ-C30) und der prostatakrebspezifischen (EORTC PR25) Lebensqualität zu. Im Hinblick auf die generische Lebensqualität (SF-8) verzeichnen nicht zurückgekehrte Patienten auf den Skalen körperliche Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit darüber hinaus eine Verschlechterung im Katamnesezeitraum, die bei beruflich aktiven Patienten nicht zu beobachten ist.

Hinsichtlich der beruflichen Situation und Belastung stellen sich nicht zurückgekehrte Patienten in einigen Parametern ebenfalls ungünstiger dar als beruflich aktive Patienten. So berichten sie ein Jahr nach Rehabilitation eine geringere Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Lage, während die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation in etwa der der zurückgekehrten Patienten entspricht. Der Einfluss der beruflichen Rückkehr ist bezüglich beider Aspekte jedoch nicht signifikant. Weiterhin besteht in der Gruppe nicht zurückgekehrter Patienten eine signifikant größere berufliche Belastung (SIBAR). Nicht zurückgekehrte Patienten berichten weiterhin eine signifikant niedrigere berufliche Verausgabungsbereitschaft (ERI) sowie einen höheren Abfall des beruflichen Ehrgeizes im Zeitverlauf (AVEM).

Bei der Gruppe der nicht zurückgekehrten Patienten handelt es sich um eine Subgruppe von n=93 Patienten (13%) der Gesamtstichprobe. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der beruflichen Wiedereingliederung auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene stellt sich die Frage, wie diese Risikogruppe bereits während der Rehabilitation identifiziert und mit spezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten bedacht werden kann. Dabei sollte auch eine psychologische Unterstützung angeboten werden, um Ängste, Unsicherheiten und eventuelle negative Erwartungen an die berufliche Rückkehr aufzuarbeiten und Coping-Strategien bezüglich arbeitsbezogener Belastungen zu erlernen. Die Ergebnisse unterstreichen weiterhin die Notwendigkeit einer stärkeren sozialmedizinischen und bei Bedarf auch psychologischen Nachbetreuung dieser Patientengruppe über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus.

5.6 Vergleichende Evaluation

5.6.1 Medizinisch-funktionelle Parameter

Ausgehend von niedrigeren Ausgangswerten verzeichnen stationäre Patienten in den Merkmalen körperlicher Funktionsfähigkeit im Rehabilitationsverlauf eine stärkere Verbesserung. So steigert sich die durchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit bei stationären Patienten von 47% auf 67%, bei ambulanten von 67% auf 87%. Bezüglich des Karnofsky-Index¹ zeigen

stationäre Patienten eine stärkere Verbesserung von 77% auf 87%, während ambulante Patienten sich ausgehend von einem hohen Ausgangsniveau geringfügiger steigern (92% auf 97%). Dennoch wird deutlich, dass die ambulanten Patienten auch zum Ende der Rehabilitation eine höhere Leistungsfähigkeit aufzeigen als stationäre Patienten. In Bezug auf die Schmerzbelastung verzeichnen beide Patientengruppen eine Reduktion der Schmerzbelastung, wobei das Setting keinen Einfluss auf den Verlauf hat. Bezüglich der postoperativen Inkontinenz zeigt sich, dass beide Patientengruppen positive Verläufe verzeichnen. Dabei verbessern sich stationäre Patienten ausgehend von höheren Ausgangswerten in stärkerem Ausmaß und verringern ihren Urinverlust von durchschnittlich 181.5 g auf 71.7 g (24-Std.-PAD-Test). Bei ambulanten Patienten kommt es zu einer Verringerung von 74.5 g auf 37.3 g im entsprechenden Test. Zum Abschluss der Rehabilitation sind stationäre Patienten signifikant häufiger vollständig kontinent (52% vs. 34%). Im Hinblick auf das Miktionsverhalten verbessern sich die Mittelwerte der stationären und ambulanten Patienten in allen Parametern. Die im Arztbogen erfragten kontinenzbezogenen Diagnostik- und Therapieverfahren werden während der Rehabilitation fast ausschließlich bei stationären Patienten eingesetzt. Die Patientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der medikamentösen Kontinenztherapie (32% vs. 1%) sowie der Durchführung einer diagnostischen und therapeutischen Zystoskopie (9% vs. 2%). Vor dem Hintergrund der günstigeren Kontinenzsituation der stationären Patienten zu T3 weist dies aus klinischer Sicht darauf hin, dass Patienten von Behandlungskonzepten, die eine medikamentöse Behandlung beinhalten, möglicherweise profitieren. Der PSA-Wert sinkt im Rehabilitationsverlauf sowohl in der stationären als auch ambulanten Gruppe auf ein ähnliches Niveau ab, die Entwicklung ist nicht settingspezifisch. Bezüglich sexueller Parameter zeigt sich, dass sich beide Patientengruppen im Rehabilitationsverlauf hinsichtlich des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel signifikant verbessern und zum Ende der Rehabilitation ein ähnliches Niveau erreicht haben. Dabei weisen 17% der stationären sowie 20% der ambulanten Patienten zum Abschluss der Rehabilitation eine volle Tumescenz bzw. Rigidität auf. Die Mehrheit der Patienten, die prä-operativ mindestens volle Tumescenz ohne Hilfsmittel berichteten, nerverhaltend operiert wurden und eine Behandlungswunsch bezüglich der erektilen Dysfunktion äußerten, erhalten sowohl im stationären (71%) wie ambulanten (75%) Setting eine Erektionshilfe. Die am häufigsten angewandten Erektionshilfen, PDE5-Inhibitoren, werden settingspezifisch bei stationären Patienten häufiger „on demand“ (82%) und bei ambulanten Patienten häufiger als Schwellkörpertraining (81%) eingesetzt. Unter Einsatz von Erektionshilfen zeigen sich in beiden Patientengruppen signifikante Verbesserungen des Erektionsstatus im Rehabilitationsverlauf, wobei sich ambulante und stationäre Patienten zum Ende der Rehabilitation nicht signifikant unterscheiden. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangswerte von Patienten in ambulanter und stationärer Rehabilitation verbessern sich die medizinisch-funktionellen Parameter im

Zeitverlauf in beiden Settings. Im Hinblick auf diese Ergebnisebene erweist sich somit sowohl die stationäre als auch die ambulante Rehabilitation als wirksam.

5.6.2 Psychosoziale Belastungen und Lebensqualität

Die stationären und ambulanten Patienten weisen im Verlauf des Katamnesezeitraums eine Verbesserung ihrer subjektiven Belastung (Distressthermometer) auf (partielles η^2 von 0.09; mittlerer Effekt). Diese ist am geringsten direkt nach Rehabilitationsende, liegt aber ein Jahr nach Ende der Maßnahme noch unter dem Ausgangswert zu T1 und unter dem Cut-Off-Wert, der auf eine klinisch relevante Belastung hindeutet. Angst und Depressivitätswerte (HADS) verändern sich kaum. Entsprechend ist kein Unterschied zwischen beiden Patientengruppen zu vermerken. Hinsichtlich der Lebensqualitätsparameter weisen sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten vor allem eine positive Entwicklung im körperlichen Bereich auf. Sowohl im Rahmen des EORTC QLQ-C30 wie auch des SF8 liegen die stationären Patienten in ihren Angaben etwas unter dem Wohlbefinden der ambulanten Patienten. Dennoch bessert sich die Ausgangssituation in beiden Fällen und die Patienten erleben eine signifikante Veränderung im Katamnesezeitraum. Dies trifft weniger stark auf die emotionalen Komponenten in beiden Messinstrumenten zu. Hier erleben beide Patientengruppen zwar Verbesserungen, die aber nicht ganz so deutlich ausfallen. Dies geht einher mit der bereits berichteten Entwicklung der subjektiven Belastung (DT) der Patienten. Bezüglich des EORTC PR25 weisen stationäre wie ambulante Patienten eine Verbesserung der sexuellen Funktionsparameter und einen Abfall an Belastungen durch Urininkontinenz auf. Auch bezüglich dieser Parameter berichten die stationären Patienten kontinuierlich eine stärkere Belastung bzw. Einschränkung, die allerdings nicht signifikant ist. Daraus kann geschlossen werden, dass beide Settings einen ähnlichen Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Situation und auf die Lebensqualität der Patienten haben.

5.6.3 Berufsbezogene Belastungen

Hinsichtlich beruflicher Parameter, die anhand des AVEM und des ERI erhoben worden sind, zeigt sich, dass sich die Angaben beider Patientengruppe kaum voneinander unterscheiden. In Bezug auf berufliche Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) variieren die Angaben beider Patientengruppen über den Katamnesezeitraum hinweg kaum. Entsprechend bleiben die Ausprägungen relativ stabil, da es sich bei den meisten Veränderungen auf den Skalen höchstens um einen Punktwert handelt, der klinisch nicht relevant ist. Auch im Hinblick auf berufliche Gratifikationskrisen lassen sich keine Unterschiede in den Patientengruppen finden. Sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten weisen kaum Veränderungen in den Verläufen auf und machen ähnliche Angaben. Diese Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass stationäre und ambulante Patienten bezüglich ihrer Ausprägungen im Arbeitsverhalten

wenig unterschiedlich sind und vermutlich mit ähnlichen Bedürfnissen in die Rehabilitation kommen. In beiden Fällen scheint die Rehabilitation keinen Einfluss auf die Entwicklung der Parameter gehabt zu haben, wobei zu beachten ist, dass die Patienten im Allgemeinen auch keine nennenswerten Ausprägungen im Vergleich zu Bevölkerungsstichproben (siehe Ausgangssituation T1) gehabt haben. Somit war auch kein großer Veränderungsbedarf auf Seiten der Patienten gegeben.

5.6.4 Sozialmedizinische Parameter

Sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten sind mehrheitlich ein Jahr nach Rehabilitationseende wieder zur Arbeit zurückgekehrt. Während knapp 87% der stationären Patienten wieder arbeiten, gilt dies für 88% der ambulanten Patienten. Auch bezüglich der Gründe für die Nicht-Rückkehr in den Beruf ähneln sich die Patientengruppen, insbesondere der Eintritt in die Altersrente oder eine noch andauernde Krankschreibung wurden als Faktoren benannt. Entsprechend liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen vor. Bezieht man sich bei der Beurteilung der Rückkehr zur Arbeit auf die Kriterien von Bürger et al. (Bürger et al., 2001) dann fallen die Rückkehreraten deutlich geringer aus. Unter Berücksichtigung der vier Kriterien (Rückkehr zum Arbeitsplatz, weniger als 12 Wochen Arbeitsunfähigkeit ein Jahr nach beruflichem Wiedereinstieg, kein Rentenantrag gestellt oder die Intention, ihn zu stellen) sind 48% der stationären und 54% der ambulanten Patienten erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt. Unter den nicht erfolgreich zurückgekehrten Patienten begründet sich diese Beurteilung in einem über die Kriterien hinausgehenden Zeitraum der Krankschreibung nach Wiederaufnahme der Arbeit (stationär: 26%, ambulant: 35%). Weiterhin gibt etwa ein Viertel der stationären Patienten an, einen Rentenantrag gestellt zu haben oder dies zu intendieren (24%). Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind jedoch nicht signifikant. Dennoch geben sie einen Hinweis darauf, dass es im stationären Setting wichtig sein könnte, das Thema Renteneintritt nochmals genauer mit den Patienten zu besprechen.

Neben den Rückkehreraten ist ein wichtiger Indikator der Rehabilitation bezüglich beruflicher Parameter die berufliche Leistungsfähigkeit. In beiden Patientengruppen ist eine Steigerung der subjektiv eingeschätzten Leistungsfähigkeit zu verzeichnen. Ungefähr die Hälfte der stationären sowie knapp 60% der ambulanten Patienten berichten ein Jahr nach Rehabilitationseende eine volle Leistungsfähigkeit. Diese positive Entwicklung tritt in beiden Gruppen gleichermaßen auf und lediglich ein Anteil von 1 bis 3% fühlt sich zu diesem Zeitpunkt gar nicht leistungsfähig.

Ein Unterschied, der bei der Betrachtung beider Gruppen deutlich wird, bezieht sich auf den Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit. So kehren ambulante Patienten im Durchschnitt 3 Wochen früher zurück als stationäre Patienten. Drei Viertel der ambulanten Patienten nehmen

ihre Berufstätigkeit innerhalb eines Monats nach Rehabilitationsende wieder auf, unter den stationären Patienten sind dies 44%. Hier ist zu berücksichtigen, dass stationäre Patienten häufiger eine Bestrahlung erhalten und eine entsprechende Behandlung eine spätere berufliche Rückkehr notwendig macht oder zumindest begünstigt. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer stufenweisen Wiedereingliederung unterscheiden sich Patienten der beiden untersuchten Rehabilitationssettings nicht voneinander. Im Allgemeinen ist jedoch zu schlussfolgern, dass berufliche Fragestellungen und Entwicklungen sowohl in der stationären wie auch der ambulanten Rehabilitation erfolgreich bearbeitet werden und die Patienten eine mehrheitlich positive Entwicklung aufweisen. Vielmehr wird in den Analysen deutlich, dass der sozio-ökonomische Status von Patienten (Unter-, Mittel- und Oberschicht) einen Einfluss auf wesentliche sozialmedizinische Parameter hat. Dabei wird deutlich, dass die Angehörigen der Oberschicht in Bezug auf eine Vielzahl arbeitsbezogener Outcomes günstigere Verläufe aufzeigen als Angehörige der Unter- und Mittelschicht.

5.7 Methodische Aspekte der Studie

Die vorliegende Untersuchung wurde im quasiexperimentellen Design durchgeführt und evaluiert die Rehabilitation von an Prostatakrebs erkrankten Patienten vergleichend im stationären und ambulanten Setting. Dabei fokussiert sie auf sozialmedizinische Outcomes, untersucht darüber hinaus aber auch medizinisch-funktionelle und psychosoziale Aspekte. International wurden die Rückkehr nach einer Krebserkrankung und arbeitsbezogene Outcomes bereits in einer Vielzahl von Studien untersucht (Feuerstein et al., 2010; Mehnert, 2011; van Muijen et al., 2013). Bezogen auf den deutschsprachigen Raum und die damit verbundenen Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems, insbesondere des Rehabilitationswesens, ist die Evidenzlage noch sehr begrenzt (Böttcher et al., 2013; Mehnert & Koch, 2012). Dabei ist zu bemerken, dass die Rückkehr zur Arbeit in vielen internationalen Studien vor allem Stichproben mit einem hohen Anteil weiblicher Patienten einbeziehen (Ullrich et al., 2012) und männliche Patienten in Studien zu Arbeit und Krebs unterrepräsentiert sind. Auch in den beiden deutschsprachigen Rehabilitationsstudien überwiegt der Anteil an Krebs erkrankter Frauen. Eine Besonderheit der vorliegenden Studie stellt damit die große Stichprobe der an Prostatakrebs erkrankten Männer im erwerbsfähigen Alter dar.

Unter forschungsmethodischen Aspekten ist darüber hinaus anzumerken, dass es sich dabei um eine homogene Stichprobe von Prostatakrebspatienten handelt (z.B. in Bezug auf Berufstätigkeit bei Eintritt in die Rehabilitation, kein Rentenantrag gestellt, nicht älter als 64 Jahre, Tumorstadium T1-4 N0 M0). Weitere internationale wie nationale Studien zur beruflichen Rückkehr differenzieren hingegen überwiegend nicht nach dem Erkrankungsstadium und beziehen Patienten unabhängig vom Erwerbsstatus bei Diagnose bzw. Behandlungsbeginn

ein. In der vorliegenden Studie wird durch den ausschließlichen Einschluss von erwerbstätigen Patienten mit kurativ behandeltem Prostatakrebs eine differenzierte Analyse der beruflichen Wiedereingliederung in einer Patientengruppe ermöglicht, die gute Chancen für eine berufliche Rückkehr hat.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Studie im stationären und ambulanten Rehabilitationssetting. Ein Vergleich beider Settings wurde bisher im onkologischen Indikationsbereich bisher nur in einer weiteren Studie vorgenommen (Bergelt, Lehmann, Beierlein & Koch, 2008), so dass die hier vorliegende Studie einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Rehabilitationswesens leistet. Obwohl in Deutschland allen Krebspatienten mit Rehabilitationsbedarf eine entsprechende Maßnahme angeboten wird, sind in diese Studie nur Patienten einbezogen, die im Anschluss an die Akutbehandlung eine stationäre oder ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB) in Anspruch genommen haben. Dieser Sample Bias ist beim Vergleich mit internationalen Studienergebnissen, in denen zumeist Patienten ohne Rehabilitation untersucht werden, zu berücksichtigen. Auch ist kein Vergleich insbesondere der sozialmedizinischen Outcomes solcher Patienten möglich, die aufgrund fehlenden Rehabilitationsbedarfs oder -motivation nicht an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen.

Im Rahmen der Auswertung der soziodemographischen Merkmale der Patienten wurde deutlich, dass stationäre im Vergleich zu ambulanten Patienten häufiger einem niedrigeren sozioökonomischen Status zuzuordnen sind. Um diesen Umstand in den Auswertungen zu berücksichtigen, wurde der sozio-ökonomische Status in der Analyse der Verlaufsdaten als ein Faktor aufgenommen. Die Analysen bezüglich der psychosozialen Parameter (u.a. Lebensqualität, berufliche Belastungen) weisen darauf hin, dass dieser Faktor diesbezüglich keinen systematischen und klinisch relevanten Einfluss hat. Hinsichtlich berufsbezogener Aspekte wird deutlich, dass sich Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht im Hinblick auf die Rückkehrrate ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht signifikant unterscheiden. In vielen weiteren sozialmedizinischen Parametern (u.a. Zeit bis Rückkehr, Entwicklung der beruflichen Leistungsfähigkeit) erzielen oberschichtszugehörige Patienten jedoch günstigere Outcomes als Patienten der Unter- und Mittelschicht. Insofern ist zu berücksichtigen, dass settingspezifische Unterschiede ggf. mit dem Patientenkontext, das der entsprechenden Rehabilitationsart zugewiesen wurde bzw. diese aufgesucht hat, zusammenhängen können.

Weitere Aspekte beziehen sich auf die Erhebungszeitpunkte, die eingesetzten Messinstrumente sowie die erreichten Fallzahlen. Bei der Studie handelt es sich um ein prospektives Design mit drei Messzeitpunkten. Die Messungen zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach Rehabilitation entsprechen etablierten Standards und ermöglichen darüber hinaus eine Bezugnahme auf die bereits vorliegenden deutschsprachigen Studien zur Rückkehr in den Beruf nach einer Krebserkrankung (Böttcher et al., 2013; Mehnert & Koch, 2012). Bei den ein-

gesetzten Instrumenten handelt es sich um international eingeführte und für den deutschsprachigen Raum adaptierte Instrumente mit guter Validität und Reliabilität. Die testtheoretischen Überprüfungen der Instrumente sprechen für gute bzw. ausreichende interne Konsistenzen der Skalen (s. Kapitel 3.3). Zur Erhebung der medizinisch-funktionellen Parameter wurde darüber hinaus ein studienspezifischer Arztfragebogen eingesetzt, der im Vorfeld der Studie mit den Kooperationspartnern erarbeitet wurde. Weiterhin konnte im Rahmen der Studie Zugriff auf die Rehabilitations-Entlassberichte und damit die routinemäßig erhobenen sozialmedizinischen Daten sowie die erbrachten therapeutischen Leistungen genommen werden. Damit konnte zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Studie ein multiperspektivischer Zugang ermöglicht werden, der patienten- und arztseitige Einschätzungen inkludiert. Die Rahmenbedingungen der Studie ermöglichten die multizentrische Umsetzung der Datenerhebung in vier renommierten Rehabilitationskliniken mit uro-onkologischem Klientel. Über den Zeitraum von 1,5 Jahren konnten in diesen Kliniken insgesamt über 800 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, für die vollständige Datensätze vorlagen. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass durch das Erreichen dieser großen Fallzahl multivariate Analysen und Gruppenvergleiche mit hinreichender statistischer Power möglich waren. Darüber hinaus konnten die in Stichprobenschätzungen a priori definierten Zahlen stationärer und ambulanter Patienten erreicht werden. Die vorab geschätzte Rücklaufquote in Bezug auf die 1-Jahres-Katamnese konnte mit 85% übertroffen werden. Gleichzeitig ist anzumerken, dass die Zusammensetzung der stationären Stichprobe überwiegend auf Patienten der Klinik in Bad Wildungen basiert und damit der Effekt klinikspezifischer Behandlungsergebnisse ggf. unterschätzt worden sein könnten.

6 Gesamtfazit

Insgesamt machen die Ergebnisse der Studie deutlich, dass an Prostatakrebs erkrankte Patienten mit 87% zu einem sehr hohen Anteil ein Jahr nach Ende der Rehabilitation wieder im Beruf stehen. Dies verweist auf eine erfolgreiche Reintegration ins Arbeitsleben nach einer stationären bzw. ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

Auch in Bezug auf urologische Parameter profitieren sowohl stationäre als auch ambulante Patienten von den Maßnahmen. Dabei zeigt sich, dass stationäre Patienten im Hinblick auf die Kontinenzsituation stärkere Verbesserungen erleben als Patienten in der ambulanten Rehabilitation. Hier könnte ein Zusammenhang mit ergänzenden fachspezifisch urologischen Therapiemethoden (z.B. Gabe von Anticholinergika, therapeutische Zystoskopie) bestehen, die fast ausschließlich im stationären Setting eingesetzt wurden.

Auch der kurzfristigen Entwicklung der psychosozialen Belastung und Lebensqualität ist zu entnehmen, dass eine Verbesserung über die Rehabilitation hinweg eintritt. Dies gilt sowohl für stationäre wie ambulante Patienten. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der während der Rehabilitation erreichte Therapieerfolg in einigen Dimensionen zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Rehabilitationseende wieder etwas abgeschwächt ist.

Die insgesamt vielversprechenden Ergebnisse zeigen, dass sowohl stationäre wie ambulante Rehabilitation erfolgreich auf eine Reihe von spezifischen Lebensbereichen der Patienten wirkt. Es bleibt jedoch noch offen, wie sich die Parameter über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln. Entsprechend wird im Anschluss an diese Studie eine weitere Befragung der Patienten, die noch zum dritten Messzeitpunkt teilgenommen haben (n=714), durchgeführt. Drei Jahre nach Rehabilitationseende werden sie nochmals um Angaben zu psychosozialen Belastungen, zur Lebensqualität, zu beruflichen Aspekten und zu funktionellen urologischen Faktoren befragt. Auf diese Weise ist es möglich, ein genaueres Bild davon zu erhalten, wie sich die berufliche Rückkehr der Patienten auf lange Sicht gestaltet und ob eventuell erst nach einigen Jahren Barrieren auftreten, die zu Beginn der Erkrankung noch nicht problematisch gewesen sind.

7 Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Ahn, E., Cho, J., Shin, D. W., Park, B. W., Ahn, S. H., Noh, D.-Y., Nam, S. J., Lee, E. S., Yun, Y. H. (2009). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Research & Treatment*, 116(3), 609-616.
- Amir, Z., Neary, D., Luker, K., Amir, Z., Neary, D. & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 190-197.
- Apolone, G., Filiberti, A., Cifani, S., Ruggiata, R. & Mosconi, P. (1998). Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: A comparison with SF-36 Health Survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients. *Annals of Oncology*, 9, 549-557.
- Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martinez, E. & Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Quality of Life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psychooncology*, 11(3), 249-256.
- Beierlein, V., Morfeld, M., Bergelt, C., Bullinger, M. & Brähler, E. (2012). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Deutsche Normdaten aus einer repräsentativen schriftlichen Befragung. *Diagnostica*, 58(3), 145-153.
- Bergelt, C. (2002). *Individuelle Rehabilitationsziele in der stationären onkologischen Rehabilitation*. Regensburg: Roderer.
- Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Meissner, M., Meise, U., Ulrich, J., Otto, J., Berger, D. & Koch, U. (2008). Belastungsprofile von Inanspruchnehmern und Nicht-Inanspruchnehmern ambulanter bzw. stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *DRV-Schriften*, 77, 444-445.
- Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Rhee, M., Frühauf, S., Meise, U., Otto, J., Berger, D. & Koch, U. (2009). Prozess- und Ergebnisbewertung von InanspruchnehmerInnen ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. *DRV-Schriften*, 83, 389-391.
- Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V. & Koch, U. (2008). *Wirksamkeit der ambulanten onkologischen Rehabilitation. Unveröffentlichter Projektabschlussbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.
- Bergelt, C., Lehmann, C., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Meissner, M., Meise, U. (2007). Psychosoziale Belastung und Inanspruchnahme von onkologischer Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 72, 465-466.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.

- Borghede, G. S., M. (1996).** Measurement of quality of life in localized prostatic cancer patients treated with radiotherapy. Development of a prostate cancer-specific module supplementing the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5, 212-222.
- Böttcher, H. M., Steimann, M., Ullrich, A., Rotsch, M., Zurborn, K. H., Koch, U. & Bergelt, C. (2013).** Evaluation eines berufsbezogenen Konzepts im Rahmen der stationären onkologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 52(5), 329-336.
- Bouknight, R. R., Bradley, C. J. & Luo, Z. (2006).** Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 345-353.
- Bradley, C. J., Neumark, D., Luo, Z., Bednarek, H. L. & Schenk, M. (2005).** Employment outcomes of men treated for prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(13), 958-965.
- Bradley, C. J., Oberst, K. & Schenk, M. (2006).** Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psychooncology*, 15(8), 739-747.
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., House, A. (2010).** The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 371-378.
- Budde, H. G. & Keck, M. (2001).** Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 40(4), 208-216.
- Bührlen, B. & Jäckel, W. H. (2002).** Teilstationäre orthopädische Rehabilitation: Therapeutische Leistungen, Behandlungsergebnis und Kosten im Vergleich zur stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 41(2-3), 148-159.
- Bullinger, M. (1995).** German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1359-1366.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998).** *SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung.* Göttingen: Hogrefe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004).** Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/broschuere-med-reha.html> [letzter Zugriff: 22.02.2014].
- Bürger, W. & Deck, R. (2009).** SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 48(4), 211-221.
- Bürger, W., Deck, R., Raspe, H. & Koch, U. (2007).** "SIBAR"- Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation. *Entwicklung und Implementierungsmöglichkeiten eines generischen Screening-Instrumentes zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationleistungen. Abschlussbericht.* Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

- Bürger, W., Dietsche, S., Koch, U., Nischan, P. & Klosterhuis, H. (2004).** Ambulante Rehabilitation im Spiegel der Nutzer - Ergebnisse zur Qualität der Regelversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 43(2), 90-99.
- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M. & Koch, U. (2001).** Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation- Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 40, 217-225.
- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M. & Koch, U. (2002).** Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation - Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 41(2-3), 92-102.
- Cohen, J. (1988).** *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Cooper, A. F., Hankins, M., Rixon, L., Eaton, E. & Grunfeld, E. A. (2013).** Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psychooncology*, 22(3), 659-667.
- Degner, L. F., Hack, T., O'Neil, J. & Kristjanson, L. J. (2003).** A new approach to eliciting meaning in the context of breast cancer. *Cancer Nursing*, 26(3), 169-178.
- Delbrück, H. (1998).** Rehabilitation bei onkologischen Krankheitsbildern. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (S. 467-534). München: Urban & Schwarzenberg.
- Deutsche Fatigue Gesellschaft. (2004).** Nur jeder zweiten Patientin mit Brustkrebs gelingt vollständige berufliche Reintegration. *Onkologie*, 27(6), 594-595.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2013a).** Abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation. *Rentenversicherung in Zeitreihen*, 225-242.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2013b).** *Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/331538/publicationFile/63816/rehaberi cht_2013.pdf;jsessionid=E20929692A36F8585F56A774C6610D3C.cae04 [letzter Zugriff: 22.02.2014].
- Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011).** Krankenstand der Pflichtmitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt (in Prozent). Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=43568984&p_sprache=D (letzter Zugriff: 22.02.2014).
- Drolet, M., Maunsell, E., Brisson, J., Brisson, C., Masse, B. & Deschenes, L. (2005).** Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), 8305-8312.
- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005).** Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 48(12), 1330-1337.

- Feuerstein, M., Todd, B. L., Moskowitz, M. C., Bruns, G. L., Stoler, M. R., Nassif, T. & Yu, X. (2010).** Work in cancer survivors: a model for practice and research. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 415-437.
- Field, A. (2005).** *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Gudbergsson, S. B., Fossa, S. D., Borgeraas, E. & Dahl, A. A. (2006).** A comparative study of living conditions in cancer patients who have returned to work after curative treatment. *Supportive Care in Cancer*, 14(10), 1020-1029.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000).** Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 12(1-10).
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. & Bengel, J. (2001).** Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 40(1), 3-11.
- Hanson, E. K., Schaufeli, W., Vrijkotte, T., Plomp, N. H. & Godaert, G. L. (2000).** The validity and reliability of the Dutch Effort-Reward Imbalance Questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 142-155.
- Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijzen, B., Loge, J. H., Rautalathi, M., Smaradottir, A. & Johansen, C.. (2011).** Cancer rehabilitation: a Nordic and European perspective. *Acta Oncologica*, 50, 179-186.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000).** Questions on life satisfaction (FLZ)- a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 150-159.
- Hensel, M., Egerer, G., Schneeweiss, A., Goldschmidt, H. & Ho, A. D. (2002).** Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation. *Annals of Oncology*, 13(2), 209-217.
- Herdt, J., Schäfer, H., Geigges, W. & Herrmann, J. M. (1996).** Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes - Erste Ergebnisse zu Veränderungsprozessen. *DRV-Schriften*, 6, 264-265.
- Hermann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995).** *HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin.* (Band 1). Bern: Huber.
- Herrmann, C. (1997).** International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2001).** Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung: Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(5), 193-200.
- Hoffmann, B. (2005).** Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55, 271-280.
- Kaasa, S., Bjordal, K., Aaronson, N. K., Moum, T., Wist, E., Hagen, S. & Kvistad, A. (1995).** The EORTC Core Quality of Life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *European Journal of Cancer*, 31A, 2260-2263.

- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F. & Pryce, J. (2007).** Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(1), 17-25.
- Koch, U., Aßmann, P., Heckl, U. & Becker, S. (1995).** *Expertise "Krebsrehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland"*. Frankfurt/Main.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Koch, U., Gundelach, C., Tiemann, F. & Mehnert, A. (2000).** Teilstationäre onkologische Rehabilitation - Ergebnisse eines Modellprojekts. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 39, 363-372.
- Krischke, N., Niebrügge, S. & Petermann, F. (1996).** Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung der Lebensqualität, Programmerwartung und -beurteilung von Krebspatienten. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 35, 186-193.
- Kudielka, B. M., von Känel, R., Gander, M.-L. & Fischer, J. E. (2004).** Effort-reward imbalance, overcommitment and sleep in a working population. *Work & Stress*, 18(2), 167-178.
- Kyrdalen, A. E., Dahl, A. A., Hernes, E., Smastuen, M. C. & Fossa, S. D. (2013).** A national study of adverse effects and global quality of life among candidates for curative treatment for prostate cancer. *BJU International*, 111(2), 221-232.
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2013).** Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 267-274.
- Main, D. S., Nowels, C. T., Cavender, T. A., Etschmaier, M. & Steiner, J. F. (2005).** A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psychooncology*, 14, 992-1004.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S. & Fraser, A. (1999).** Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology*, 8(6), 467-473.
- Mehnert, A. (2011).** Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 77, 109-130.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2012).** Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation - a prospective study. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 39, 76-87.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006).** Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(6), 213-223.
- Merkesdal, S., Bernitt, K., Bräuer, W., Wilkens, G., Fechner, M. & Mau, W. (1999).** Vergleichende zielorientierte Ergebnismessung teilstationärer und stationärer orthopädischer Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 12, 23-24.
- Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J. & Mau, W. (2004).** Gegenüberstellung der Krankheitskosten im Jahr vor und nach stationärer und ambulanter Rehabilitation bei Personen mit Dorsopathien. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 43(2), 83-89.

- Meyer, T., Deck, R. & Raspe, H. (2008).** FBR-Z: Fragen zur Patientenzufriedenheit aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation – Somatische Indikationen. In J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (Reihe Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 5)* (pp. 252-254). Göttingen: Hogrefe.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. (2008).** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry, 7, 4.*
- Mistakidou, K., Tsilka, E., Parpa, E., Kalaidopoulou, O., Smyrniotis, V. & Vlahos, L. (2001).** The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30, Version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in a hellenic sample. *International Journal of Cancer, 94, 135-139.*
- Mitchell, A. J. (2007).** Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology, 25(29), 4670-4681.*
- Mittag, O., Kolenda, K. D., Nordman, K. J., Bernien, J. & Maurischat, C. (2001).** Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Social Science & Medicine, 52(9), 1441-1450.*
- Morfeld, M., Hofreuter, K., Möller, J. U., Fox, M., Höder, J. H., Hintze, R., Arlt, A. C., Wessinghage, T. & Koch, U. (2006).** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bei Patienten nach erster Bandscheiben Operation und die Rückkehr zur Arbeit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 27(3), 338-362.*
- Munir, F., Yarker, J. & McDermott, H. (2009).** Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational Medicine, 59(6), 381-389.*
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. A. (2001).** Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry, 179, 540-544.*
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2003).** Distress management clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 1(344-374).*
- Nübling, R., Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Fuchs, S., Hafen, K., Töns, N. & Bengel, J. (2005).** Normierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. PAREMO. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Oberst, K., Bradley, C. J., Gardiner, J. C., Schenk, M. & Given, C. W. (2010).** Work task disability in employed breast and prostate cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship, 4(4), 322-330.*
- Osoba, D., Zee, B., Pater, J., Waif, D., Kaizer, L. & Latreille, J. (1994).** Psychometric properties and responsiveness of the EORTC Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Quality of Life Research, 3, 353-364.*

- Otto, U. & Dombo, O. (2002).** Patienten mit Prostatacarcinom. In Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Stationäre Rehabilitation bei Mamma-, Magen- und Prostatacarcinom* (S. 85-138). Regensburg: Roderer.
- Petermann, F. (2000).** Prozessevaluation und Verlaufsanalysen. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 347-359). Berlin: Springer.
- Petermann, F. (2002).** Veränderungen in klinisch-psychologischen Kennwerten. In Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Stationäre Rehabilitation bei Mamma-, Magen- und Prostatacarcinom* (S. 163-193). Regensburg: Roderer.
- Rasmussen, D. M. & Elverdam, B. (2008).** The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psychooncology*, 17(12), 1232-1238.
- Ratcliff, C. G., Cohen, L., Pettaway, C. A. & Parker, P. A. (2013).** Treatment regret and quality of life following radical prostatectomy. *Supportive Care in Cancer*, 21(12), 3337-3343.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2013).** *Krebs in Deutschland 2009/2010. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.* (Ausgabe 9). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A. & Brähler, E. (2004).** Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25(4), 227-238.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. & Holland, J. C. (1998).** Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2001).** Coping with professional demands: A new diagnostic approach. In K.W. Kallus, N. Posthumus & P. Jimenez (Hrsg.), *Current psychological research in Austria* (S. 145–149). Graz: Akademische Druck- und Verlagsanstalt.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2006).** *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)* (Ausgabe 3). Frankfurt/ M.: Harcourt Test Services GmbH.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2011).** AVEM- Work-related behaviour and experience patterns. In Schuhfried-GmbH (Hrsg.), *Vienna Test System- Psychological assessment*. Mödling: Paul Gerin Druckerei.
- Schwarz, R. & Hinz, A. (2001).** Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *European Journal of Cancer*, 37(11), 1345-1351.
- Schwiersch, M., Stepien, J. & Schröck, R. (1994).** Veränderungen der Lebensqualität von Tumorpatientinnen und -patienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. Die psychosoziale Situation zu Beginn und am Ende eines stationären Heilverfahrens sowie ein Jahr danach. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 28, 230-240.

- Short, P. F., Vasey, J. J. & Tunceli, K. (2005).** Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*, 103(6), 1292-1301.
- Siegrist, J. (1996).** Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004).** The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A. & Verbeek, J. H. (2002).** Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*, 11(2), 124-131.
- Spelten, E. R., Verbeek, J. H. A. M., Uitterhoeve, A. L. J., Ansink, A. C., Van Der Lelie, J., De Reijke, T. M., Kammeijer, M., de Haes, J. C. & Sprangers, M. A. (2003).** Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, 39(11), 1562-1567.
- Steineck, G., Helgesen, F., Adolfsson, J., Dickman, P. W., Johansson, J. E., Norlen, B. J. & Holmberg, L. (2002).** Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *New England Journal of Medicine*, 347(11), 790-796.
- Taskila, T., Martikainen, R., Hietanen, P. & Lindbohm, M. L. (2007).** Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *European Journal of Cancer*, 43(5), 914-920.
- Teichmann, J. V. (2002).** Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 41, 53-63.
- Theissing, J., Lepthin, H.-J. & Mittag, O. (2005).** Veränderung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit im Verlauf der stationären Rehabilitation. Eine Untersuchung an 180 orthopädischen Patienten. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 44, 75-81.
- Thies, S., Lehmann, C., Kriz, D., Nübling, R. & Mehnert, A. (2008).** Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20) - Testtheoretische Überprüfung und Validierung an einer Stichprobe von Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 47(5), 308-318.
- Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A. A., Fossa, S. D. & Flotten, T. (2011).** Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6), 33-42.
- Uhlemann, T. & Biskup, M. (1998).** Medizinische, funktionelle und psychosoziale Rehabilitation. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs* (S. 291-308). Stuttgart: Schattauer.
- Ullrich, A., Böttcher, H. M. & Bergelt, C. (2012).** Geschlechtsspezifische Aspekte der Rückkehr zur Arbeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung. Ein systematisches Review. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(4), 516-532.

- van Andel, G., Bottomley, A., Fossa, S. D., Efficace, F., Coens, C., Guerif, S., Kynaston, H., Gontero, P., Thalmann, G., Akdas, A., D'Haese, S. & Aaronson, N. K. (2008).** An international field study of the EORTC QLQ-PR25: a questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *European Journal of Cancer*, 44(16), 2418-2424.
- van Muijen, P., Weevers, N. L., Snels, I. A., Duijts, S. F., Bruinvels, D. J., Schellart, A. J. & van der Beek, A. J. (2013).** Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 144-160.
- vom Orde, A., Schott, T. & Iseringhausen, O. (2002).** Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen - Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, 41, 119-129.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. & Gandek, B. (1999).** *How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln: RI: QualityMetric Incorporated.
- Weis, J., Bartsch, H.-H. & Erbacher, G. (1996).** Rehabilitationsbedürftigkeit und Erfolgsbeurteilung in der stationären onkologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 6, 327-328.
- WHO. (1946).** Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 36, 1315-1323.
- Wilt, T. J., MacDonald, R., Rutks, I., Shamliyan, T. A., Taylor, B. C. & Kane, R. L. (2008).** Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 435-448.
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999).** Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 61(2), S178-183.
- Chang, Y.-U., Liang, W.-M., Wu, H.-C., Lin, H.-C., Wang, J.-Y., Li, T.-C., Yeh, Y.-C. & Chang, C.-H. (2012).** Psychometric evaluation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-PR25 for HRQOL assessment in prostate cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 96.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983).** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anhang A

**Arztfragebogen zum ersten
und zweiten Messzeitpunkt
(T1 und T2)**

Prostata-Karzinom

Funktionsbogen

Code-Nummer:

- Bitte unbedingt vollständig ausfüllen! -

	1. Messung (Beginn Reha)	2. Messung (Ende Reha)
Erhebungsdatum:	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Alter des Patienten: _____ Jahre

Art der Rehabilitationsmaßnahme: AHB / AR Erstes Heilverfahren
 (in Bezug auf den Tumor)

Durchführung: ambulant stationär

A1 Primärdiagnose

ICD-10-Code: C

Datum der Erstdiagnose (histologische Sicherung / Biopsie)
 Monat Jahr

TNM-Schlüssel (pathologisch)
 T: N: () cM:

Resektion R0 R1 RX

Gleason-Score + =

A2 Primärtherapie

Operation: Datum: Tag Monat Jahr

retropubisch
 perineal
 endoskopisch
 roboter-assistiert (DaVinci)

Nerverhaltung (Brief): einseitig beidseitig nein nicht zu ermitteln

Antihormonelle Therapie: neoadjuvant adjuvant keine

Strahlentherapie: Zeitraum: von: Tag Monat Jahr bis: Tag Monat Jahr

ja nein geplant noch nicht bekannt

A3 Therapiebedingte Einschränkungen

Schmerzen im Narbenbereich
 Defäkationsstörungen
 Ermüdbarkeit
 Allgemeine psychische Belastung
 Probleme bei der Krankheitsverarbeitung
 Sonstiges: _____

Prostata-Karzinom

Funktionsbogen

A4 Begleiterkrankungen (behandlungspflichtig und relevant für Erwerbsfähigkeit):			
ICD-10:			
<input type="radio"/> Kardiovaskulär	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Diabetes:	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Insulin			
<input type="radio"/> diätetisch			
<input type="radio"/> medikamentös			
<input type="radio"/> Neurologisch	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Orthopädisch	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Psychiatrisch	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Sonstige: _____	_____	_____	_____

A5 Karnofsky-Index*	1. Messung (Beginn Reha)	2. Messung (Ende Reha)
	<input style="width: 40px;" type="text"/> %	<input style="width: 40px;" type="text"/> %

A6 PSA-Werte	1. Messung (Beginn Reha)	2. Messung (Ende Reha)
	Datum: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Datum: <input style="width: 40px;" type="text"/>
vor der OP	Beginn Reha	Ende Reha
PSA-Wert _____	_____	_____

A7 Komplizierende Faktoren	1. Messung (Beginn Reha)		2. Messung (Ende Reha)		
Katheterversorgung	<input type="radio"/> ja, suprapubisch	<input type="radio"/> ja, transurethral	<input type="radio"/> ja, suprapubisch	<input type="radio"/> ja, transurethral	<input type="radio"/> nein
	zu Beginn vorliegend?		im Verlauf aufgetreten?	Bei Entlassung vorliegend?	
Harnwegsinfekt/Fieber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wundheilungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
sekundäres Lymphödem	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lymphozele/Drainage	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Obstruktion/Harnverhalt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Thrombose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

* Legende	Karnofsky-Index
	100%: Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung
	90%: Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome
	80%: Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome
	70%: Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit
	60%: Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehende Selbstversorgung
	50%: Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich
	40%: Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich
	30%: Dauernd bettlägerig, evtl. Krankenhauseinweisung, jedoch keine akute Lebensgefahr
	20%: Schwerkrank, aktive unterstützende Therapie, evtl. Krankenhauseinweisung
	10%: Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung

Prostata-Karzinom

Funktionsbogen

A8 Diagnostik / Therapie	auszufüllen am Ende der Reha							
Urodynamik	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
Zystoskopie (videoassiiert)	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
Anticholinergikum	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
Yentreve®	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
Instillation (Cocktail)	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
IOU/Bougierung	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					
Elektrostimulation	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein					

A9 Miktionsverhalten	1. Messung (Beginn Reha)				2. Messung (Ende Reha)			
	0	I	II	III	0	I	II	III
Inkontinenzgrad*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uroflow-Volumen (gesamt)	_____ ml				_____ ml			
maximaler Flow (peak)	_____ ml/s				_____ ml/s			
mittlerer Flow (mean)	_____ ml/s				_____ ml/s			
Restharn	_____ ml				_____ ml			
	tagsüber		nachts		tagsüber		nachts	
Miktionsfrequenz (MF)	_____		_____		_____		_____	
Vorlagenverbrauch	_____		_____		_____		_____	
PAD-Test (Urinverlust)	_____ g		_____ g		_____ g		_____ g	

A10 Erektionshilfen / Behandlung	1. Messung (Beginn Reha)			2. Messung (Ende Reha)		
<i>Art der Erektionshilfe:</i>						
SKAT (E1-5)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____
VES (Vakuum) (E1-5)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____
PDE-5-Inh. (E1-5)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	E-Status* _____
<input type="radio"/> als Schwellkörpertraining <input type="radio"/> on demand						

* Legende	Inkontinenzgrad nach Otto Grad 0: keine Inkontinenz Grad 1: nur am Nachmittag Grad 2: bereits am Vormittag Grad 3: auch in der Nacht	E-Status (Erektionsstatus) nach Porst E1 = keine Tumescenz E2 = leichte Tumescenz E3 = volle Tumescenz E4 = Rigidität, die für GV ausreichend ist E5 = Rigidität 100%
------------------	---	---

Anhang B

Deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte sexueller Funktionsparameter spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten (T1-T2)

Tab. B.1: Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (T1–T2) getrennt für Rehabilitanden der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=837)

Entwicklung des Erektionsstatus ohne Hilfsmittel (T1–T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests							
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B					
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p			
Erektionsstatus^C												
<i>Unterschicht</i>												
E1-E2	156	93.4	141	84.4	-3.470	.001	10.494	4	.033			
E3	5	3.0	13	7.8								
E4-E5	6	3.6	13	7.8								
<i>Mittelschicht</i>												
E1-E2	416	95.9	365	84.1	-6.664	<.001						
E3	6	1.4	44	10.1								
E4-E5	12	2.8	25	5.8								
<i>Oberschicht</i>												
E1-E2	212	94.2	176	78.2	-5.562	<.001						
E3	10	4.4	38	16.9								
E4-E5	3	1.3	11	4.9								

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionsstatus ohne Hilfsmittel“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^CErektionsstatus nach Porst: E1: keine Tumescenz, E2: leichte Tumescenz, E3: volle Tumescenz, E4: Rigidität, die für Geschlechtsverkehr ausreichend ist, E5: Rigidität 100%; ^DChi²-Test

Tab. B.2: Behandlung erektiler Dysfunktion bei Nerverhaltung (T2) getrennt für Rehabilitanden der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=482)

Behandlung erektiler Dysfunktion bei Nerverhaltung (T2)	Unterschicht (N=90 ^A)		Mittelschicht (N=237 ^A)		Oberschicht (N=149 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Art der Erektionshilfe									
SKAT	0	0.0	1	0.4	0	0.0	9.886	-	.238 ^B
VES	7	7.8	5	2.1	4	2.7			
PDE5-Inhibitor	49	54.4	140	59.1	83	55.7			
PDE5-Inhibitor und SKAT/VES ^B	6	6.7	29	12.2	16	10.7			
keine Erektionshilfe	28	31.1	62	26.2	46	30.9			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt; ^BExakter Test nach Fisher

Tab. B.3: Einsatz des PDE5-Inhibitors (T2) getrennt für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=323)

Einsatzart des PDE5-Inhibitors (T2)	Unterschicht (N=55 ^A)		Mittelschicht (N=169 ^A)		Oberschicht (N=99 ^A)		X ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
PDE5-Inhibitor Einsatz									
als Schwellkörper-training	11	20.0	50	29.8	31	32.6	2.823	2	.244 ^A
on demand	44	80.0	118	70.2	64	67.4			

^Anur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten), (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T2; ^BChi²-Test

Tab. B.4: Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren (T1-T2) getrennt für Rehabilitanden der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=323)

Entwicklung des Erektionsstatus unter Einsatz von PDE5-Inhibitoren (T1-T2)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests				
	T1		T2		Wilcoxon ^A (T1-T2)		X ² (T2) ^B		
	n	%	n	%	Z	p	X ²	df	p
Erektionsstatus^C									
<i>Unterschicht^D</i>							3.535	4	.473 ^E
E1-E2	3	100.0	23	42.6	-6.147	<.001			
E3	0	0.0	16	29.6					
E4-E5	0	0.0	15	27.8					
<i>Mittelschicht^D</i>									
E1-E2	11	100.0	65	38.7	-10.627	<.001			
E3	0	0.0	52	31.0					
E4-E5	0	0.0	51	30.4					
<i>Oberschicht^D</i>									
E1-E2	9	81.8	29	29.3	-7.594	<.001			
E3	2	18.2	34	34.3					
E4-E5	0	0.0	36	36.4					

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während der Rehabilitation (nur Patienten, zu denen für die Variable „Erektionsstatus bei Einsatz von Hilfsmitteln“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal zum Entlassungszeitpunkt; ^CErektionsstatus nach Porst: E1=keine Tumescenz, E2=leichte Tumescenz, E3=volle Tumescenz, E4=Rigidität, die ausreichend für GV ist; E5=100% Rigidität; ^Dnur Patienten mit (i) prä-OP Erektionsstatus nach Porst (ohne Hilfsmittel): E4 (= Rigidität, die ausreichend für GV ist) oder E5 (= Rigidität 100%), (ii) Behandlungswunsch der erektilen Dysfunktion (ja/abwarten) und (iii) ein- oder zweiseitigem Nerverhalt und (iv) Behandlung der erektilen Dysfunktion mit einem PDE5-Inhibitor zu T1 bzw. zu T2; ^EChi²-Test

Vergleich der EORTC QLQ-C30-Werte mit denen einer männlichen Bevölkerungsstichprobe

Tab. B.5: Globale Lebensqualität und Funktionsskalen des EORTC QLQ-C30, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=889, Schwarz & Hinz, 2001) (T1)

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30)	df	T	p^A	d^B
Globale Lebensqualität	836	-27.887	<.001	-0.9
Körperliche Funktion	834	-29.116	<.001	-1.1
Rollenfunktion	832	-42.799	<.001	-1.8
Emotionale Funktion	832	-21.251	<.001	-0.8
Kognitive Funktion	833	-18.004	<.001	-0.8
Soziale Funktion	836	-37.973	<.001	-1.6

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Tab. B.6: Symptomskalen des EORTC QLQ-C30, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=889, Schwarz & Hinz, 2001) (T1)

Symptomskalen (EORTC QLQ-C30)	df	T	p^A	d^B
Fatigue	832	32.012	<.001	1.6
Übelkeit	833	1.961	.050	0.1
Schmerzen	833	22.629	<.001	0.9
Atemnot	827	12.150	<.001	0.5
Schlaflosigkeit	833	19.618	<.001	0.8
Appetitlosigkeit	832	11.057	<.001	0.5
Verstopfung	831	12.916	<.001	0.6
Durchfall	830	7.304	<.001	0.3
Finanzielle Probleme	832	16.607	<.001	0.7

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Vergleich der EORTC PR25-Werte mit denen einer männlichen Bevölkerungsstichprobe

Tab. B.7: Funktionsskalen des EORTC QLQ-PR25, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=509, van Andel et al., 2008) (T1)

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-PR25)	df	T	p ^A	d ^B
Sexuelle Aktivität	831	6.855	<.001	0.3
Sexualfunktion	352	6.054	<.001	0.3

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Tab. B.8: Symptomskalen des EORTC QLQ-PR25, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-PR25 (N=509, van Andel et al., 2008) (T1)

Symptomskalen (EORTC QLQ-PR25)	df	T	p ^A	d ^B
Urininkontinenz	833	32.694	<.001	1.2
Darmsymptome	828	8.432	<.001	0.3
Behandlungsbedingte Symptome	834	6.410	<.001	0.2
Inkontinenzhilfen	604	14.858	<.001	0.7

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Vergleich der SF8-Werte mit denen einer männlichen Bevölkerungsstichprobe

Tab. B.9: Generische Lebensqualität- Subskalen und Summenskalen des SF8, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe des SF8 (N=1237, Beierlein et al., 2012) (T1)

Generische Lebensqualität (SF8)	df	T	p ^A	d ^B
Subskalen				
Körperliche Funktionsfähigkeit	835	-33.301	<.001	-1.2
Körperliche Rollenfunktion	831	-45.602	<.001	-1.6
Körperliche Schmerzen	836	-20.267	<.001	-0.7
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	833	-34.901	<.001	-1.2
Vitalität	836	-32.367	<.001	-1.1
Soziale Funktionsfähigkeit	833	-17.543	<.001	-0.6
Emotionale Rollenfunktion	809	-31.451	<.001	-1.1
Psychisches Wohlbefinden	832	-20.151	<.001	-0.7
Summenskalen				
Körperliche Gesundheit	804	-41.916	<.001	-1.5
Psychische Gesundheit	804	-23.501	<.001	-0.8

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Vergleich der AVEM-Werte mit einer männlichen Bevölkerungsstichprobe

Tab. B.10: AVEM-Skalen „Berufliches Engagement“, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636, Schaarschmidt & Fischer, 2006) (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	T	p ^A	d ^B
Berufliches Engagement				
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	810	-1.154	.249	--
Beruflicher Ehrgeiz	800	-15.338	<.001	-0.5
Verausgabungsbereitschaft	801	-7.716	<.001	-0.3
Perfektionsstreben	809	-1.476	.140	--
Distanzierungsfähigkeit	818	7.265	<.001	0.3

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Tab. B.11: AVEM-Skalen „Widerstandskraft“, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636, Schaarschmidt & Fischer, 2006) (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	T	p ^A	d ^B
Widerstandskraft				
Resignationstendenz bei Misserfolgen	812	1.049	.294	--
Offensive Problembewältigung	808	-2.705	.007	-0.1
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	808	-2.125	.034	-0.1

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Tab. B.12: AVEM-Skalen „Emotionen und Wohlbefinden“, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer männlichen Bevölkerungsstichprobe (N=1636, Schaarschmidt & Fischer, 2006) (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	T	p ^A	d ^B
Emotionen und Wohlbefinden				
Erfolgserleben im Beruf	803	4.319	<.001	0.2
Lebenszufriedenheit	809	5.070	<.001	0.2
Erleben sozialer Unterstützung	799	8.531	<.001	0.3

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Vergleich der ERI-Werte mit denen Bevölkerungsstichprobe

Tab. B.13: ERI-Skalen, T-Tests zwischen der Gesamtstichprobe (N=837) und einer Bevölkerungsstichprobe (N=709, Kudielka et al., 2004) (T1)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)	df	T	p^A	d^B
Verausgabung	3.834	828	<.001	0.1
Belohnung	12.222	788	<.001	0.4
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft	-2.630	825	.009	-0.1

^AT-Test, ^BEffektstärke Cohen's d

Deskriptive und inferenzstatistische Kennwerte arbeitsbezogener Merkmale spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten (T1-T3)

Tab. B.14: Zeit bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit für ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrte Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (T3) (N=618)

Zeit bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ^A	Unterschicht (N=108)			Mittelschicht (N=294)			Oberschicht (N=154)			F	df	p ^B
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
Zeit in Wochen	108	14.7	12.3	294	12.4	12.2	154	8.3	12.6	9.623	2	<.001

^AZeit zwischen Entlassdatum (Reha-Entlassbericht) und Datum der Rückkehr zur Arbeit; ^BANOVA

Tab. B.15: Dauer der beruflichen Rückkehr für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (T3) (N=618)

Dauer der beruflichen Rückkehr (T3)	Unterschicht (N=116)		Mittelschicht (N=321)		Oberschicht (N=171)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
innerhalb eines Monats	36	31.0	137	42.7	121	70.8	52.450	2	<.001
nach mehr als einem Monat	80	69.0	184	57.3	50	29.2			

^AChi²-Test

Tab. B.16: Art der beruflichen Rückkehr für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (T3) (N=618)

Art der beruflichen Rückkehr (T3)	Unterschicht (N=116)		Mittelschicht (N=321)		Oberschicht (N=171)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
ohne stufenweise Wiedereingliederung	68	58.6	198	61.7	123	71.9	6.871	2	.032
mit stufenweiser Wiedereingliederung	48	41.4	123	38.3	48	28.1			

^AChi²-Test

Tab. B.17: Veränderung der beruflichen Tätigkeit für ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrte Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (T3) (N=618)

Veränderung der beruflichen Tätigkeit (T3)	Unterschicht (N=116)		Mittelschicht (N=323)		Oberschicht (N=172)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
gewohnte Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	110	94.8	293	90.7	167	97.1	13.535		.021
andere Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	4	3.4	18	5.6	0	0.0			
neuer Arbeitsplatz mit ähnlichen oder anderen Tätigkeiten	1	0.9	7	2.2	3	1.7			
sonstiges	1	0.9	5	1.5	2	1.2			

^AExakter Test nach Fisher

Tab. B.18: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Rehabilitation (T1) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) bei zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=711)

Entwicklung der subjektiven Leistungsfähigkeit (T1–T3)	Messzeitpunkte				Nonparametrische Tests							
	T1		T3		Wilcoxon ^A (T1-T3)		χ ² (T3) ^B					
	n	%	n	%	Z	p	χ ²	df	p ^C			
<i>Unterschicht</i>												
voll leistungsfähig	10	7.9	39	31.0	-7.091	<.001	40.786	--	<.001			
eingeschränkt leistungsfähig	71	56.3	82	65.1								
gar nicht leistungsfähig	45	35.7	5	4.0								
<i>Mittelschicht</i>												
voll leistungsfähig	42	11.9	173	49.0	-11.524	<.001						
eingeschränkt leistungsfähig	230	65.2	168	47.6								
gar nicht leistungsfähig	81	22.9	12	3.4								
<i>Oberschicht</i>												
voll leistungsfähig	27	14.8	122	67.0	-9.682	<.001						
eingeschränkt leistungsfähig	131	72.0	58	31.9								
gar nicht leistungsfähig	24	13.2	2	1.1								

^APrüft innerhalb der Untersuchungsgruppen auf signifikante Veränderungen während des Katamnesezeitraums (nur Patienten, zu denen für die Variable „subjektive Leistungsfähigkeit“ Angaben zu beiden Messzeitpunkten vorliegen); ^Bprüft zwischen den Untersuchungsgruppen auf Unterschiede im Merkmal ein Jahr nach Rehabilitation; ^CExakter Test nach Fisher

Tab. B.19: Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrten Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (T3) (N=618)

Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten (T3)	Unterschicht (N=116)		Mittelschicht (N=322)		Oberschicht (N=172)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Aktuelle Krankschreibung									
aktuell nicht krankgeschrieben	108	93.1	304	94.4	164	95.3			
0-5 Wochen	8	6.9	7	2.2	3	1.7	11.138	--	.048
6-25 Wochen	0	0.0	8	2.5	5	2.9			
25-52 Wochen	0	0.0	3	0.9	0	0.0			
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten									
gar nicht krankgeschrieben	35	30.2	131	40.8	92	53.5			
0-5 Wochen	41	35.3	106	33.0	54	31.4	23.651	6	.001
6-25 Wochen	28	24.1	65	20.2	23	13.4			
25-52 Wochen	12	10.3	19	5.9	3	1.7			

^AExakter Test nach Fisher

Tab. B.20 Antrag auf Erwerbsminderungsrente im Katamnesezeitraum (T3) bei zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=711)

	Unterschicht (N=127)		Mittelschicht (N=343)		Oberschicht (N=185)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
Rentantrag beabsichtigt (Erwerbsminderungsrente)									
ja	35	27.6	82	23.9	28	15.1			
nein	88	69.3	240	70.0	147	79.5	9.522	4	.049
bereits Antrag gestellt	4	3.1	21	6.1	10	5.4			

^AChi²-Test

Tab. B.21: Zugesprochener Grad der Behinderung bei Erhalt eines Schwerbehindertenausweises (T3) bei zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht (N=662)

Grad der Behinderung	Unterschicht (N=126)		Mittelschicht (N=341)		Oberschicht (N=179)		X ²	df	p ^A
	n	%	n	%	n	%			
50 oder weniger	58	46.0	154	45.2	109	60.9			
60	23	18.3	57	16.7	24	13.4	14.59	6	.024
70	12	9.5	24	7.0	8	4.5	1		
80 und mehr	33	23.6	106	31.1	38	21.2			

^AChi²-Test

Deskriptive Statistiken der EORTC QLQ-C30 Werte spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten von T1 bis T3

Tab. B.22: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen körperliche Funktion, Rollenfunktion und Soziale Funktion (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Globale Lebensqualität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	116	51.3	21.2	116	63.0	18.0	116	62.6	21.9
	Mittelschicht	324	53.7	20.4	324	65.5	17.5	324	68.1	19.4
	Oberschicht	172	53.3	20.6	172	68.6	17.2	172	72.4	20.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	23	49.3	20.1	23	59.8	17.9	23	58.0	23.0
	Mittelschicht	47	45.7	24.4	47	62.2	20.5	47	59.4	25.3
	Oberschicht	21	50.0	22.3	21	65.9	18.0	21	63.9	24.2
Gesamt	Unterschicht	139	51.0	21.0	139	62.5	18.0	139	61.8	22.1
	Mittelschicht	371	52.7	21.1	371	65.0	17.9	371	67.0	20.4
	Oberschicht	193	53.0	20.5	193	68.3	17.2	193	71.5	21.0
Körperliche Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	115	70.7	19.9	115	73.0	17.0	115	84.1	14.0
	Mittelschicht	323	72.6	18.3	323	75.6	16.2	323	86.4	14.3
	Oberschicht	171	74.8	20.1	171	78.4	17.7	171	90.9	12.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	22	66.7	21.8	22	70.3	18.6	22	78.8	17.9
	Mittelschicht	47	68.9	20.3	47	69.7	19.7	47	72.6	19.6
	Oberschicht	21	66.0	22.4	21	71.1	20.8	21	80.0	18.9
Gesamt	Unterschicht	137	70.0	20.2	137	72.6	17.2	137	83.3	14.8
	Mittelschicht	370	72.1	18.5	370	74.9	16.8	370	84.7	15.8
	Oberschicht	192	73.9	20.5	192	77.6	18.2	192	89.7	15.2
Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	114	43.9	35.9	114	52.2	31.7	114	66.5	26.4
	Mittelschicht	322	40.0	33.9	322	53.8	28.2	322	75.3	24.4
	Oberschicht	171	39.5	33.7	171	59.8	27.9	171	84.4	20.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	22	33.3	30.0	22	53.8	29.5	22	56.1	29.8
	Mittelschicht	47	37.2	33.7	47	52.5	24.6	47	53.9	33.4
	Oberschicht	21	39.7	30.0	21	58.7	28.7	21	75.4	22.7
Gesamt	Unterschicht	136	42.2	35.1	136	52.5	31.3	136	64.8	27.1
	Mittelschicht	369	39.6	33.8	369	53.7	27.8	369	72.5	26.6
	Oberschicht	192	39.5	31.5	192	59.7	27.9	192	83.4	20.9
Gesamt	Unterschicht	139	56.7	26.6	139	65.2	25.0	139	67.6	27.5
	Mittelschicht	371	54.2	28.2	371	68.8	23.2	371	72.0	26.6
	Oberschicht	193	56.3	28.8	193	69.8	25.0	193	79.2	23.3

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung Tab. B 22

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Soziale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	116	57.8	26.4	116	65.9	25.2	116	70.1	26.5
	Mittelschicht	324	55.2	27.6	324	69.1	22.4	324	73.0	25.3
	Oberschicht	172	56.4	28.8	172	69.9	25.1	172	79.4	23.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	23	51.4	27.5	23	61.6	24.3	23	55.1	29.5
	Mittelschicht	47	47.2	31.3	47	66.3	28.5	47	64.9	33.7
	Oberschicht	21	55.6	29.5	21	69.0	24.9	21	77.8	24.9
Gesamt	Unterschicht	139	56.7	26.6	139	65.2	25.0	139	67.6	27.5
	Mittelschicht	371	54.2	28.2	371	68.8	23.2	371	72.0	26.6
	Oberschicht	193	56.3	28.8	193	69.8	25.0	193	79.2	23.3

Deskriptive Statistiken der EORTC QLQ-PR25 Werte spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten von T1 bis T3

Tab. B.23: Deskriptive Statistik zur Urininkontinenz und Inkontinenzhilfen (EORTC QLQ-PR 25) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-PR25)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Symptomskalen										
Urininkontinenz^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	116	48.0	20.0	116	35.8	18.3	116	28.7	19.5
	Mittelschicht	321	44.3	19.4	321	32.4	17.4	321	24.8	18.3
	Oberschicht	171	46.5	21.3	171	30.6	17.8	171	20.1	18.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	22	48.1	18.8	22	40.0	20.7	22	32.9	21.0
	Mittelschicht	47	49.6	21.2	47	37.9	17.4	47	31.1	20.2
	Oberschicht	21	44.6	17.3	21	29.8	15.2	21	22.6	16.7
Gesamt	Unterschicht	138	48.0	19.7	138	36.4	18.7	138	29.4	19.7
	Mittelschicht	368	45.0	19.7	368	33.1	17.4	368	25.6	18.7
	Oberschicht	192	46.3	20.9	192	30.5	17.5	192	20.4	16.0
Inkontinenzhilfen^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	30	53.3	34.6	30	44.4	30.7	30	51.1	37.9
	Mittelschicht	86	51.6	35.3	86	45.0	33.4	86	40.3	35.8
	Oberschicht	32	42.7	31.9	32	43.8	28.6	32	22.9	21.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	5	46.7	44.7	5	66.7	33.3	5	60.0	36.5
	Mittelschicht	14	73.8	32.5	14	52.4	40.7	14	54.8	40.5
	Oberschicht	6	55.6	40.4	6	33.3	29.8	6	22.2	38.6
Gesamt	Unterschicht	35	52.4	35.5	35	47.6	31.6	35	52.4	37.3
	Mittelschicht	100	54.7	35.6	100	46.0	34.4	100	42.3	36.7
	Oberschicht	38	44.7	33.1	38	42.1	28.7	38	22.8	22.1

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ maximale Einschränkung)

Deskriptive Statistiken der SF8 Werte spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten von T1 bis T3

Tab. B.24: Deskriptive Statistik zur generischen Lebensqualität bzw. den Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und der Summenskala Körperliche Gesundheit (SF8) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Generische Lebensqualität (SF8)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Funktionsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	114	40.6	7.7	114	42.5	7.7	114	45.7	6.9
	Mittelschicht	321	40.9	8.1	321	44.9	6.9	321	46.9	7.1
	Oberschicht	172	40.9	8.0	172	45.3	7.3	172	49.0	6.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	21	36.5	6.9	21	41.4	6.7	21	43.1	8.5
	Mittelschicht	47	38.6	8.8	47	42.6	7.1	47	42.8	8.1
	Oberschicht	21	38.9	7.6	21	41.8	7.7	21	44.8	9.0
Gesamt	Unterschicht	135	40.0	7.7	135	42.3	7.5	135	45.3	7.2
	Mittelschicht	368	40.6	8.2	368	44.6	7.0	368	46.4	7.3
	Oberschicht	193	40.7	8.0	193	44.3	7.3	193	48.6	6.8
Körperliche Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	102	34.6	9.0	102	39.0	9.5	102	44.7	7.2
	Mittelschicht	299	36.3	9.1	299	40.8	8.6	299	46.1	7.6
	Oberschicht	160	36.8	8.8	160	42.1	8.7	160	49.2	6.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	17	33.0	8.8	17	36.5	9.1	17	39.6	10.8
	Mittelschicht	43	34.4	9.9	43	38.8	9.4	43	40.6	9.9
	Oberschicht	20	33.5	7.6	20	40.8	8.7	20	45.1	9.8
Gesamt	Unterschicht	119	34.4	8.9	119	38.6	9.4	119	44.0	8.0
	Mittelschicht	342	36.0	9.2	342	40.5	8.7	342	45.4	8.1
	Oberschicht	180	36.5	8.7	180	42.0	8.2	180	48.7	7.1
Körperliche Schmerzen^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	114	47.7	9.1	114	51.7	8.2	114	53.6	8.3
	Mittelschicht	323	49.5	8.8	323	53.3	8.3	323	54.7	8.3
	Oberschicht	171	50.0	8.5	171	55.0	7.3	171	56.3	7.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	21	45.7	10.7	21	49.3	9.2	21	51.7	11.3
	Mittelschicht	47	48.3	10.5	47	52.1	9.3	47	52.1	10.0
	Oberschicht	21	47.0	8.4	21	51.3	9.5	21	54.2	8.5
Gesamt	Unterschicht	135	47.4	9.4	135	51.3	8.4	135	53.3	8.8
	Mittelschicht	370	49.4	9.0	370	53.2	8.4	370	54.4	8.6
	Oberschicht	192	49.7	8.5	192	54.6	7.6	192	54.7	8.4

^ASkala: je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität (Normbased Scores- standardisierte T-Werte basierend auf einer Normstichprobe (M=50, SD=10))

Fortsetzung Tab. B 24

Generische Lebensqualität (SF8)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Subskalen										
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	114	41.7	6.5	114	45.1	6.0	114	45.1	5.9
	Mittelschicht	321	42.6	5.9	321	46.2	5.1	321	46.0	6.3
	Oberschicht	169	42.8	5.8	169	46.5	5.7	169	47.7	6.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	21	39.8	6.7	21	42.6	5.5	21	42.7	5.8
	Mittelschicht	47	40.3	6.5	47	44.4	6.6	47	43.7	7.2
	Oberschicht	21	41.9	7.2	21	45.4	5.1	21	46.6	7.9
Gesamt	Unterschicht	135	41.4	6.6	135	44.7	6.0	135	44.7	5.9
	Mittelschicht	368	42.3	6.0	368	46.0	5.3	368	45.7	6.5
	Oberschicht	190	42.7	5.9	190	46.4	5.7	190	47.6	6.9
Summenskalen										
Körperliche Gesundheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	100	37.3	9.0	100	41.3	8.9	100	47.0	7.1
	Mittelschicht	275	39.3	9.2	275	44.1	8.1	275	48.4	8.3
	Oberschicht	149	39.2	8.5	149	45.3	8.1	149	51.5	7.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	15	33.0	8.9	15	38.1	7.5	15	41.2	11.5
	Mittelschicht	40	37.0	9.9	40	40.9	8.5	40	42.7	9.5
	Oberschicht	19	35.3	8.4	19	52.6	7.3	19	46.6	9.5
Gesamt	Unterschicht	115	36.7	9.0	115	40.9	8.8	115	46.2	8.0
	Mittelschicht	315	39.0	9.3	315	43.7	8.2	315	47.7	8.6
	Oberschicht	168	38.7	8.5	168	45.0	8.0	168	50.9	7.9

Deskriptive Statistiken der FLZM Werte spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten von T1 bis T3

Tab. B.25: Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen wie finanziellen Bereich (FLZM) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Lebenszufriedenheit (FLZ^M)		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	112	4.7	1.4	112	4.8	1.4	112	4.5	1.6
	Mittelschicht	320	5.0	1.6	320	5.0	1.5	320	4.6	1.7
	Oberschicht	167	5.4	1.3	167	5.4	1.4	167	5.1	1.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	17	3.9	1.6	17	4.4	1.5	17	3.6	2.1
	Mittelschicht	41	4.7	1.5	41	4.4	1.5	41	4.4	2.2
	Oberschicht	20	4.5	1.9	20	4.7	1.9	20	4.8	2.1
Gesamt	Unterschicht	129	4.6	1.5	129	4.7	1.4	129	4.4	1.7
	Mittelschicht	361	4.9	1.6	361	4.9	1.5	361	4.6	1.7
	Oberschicht	187	5.3	1.4	187	5.4	1.4	187	5.1	1.6
Finanzielle Lage^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	113	4.4	1.3	113	4.5	1.3	113	4.6	1.3
	Mittelschicht	320	5.0	1.4	320	5.0	1.3	320	5.0	1.3
	Oberschicht	168	5.6	1.2	168	5.4	1.4	168	5.5	1.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	21	4.6	1.6	21	4.6	1.5	21	4.2	1.6
	Mittelschicht	45	5.0	1.4	45	4.5	1.4	45	4.2	1.8
	Oberschicht	21	4.8	1.7	21	5.1	1.6	21	5.1	1.6
Gesamt	Unterschicht	134	4.4	1.4	134	4.5	1.3	134	4.5	1.3
	Mittelschicht	365	5.0	1.4	365	4.9	1.3	365	4.9	1.4
	Oberschicht	189	5.5	1.3	189	5.4	1.4	189	5.4	1.3

^ASkala 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“

Deskriptive Statistiken der AVEM Werte spezifiziert nach dem sozio-ökonomischen Status der Patienten von T1 bis T3

Tab. B.26: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Verausgabebereitschaft“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Verausgabebereitschaft^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	100	17.6	4.9	100	16.7	5.1	100	16.4	5.1
	Mittelschicht	298	17.4	5.1	298	16.8	4.8	298	16.5	4.8
	Oberschicht	166	18.1	4.9	166	17.5	4.7	166	17.5	4.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	14	18.3	2.7	14	17.1	2.0	14	15.2	3.0
	Mittelschicht	29	16.7	6.2	29	15.9	5.6	29	16.1	5.7
	Oberschicht	13	17.5	5.2	13	16.3	4.0	13	13.8	4.7
Gesamt	Unterschicht	114	17.7	4.7	114	16.7	4.8	114	16.3	4.9
	Mittelschicht	327	17.3	5.2	327	16.7	4.9	327	16.5	4.9
	Oberschicht	179	18.1	5.0	179	17.4	4.6	179	17.2	5.0

^A pro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Tab. B.27: Deskriptive Statistik der AVEM-Skalen „Resignationstendenz bei Misserfolg“ und „Offensive Problembewältigung“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) für Patienten der Unter-, Mittel- und Oberschicht sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=711)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Widerstandskraft										
Resignationstendenz bei Misserfolgen^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	109	14.4	4.2	109	14.0	4.1	109	14.4	4.3
	Mittelschicht	298	14.9	4.8	298	14.1	4.5	298	14.8	4.5
	Oberschicht	167	14.1	4.0	167	13.6	3.9	167	14.3	3.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	11	16.1	3.7	11	14.4	2.9	11	15.8	3.8
	Mittelschicht	29	15.5	5.4	29	15.0	4.8	29	16.2	5.6
	Oberschicht	12	12.8	3.4	12	13.6	3.8	12	14.0	4.0
Gesamt	Unterschicht	120	14.5	4.2	120	14.1	4.0	120	14.6	4.3
	Mittelschicht	327	15.0	4.9	327	14.2	4.5	327	14.9	4.6
	Oberschicht	179	14.0	4.0	179	13.6	3.9	179	14.3	3.7

^A pro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung Tab. B 27

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			Ende der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Widerstandskraft										
Offensive Problembewältigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	108	22.4	3.7	108	21.6	3.7	108	20.4	3.9
	Mittelschicht	305	22.0	3.4	305	21.8	3.6	305	21.0	3.4
	Oberschicht	164	22.5	3.5	164	22.4	3.5	164	21.9	3.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Unterschicht	12	20.5	3.8	12	19.5	3.7	12	19.3	3.7
	Mittelschicht	30	20.9	4.1	30	20.5	4.3	30	19.3	4.6
	Oberschicht	12	23.5	5.4	12	21.7	5.5	12	22.5	5.6
Gesamt	Unterschicht	120	22.2	3.7	120	21.4	3.7	120	20.3	3.9
	Mittelschicht	335	21.9	3.4	335	21.7	3.7	335	20.8	3.6
	Oberschicht	176	22.6	3.6	176	22.4	3.7	176	22.0	3.7

^A pro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)



Für Notizen: