



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Schleswig-Holstein e.V.**

**Evaluation eines berufsorientierten
Rehabilitationskonzeptes in der
stationären onkologischen
Rehabilitation**

**Leitung: C. Bergelt & U. Koch & M. Steimann
Projektmitarbeiterin: H. M. Böttcher**

Abschlussbericht

Oktober 2011

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Corinna Bergelt
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52, W26
20246 Hamburg

Tel.: 040 7410 54939
Fax: 040 7410 54940
E-mail: bergelt@uke.uni-hamburg.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation

- Projektabschlussbericht -

gefördert durch den

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg,
Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr)

Antragstellung

PD Dr. Corinna Bergelt

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie

Dr. Monika Steimann

Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade

Wissenschaftliche Bearbeitung

Dipl.-Psych. Hilke M. Böttcher

PD Dr. Corinna Bergelt

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie

Kooperationspartner und -kliniken

Dr. Monika Steimann, Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade

Prof. Dr. Karl-Heinz Zurborn, Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH, Ostseebad Ahrenshoop

Dr. Martin Rotsch, Reha-Klinik Schloss Schönhagen GmbH, Brodersby

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank.....	7
1 Zusammenfassung.....	9
2 Hintergrund des Projekts	11
3 Zielsetzung und Fragestellung	14
4 Methode.....	16
4.1 Studiendesign	16
4.2 Rekrutierung der Patienten	17
4.2.1 Beteiligte Einrichtungen.....	17
4.2.2 Ablauf der Befragung	18
4.2.3 Probleme bei der Rekrutierung	18
4.3 Interventionsmaßnahme	19
4.4 Variablen und Instrumente.....	23
4.4.1 Ärztliche Angaben (Arztfragebogen und Routedaten).....	24
4.4.2 Patientenangaben	25
4.4.3 Veränderungen im Katamnesezeitraum.....	35
4.4.4 Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit.....	35
4.5 Auswertungsstrategien	36
5 Stichprobe.....	37
5.1 Stichprobengröße.....	37
5.2 Stichprobenbeschreibung	39
6 Ergebnisse	44
6.1 Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1).....	44
6.1.1 Psychosoziale Situation	44
6.1.2 Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit.....	52
6.1.3 Berufliche Belastung und Bedarf an beruflichen Angeboten	56
6.1.4 Rehabilitationsmotivation und Erwartungen	69
6.1.5 Fazit zur Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)	73
6.1.6 Psychische Belastungen und berufliche Leistungseinschätzung in Abhängigkeit der Rehabilitationsart	75
6.1.7 Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit.....	82
6.1.8 Fazit der psychischen Belastungen und beruflichen Leistungseinschätzung in Abhängigkeit der Rehabilitationsart	83
6.2 Therapeutische Leistungen (KTL-Daten).....	85
6.2.1 Fazit.....	88
6.3 Ärztliche Angaben zur Erwerbsfähigkeit	89
6.3.1 Fazit zu den ärztlichen Angaben der Erwerbsfähigkeit.....	93

6.4	Nonresponderanalyse 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende.....	94
6.4.1	Nonresponderanalyse der Interventionsgruppe 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende.....	94
6.4.2	Nonresponderanalyse der Vergleichsgruppe 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende.....	100
6.5	Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht	106
6.5.1	Bewertung der Rehabilitationseffekte.....	106
6.5.2	Bewertung der Rehabilitationseinrichtung.....	109
6.5.3	Fazit der Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht	114
6.6	Veränderungen im Katamnesezeitraum	115
6.6.1	Veränderungen seit Rehabilitationsende	115
6.6.2	Gesundheitliche Situation im Katamnesezeitraum.....	119
6.6.3	Behandlungen seit Rehabilitationsende	122
6.6.4	Fazit zur Situation im Katamnesezeitraum.....	127
6.7	Effekte der Rehabilitation.....	128
6.7.1	Berufliche Situation über den Katamnesezeitraum hinweg	128
6.7.2	Rückkehr zur Arbeit nach der Rehabilitation.....	131
6.7.3	Entwicklung der psychosozialen Situation	138
6.7.4	Entwicklung der beruflichen Belastung	152
6.7.5	Berufliche Leistungsfähigkeit.....	182
6.7.6	Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückgekehrten Patienten ..	184
6.7.7	Rückkehr zur Arbeit unter Anwendung der Kriterien von Bürger et. al.	187
7	Diskussion	190
8	Literaturverzeichnis	201
	Anhang	206

Vorwort und Dank

Der vorliegende Bericht beschreibt die Durchführung und Ergebnisse des Projekts „Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation“ und wurde von dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr) finanziell gefördert. Das Projekt begann 2008 und wurde 2011 abgeschlossen.

Durch die Erhebung zu drei Messzeitpunkten bieten die vorliegenden Daten die Möglichkeit, die beruflichen Entwicklungen der Patienten längsschnittlich zu untersuchen. Die Stichprobe ist groß genug, um Subgruppenanalysen durchzuführen und Fragestellungen zu untersuchen, die über die a-priori aufgestellten Hypothesen hinausgehen. Dieser Arbeitsbericht gibt einen ausführlichen Überblick über die Datenlage und konzentriert sich in der Diskussion auf die Beantwortung der Fragestellungen. Weitere Erkenntnisse, die im Rahmen dieses Projekts entstehen, werden in Form von Publikationen aufbereitet.

Zunächst möchten wir unseren klinischen Kooperationspartnern Frau Dr. M. Steimann (Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade), Prof. Dr. K.-H. Zurborn (Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH, Ostseebad Ahrenshoop) und Dr. M. Rotsch (Reha-Klinik Schloss Schönhagen GmbH, Brodersby) für die Beteiligung am Projekt danken. Durch die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit ist es gelungen, eine bedeutsame Anzahl an Patienten zu rekrutieren!

Dabei ist vor allem der unermüdliche Einsatz der Ärztinnen und Ärzte in den beteiligten Kliniken hervorzuheben, die über ein Jahr lang Patientinnen und Patienten über die Studie aufgeklärt haben und von der Teilnahme überzeugen konnten. Für die organisatorische Unterstützung ist vor allem Frau M. Schiminski, Frau M. Prill, Frau E. Havenstein und Frau S. Wittig sowie deren Teams zu danken.

Als weiteren Ansprechpartnerinnen soll Frau E. Kampmann-Lüdtcke sowie Frau W. Joeres aus der Rehabilitationsklinik Lehmrade gedankt werden. So standen diese neben der Chefarztin Frau Dr. M. Steimann immer zur Verfügung, wenn bezüglich der Interventionsmaßnahme o. ä. Fragen bestanden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Bearbeitung des Projekts möchten wir J. Ernst und A. Ullrich sowie den studentischen Hilfskräften N. Link, M. Salm, L. Inhestern und W. Gärtner herzlich für die Unterstützung in den verschiedenen Phasen des Projekts danken.

Nicht zuletzt gilt unser Dank natürlich dem vffr für die Finanzierung des Projekts und all den Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen und auch über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg unsere Fragebögen zu beantworten.

Hamburg, Oktober 2011

PD Dr. Corinna Bergelt
Dipl.-Psych. Hilke M. Böttcher
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

1 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie stellt eine quasi-experimentelle Untersuchung dar, anhand derer systematisch eine berufsbezogene Interventionsmaßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation evaluiert wurde. Hintergrund war die Hypothese, dass Patienten¹, die eine berufsbezogene Interventionsmaßnahme erhalten im Vergleich zu Patienten einer Standardrehabilitation, nach der Rehabilitationsmaßnahme zu einem höheren Anteil wieder in den Beruf zurückkehren und den beruflichen Alltag besser meistern. Zu diesem Zweck wurden neben der Interventionsklinik (Reha-Klinik Lehmrade GmbH) zwei weitere Vergleichskliniken (Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH und Reha-Klinik Schloss Schönhagen GmbH) einbezogen. Die Patienten wurden zu drei Messzeitpunkten (zu Beginn der Rehabilitation, ein halbes Jahr und ein Jahr nach Rehabilitationsende) zu ihrer beruflichen Situation befragt sowie zu psychosozialen (Lebensqualität, Belastung etc.) und weiteren beruflichen Parametern (Umgang mit beruflichen Belastungen, beruflicher Stress, Arbeitszufriedenheit etc.).

Die Stichprobe setzte sich zum ersten Messzeitpunkt (Beginn der Rehabilitation) aus insgesamt 477 Krebspatienten zusammen. Insgesamt sind 73% der Stichprobe Frauen. Ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation nahmen noch 390 Patienten teil (82% Rücklauf) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme wurden die Fragebögen noch von 336 Patienten beantwortet (70% Rücklauf).

Bezüglich der Ausgangssituation unterschieden sich die Patienten der beiden Gruppen vor allem hinsichtlich der Anzahl an Patienten, die sich im Rahmen der Rehabilitation in einer Anschlussheilbehandlung (AHB) oder einem allgemeinen Heilverfahren (AHV) befanden. In der Vergleichsgruppe waren knapp 73% AHB-Patienten im Vergleich zu 43% in der Interventionsgruppe. Da sich herausstellte, dass AHB-Patienten zu Beginn der Rehabilitation stärker leistungseingeschränkt waren - sowohl aus eigener wie auch aus ärztlicher Sicht - wurde die Rehabilitationsform in die Analyse der Katamnesedaten einbezogen, um eine Überschätzung der Effekte zu vermeiden.

Unter Berücksichtigung des Faktors Rehabilitationsform zeigte sich, dass ein Teil der a-priori aufgestellten Hypothesen bestätigt werden kann. Es besteht zwar kein signifikanter Unterschied zwischen den beruflichen Rückkehraten in Interventions- und Vergleichsgruppe, es zeichnet sich allerdings ein Trend zugunsten der Interventionsgruppe ab. Insgesamt kehrten 81% der Interventionspatienten und 76% der Vergleichsgruppenpatienten ein Jahr nach Re-

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden Bezeichnungen wie Rehabilitanden oder Patienten durchgängig in männlicher Form benutzt, wobei jeweils männliche wie weibliche Personen gemeint sind.

habilitationsende zur Arbeit zurück. Den Umgang mit beruflichen Belastungen und die Arbeitszufriedenheit betreffend ergaben sich keine relevanten Unterschiede in den Gruppen. Es wurde aber deutlich, dass hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit die Interventionsgruppe eine positivere Entwicklung erlebte als die Vergleichsgruppe. Entsprechend hat die Interventionsmaßnahme zum Teil zu Effekten geführt. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Patienten der Interventionsklinik nach Abschluss der Maßnahme bestimmte Elemente der Intervention als hilfreich benannten und sich besser auf die berufliche Wiedereingliederung vorbereitet fühlten. Dies schlug sich u.a. darin nieder, dass Patienten der Vergleichsgruppe zu einem höheren Prozentsatz nach Ende der Maßnahme weitere berufliche Beratung aufsuchten als die Interventionspatienten.

Neben der Beantwortung der Fragestellungen machten die Ergebnisse weiterhin deutlich, dass die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation zur Arbeit nicht-zurückgekehrten Patienten in vielen Lebensbereichen belasteter sind als die wieder beruflich aktiven Patienten. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass bereits im Rahmen der Rehabilitation diese Risikogruppe identifiziert werden müsste, um einer Nicht-Wiedereingliederung vorzubeugen und auch über die Rehabilitationsmaßnahmen hinaus Unterstützung anzubieten.

Bei der Konzeptualisierung neuer Interventionen sollte entsprechend spezieller auf einzelne Gruppen in der Rehabilitation eingegangen werden. Dies bezieht sich ebenfalls auf die noch stärkere Berücksichtigung verschiedener Berufsbilder, um die vorhandenen Therapien und Angebote gezielter und ressourcenschonender einsetzen zu können.

2 Hintergrund des Projekts

Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach einer Krebserkrankung spielt für einen großen Teil an Patienten eine wichtige Rolle. Auch wenn den Statistiken des Robert-Koch-Instituts (RKI) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. zufolge das mittlere Erkrankungsalter bei 68 bis 69 Jahren liegt (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 2010), ist knapp die Hälfte derjenigen, die die Erkrankung überleben unter 65 Jahre (Short, Vasey, & Tunceli, 2005) und somit im erwerbsfähigen Alter. Daher ist die erfolgreiche Rückkehr in den Alltag häufig eng mit der Rückkehr zur Arbeit verknüpft. So wird oftmals berichtet, dass der Beruf nach Beendigung der Therapien zur Wiederherstellung der Normalität beiträgt und die Lebensqualität positiv beeinflusst (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997; Kennedy, Haslam, Munir, & Pryce, 2007; Main, Nowels, Cavender, Etschmaier, & Steiner, 2005; Short et al., 2005).

Internationale Reviews kommen zu dem Ergebnis, dass etwa 62% der Patienten zur Arbeit zurückkehren (Amir & Brocky, 2009; Mehnert, 2011; Spelten, Sprangers, & Verbeek, 2002; Steiner, Cavender, Main, & Bradley, 2004). Allerdings zeigen sich große Spannweiten in den Rückkehrraten, die in den Originalarbeiten berichtet werden (30-93%, (Spelten et al., 2002)). Der Grund dafür sind die unterschiedlichen Zeitspannen zwischen Diagnose und Befragung zur beruflichen Rückkehr, die in den Studien gewählt worden sind. In einer niederländischen Fragebogenerhebung mit 235 Teilnehmern geben 24% an, ein halbes Jahr nach dem ersten Tag der Krankschreibung wieder in den Beruf zurückgekehrt zu sein, während die Rate nach 1 ½ Jahren bereits auf 64% angestiegen war (Spelten et al., 2003). Es zeigte sich in neueren Studien, dass ein Katamnesezeitraum von einem Jahr ein gutes Maß darstellt, um einen zuverlässigen Eindruck zu erhalten, wie viele Personen langfristig zur Arbeit zurückkehren (Bouknight, Bradley, & Luo, 2006; Short et al., 2005). So waren im Rahmen einer Untersuchung ein Jahr nach der Behandlung 73% der befragten Patienten wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt, während sich vier Jahre später die Rate nur noch um knapp 10% steigern konnte (Short et al., 2005). Andere Autoren weisen daraufhin, dass diejenigen, die nach 12 Monaten noch nicht wieder arbeiten, dies zum großen Teil auch nach 18 Monaten nicht tun (82% nach einem Jahr, 83% nach 1 ½ Jahren (Bouknight et al., 2006)).

Um das Konzept einer erfolgreichen beruflichen Rückkehr weiterzuentwickeln und genauer zu definieren, legten die Autoren einer Untersuchung mit orthopädischen Patienten neben den Rückkehrraten zusätzliche Kriterien fest (Bürger, Dietsche, Morfeld, & Koch, 2001). So gilt die berufliche Rückkehr dann als gelungen, wenn seit der beruflichen Wiederaufnahme kein Rentenantrag gestellt oder geplant worden ist und die Fehlzeiten der Betroffenen ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation nicht über 12 Wochen liegen.

Auch aus gesellschaftlicher Sicht handelt es sich bei der erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit um einen wichtigen Aspekt, der anhand von effektiven Maßnahmen gefördert werden muss, um eine verfrühte Berentung und somit einen erhöhten Kostenaufwand zu verhindern (Spelten et al., 2002). Entsprechend ist im 6. Sozialgesetzbuch unter dem § 9 der Vorsatz „Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor Rentenleistungen“ verankert (Schliehe & Sulek, 2007). Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) drängt bereits seit Jahren darauf, gut fundierte Behandlungspläne zu etablieren (Müller-Fahnow, Greitemann, Radoschewski, Gewinn, & Hansmeier, 2005), um anhand wirksamer Maßnahmen verfrühte Rentenbegehren zu verhindern. Das Konzept im Rahmen einer Rehabilitation neben den gesundheitlichen Schäden einer Erkrankung auch die dadurch entstandenen sozialen Folgen zu behandeln, geht theoretisch auf das Modell der funktionalen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück, welches in der aktuellen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) abgebildet ist (Gerdes & Weis, 2000). Hiernach steht neben dem medizinischen Blickwinkel ebenso die Wiederherstellung der durch die Erkrankung eingeschränkten Aktivität und Partizipation im familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Leben im Mittelpunkt. Das Recht auf diese Leistungen ist im 9. Sozialgesetzbuch-Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen festgelegt (Schliehe & Sulek, 2007).

Aktuell wird anhand des MBOR-Programms (Medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation) der DRV ein Konzept vorgelegt, welches neben Vorschlägen zur Erfassung berufsbezogener Problemlagen und Motivationsförderung von Patienten, die konkrete Umsetzung von Maßnahmen im Klinikalltag beschreibt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011).

International existieren bereits einige Untersuchungen zum Thema rehabilitative Maßnahmen und Rückkehr zur Arbeit, deren Ergebnisse in einer aktuellen Überblicksarbeit dargestellt werden (de Boer et al., 2011). Allerdings wird die Bereitstellung von rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen der Krebsbehandlung international sehr unterschiedlich gehandhabt, was eine Übertragung der Ergebnisse auf das deutsche Rehabilitationssystem erschwert. Auch wenn eine allgemeine Definition der Weltgesundheitsorganisation besagt, dass rehabilitative Maßnahmen sowohl medizinische wie auch soziale Folgen einer Erkrankung berücksichtigen sollten, so gibt es keine Vorgaben, wie die Angebote konkret aussehen sollten (Hellbom et al., 2011). Dementsprechend finden sich international verschiedene Ansätze und Interventionen zur Förderung der Rückkehr zur Arbeit. Die Autoren geben die Empfehlung, zukünftig Interventionsprogramme zu entwickeln, welche mehrere Fachdisziplinen vereinen und somit ein breit gefächertes Angebot gewährleisten können (de Boer et al., 2011).

In der deutschen Rehabilitationslandschaft bietet die interdisziplinäre Zusammensetzung der Rehabilitationsteams (Heim, 2008) ein optimales Umfeld, um die Forderung nach multidimensionalen Interventionsprogrammen umzusetzen. Während im deutschsprachigen Raum berufsbezogene Rehabilitationsprogramme im Bereich der Orthopädie (Bürger, 2004; Bürger et al., 2001; Morfeld et al., 2006), Psychosomatik (Bürger, 1998; Koch, Hedlund, Rosenthal, & Hillert, 2006) und Kardiologie (Budde & Keck, 2001; Mittag, Kolenda, Nordman, Bernien, & Maurischat, 2001) schon seit längerem eingesetzt und durch rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen beforscht werden, gibt es im Bereich der onkologischen Rehabilitationsforschung bislang keine neueren Studien, die sich explizit mit multidisziplinär ausgerichteten beruflichen Rehabilitationsprogrammen und der Rückkehr zur Arbeit befassen. Die Notwendigkeit, sowohl körperliche, medizinische aber auch psychologische Aspekte zu berücksichtigen, wird anhand der Erfahrungen von Patienten deutlich, die bei der Rückkehr zur Arbeit durch die Erkrankung bedingte Einschränkungen und Probleme in verschiedenen Bereichen erleben. So wiesen in einer norwegischen Studie wieder in den Beruf zurückgekehrte Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen im Vergleich zu einer aus der Bevölkerung gezogenen Stichprobe ein signifikant geringeres körperliches und geistiges Arbeitsvermögen und mehr körperliche Erkrankungen auf (Gudbergsson, Fossa, Borgeraas, & Dahl, 2006). In einer kanadischen Untersuchung berichteten Brustkrebspatientinnen davon, dass es zu ungewollten Veränderungen in ihren Aufgabenbereichen gekommen sei, zu Einschränkungen der eigenen Produktivität durch körperliche Folgen der Behandlungen oder Veränderungen im Umgang mit den Kollegen (Maunsell, Brisson, Dubois, Lauzier, & Fraser, 1999).

Es stellt sich die Frage, inwiefern durch entsprechende berufliche Vorbereitungen und Beratungen im Rahmen der Rehabilitation derartigen Problemen vorgebeugt werden kann und wie dies den Anteil an Betroffenen beeinflusst, der in den Beruf zurückkehrt.

3 Zielsetzung und Fragestellung

Vor dem Hintergrund der geringen Datenlage bezüglich der Wirkung berufsbezogener Interventionen in der stationären onkologischen Rehabilitation auf die Rückkehr zur Arbeit und damit einhergehende Belastungen und Problemlagen, war eine systematische Evaluation beruflich ausgerichteter rehabilitativer Maßnahmen Ziel der vorliegenden Studie.

Zu diesem Zweck wurde ein explizit berufsorientiert ausgerichtetes Rehabilitationsprogramm aus ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen untersucht. Dieses zu evaluierende Programm ist im Rahmen einer Rehabilitationsklinik in einem multiprofessionellen Team entwickelt und durchgeführt worden (siehe zur näheren Beschreibung Kapitel 4.3 Interventionsmaßnahme).

Folgende Hauptfragestellung wurde formuliert, um die berufsorientierte Intervention zu evaluieren:

- Führt der Erhalt berufsspezifischer Interventionen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zu einer berufsunspezifischen Behandlung zu einer höheren beruflichen Rückkehrate?

Als Nebenfragestellungen wurden weiterhin formuliert:

- Führt der Erhalt berufsspezifischer Interventionen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu einer gesteigerten beruflichen Leistungsfähigkeit?
- Führt der Erhalt berufsorientierter Interventionen nach der Rückkehr zur Arbeit zu einer erhöhten Zufriedenheit mit der beruflichen Situation?
- Lernen Patienten durch beruflich ausgerichtete Rehabilitationsmaßnahmen besser mit arbeitsbedingten Belastungen umzugehen?

Zur Bearbeitung der genannten Fragestellungen wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

- (1) Die berufliche Wiedereingliederung von Patienten, die eine explizit berufsorientierte onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (Interventionsgruppe), ist erfolgreicher, als von denen, die eine Standardrehabilitation in Anspruch genommen haben (Vergleichsgruppe). Dies sollte sich in einem höheren prozentualen Anteil an erfolgreich zurückgekehrten Patienten der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Vergleichsgruppe ausdrücken.
- (2) Die Patienten der Interventionsgruppe profitieren in Bezug auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit stärker als Patienten der Vergleichsgruppe.
- (3) Die Patienten der Interventionsgruppe sind nach der Rehabilitation mit ihrer Arbeitssituation zufriedener als die Patienten der Vergleichsgruppe.
- (4) Die Patienten der Interventionsgruppe können nach der Rehabilitation besser mit arbeitsbedingten Belastungen umgehen als die Patienten der Vergleichsgruppe.

4 Methode

4.1 Studiendesign

Die geplante Evaluation wurde anhand einer prospektiv angelegten multizentrischen Feldstudie mit zwei Untersuchungsgruppen umgesetzt:

1. Patienten, die eine medizinische stationäre onkologische Rehabilitation in Anspruch nahmen und in diesem Rahmen eine berufsbezogene Interventionsmaßnahme (siehe Kapitel 4.3) durchliefen (Interventionsgruppe)
2. Patienten, die eine medizinische stationäre onkologische Rehabilitation in Anspruch nahmen und in diesem Rahmen keine zusätzliche berufsbezogene Interventionsmaßnahme durchliefen (Vergleichsgruppe)

Die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe stammen aus unterschiedlichen Kliniken. Da den Patienten eine Klinik von den Rehabilitationsträgern zugewiesen wird, war eine projektspezifische randomisierte Zuteilung zu den Bedingungen (Intervention vs. Vergleich) nicht möglich. Somit handelt es sich um eine quasiexperimentelle Untersuchung.

Um langfristige Aussagen über die Wirkung der berufsbezogenen Interventionsmaßnahme machen zu können, wurden drei Messzeitpunkte definiert. Die Patienten und Behandler wurden zu Beginn der Rehabilitation (T1) befragt. Ein halbes Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme (T2) und ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme (T3) erhielten die Patienten darüber hinaus einen Fragebogen. Zusätzlich wurden zur Ergänzung der T1-Daten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme Routedaten aus dem Entlassbericht erhoben.

Es wurden Krebspatienten aller Indikationsbereiche im erwerbsfähigen Alter in die Studie eingeschlossen, die sich während des Erhebungszeitraums zur stationären onkologischen Rehabilitation in einer der Kliniken befanden. Weiterhin wurden alle Patienten unabhängig davon, ob deren Maßnahme als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder allgemeines Heilverfahren (AHV) durchgeführt wurde, berücksichtigt.

Als **Einschlusskriterien** wurden definiert:

- erwerbsfähiges Alter bzw. Alter \leq 60 Jahre
- Erwerbstatus:
 - erwerbsfähig, befristet erwerbsunfähig oder arbeitsuchend
- kein Rentenantrag gestellt
- ausreichend gute medizinische Prognose
 - definiert als eine voraussichtliche Lebenserwartung von über 6 Monaten (Anlehnung des Cut-Off-Kriteriums an gängige Konventionen zur Erstellung sozialmedizinischer Prognosen am Ende der Rehabilitation)
- Einschluss aller Indikationsbereiche
- Aufenthalt in einer stationären onkologischen Rehabilitation in AHB oder AHV

Die **Ausschlusskriterien** ergeben sich komplementär:

- Alter > 60 Jahre
- Erwerbsstatus:
 - dauerhaft berentet, Hausfrau/Hausmann
- voraussichtliche Lebenserwartung unter 6 Monaten
- Rentenantrag gestellt
- zu hohe psychische und/oder körperliche Belastung
- kognitive Defizite (basierend auf ärztlicher Einschätzung)
- unzureichende Deutschkenntnisse (für das Ausfüllen der Fragebögen)
- Teilnahmeverweigerung

4.2 Rekrutierung der Patienten

4.2.1 Beteiligte Einrichtungen

Drei Rehabilitationskliniken waren am Projekt und der Datenerhebung beteiligt.

- Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade (Dr. med. M. Steimann, Interventionsgruppe)
- Reha-Klinik Schloss Schönhagen GmbH, Brodersby (Dr. med. M. Rotsch, Vergleichsgruppe)
- Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH, Ostseebad Ahrenshoop (Prof. Dr. med. K.-H. Zurborn, Vergleichsgruppe)

In der Rehabilitationsklinik Lehmrade wurde die zu evaluierende berufsbezogene Interventionsmaßnahme durchgeführt, in den anderen beiden Kliniken erhielten die Patienten eine Standardrehabilitationsmaßnahme ohne besonderen beruflichen Schwerpunkt.

4.2.2 Ablauf der Befragung

Die Patienten wurden i.d.R. im Rahmen der ärztlichen Aufnahmegespräche von ihrem behandelnden Arzt über die Studie und deren Ziele informiert, wenn sie die Einschlusskriterien erfüllten. Erklärten sie sich bereit, teilzunehmen, erhielten sie ein ausführliches Informationsschreiben sowie einen Fragebogen mit der Bitte, diesen in den ersten drei Tagen der Rehabilitationsmaßnahme auszufüllen und anschließend in einem beigefügten Umschlag verschlossen und anonym zurückzugeben. Parallel beantwortete der behandelnde Arzt einen Fragebogen zu medizinischen Parametern des Patienten. Beide Fragebögen wurden sodann gesammelt und viertel- bis halbjährig an das Institut für Medizinische Psychologie gesandt. Zusätzlich wurden von der Klinik den Fragebögen anhand von pseudonymisierten Codelisten Kopien weiterer Routinedaten aus dem Entlassbericht beigefügt. Dabei handelte es sich um die Daten zur Klassifikation der therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (kurz KTL-Daten) zur Dokumentation der erhaltenen Behandlungen und die Beurteilung des sozialmedizinischen Leistungsbilds durch den behandelnden Arzt im Rehabilitationsentlassbericht.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war neben den Einschlusskriterien das Ausfüllen einer Einverständniserklärung. Hierin wurde ebenfalls eingewilligt, weitere Fragebögen im Rahmen des Projekts zu beantworten. Diese wurden den Patienten ein halbes und ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme postalisch von der Klinik zugestellt, mit der Bitte den ausgefüllten Bogen wiederum anonym an das Institut für Medizinische Psychologie zurückzusenden.

4.2.3 Probleme bei der Rekrutierung

Während in der Interventionsklinik die Fallzahlen gut erreicht wurden, stellte sich die Rekrutierung von Patienten in den Vergleichskliniken ungleich schwieriger dar.

Um die angestrebten Fallzahlen erreichen zu können, musste daher der zuvor berechnete Mindesterhebungszeitraum von 10 bis 12 Monaten auf 18 Monate ausgeweitet werden. Gründe hierfür waren organisatorische Verzögerungen und Schwierigkeiten, Personalmangel sowie in einigen der teilnehmenden Kliniken eine unerwartet hohe Anzahl an Patienten, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten (Drop-Out).

Als Maßnahmen zur Erhöhung der Rekrutierungszahlen fand eine engmaschige Betreuung der Vergleichskliniken statt. Die Kliniken wurden besucht, um die Problematik zu diskutieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Weiterhin wurden höher frequentiert Telefonate geführt, um die Entwicklung zu besprechen.

Trotz der durchgeführten Veränderungen und organisatorischer Anpassungen konnte die angestrebte Übererhebung in den Vergleichskliniken aufgrund der dargestellten Schwierigkeiten nicht realisiert werden.

Mit den genannten Gegensteuerungsmaßnahmen konnte jedoch letztlich erreicht werden, dass Interventions- und Vergleichsgruppe etwa gleich große Fallzahlen beinhalten. Der Vergleich von Stichprobenmerkmalen zeigt, dass die beiden Gruppen hinreichend ähnlich und somit vergleichbar sind.

4.3 Interventionsmaßnahme

Die evaluierte Intervention ist in der Rehabilitationsklinik Lehmrade konzipiert worden und wird dort seit 2008 durchgeführt. Sie ist speziell für onkologische Patienten angelegt, die unter 60 Jahre alt und erwerbstätig, befristet erwerbsunfähig oder arbeitsuchend sind. Der dahinterstehende multidisziplinäre Rehabilitationsansatz bezieht berufsbezogene Gruppen wie auch Einzelinterventionen aus der Physio- und Ergotherapie sowie aus dem psychologischen und sozialarbeiterischen Bereich ein. Die Durchführung übernehmen die in der Klinik tätigen therapeutischen Mitarbeiter. Das Angebot der Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade wird in Kasten 4.1 beschrieben.

Kasten 4.1: Darstellung der Intervention in Lehmrade

Die *Reha-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade* entwickelte ein berufsspezifisches Rehabilitationsprogramm mit dem Ziel der Optimierung der bestehenden rehabilitativen Behandlungsangebote. Das Angebot zielt speziell darauf ab, Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter bei der Planung der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen und Maßnahmen anzubieten, die damit verbundene Problematiken aufgreifen und Hilfestellungen in verschiedenen Fachdisziplinen der Rehabilitation anbieten. Das Programm besteht aus folgenden Elementen:

1. Berufsbezogener Fragebogen

- Patienten erhalten vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme einen Fragebogen der Klinik u.a. mit Fragen zum Beruf

2. Ärztliches Aufnahmegespräch mit Berufsanamnese (KTL: C010)

- Erhebung der Berufsanamnese
- Ausgabe des Berufsanamnesebogens
- Information über das berufsbezogene Therapieprogramm
- gemeinsame Festlegung berufsbezogener Rehaziele

3. Vorläufige sozialmedizinische Beurteilung zu Beginn der 2. Reha-Woche

- Patienten erhalten am 6. Tag der Rehabilitation ein vorläufiges soziamedizinisches Gutachten
- Gutachten als wichtige Grundlage zur Planung der weiteren berufsbezogenen

Behandlungen im Rahmen der Rehabilitation

- bei eventuellen Konflikten zwischen den ärztlichen Einschätzungen und der Beurteilung aus Patientensicht, werden uneinige Punkte zunächst offen gelassen

4. Berufsbezogene Ergotherapie (KTL: E020/E039/E050)

- Übung von beruflichen Fähigkeiten sowie Ausgleichung von Defiziten an verschiedenen Arbeitsplätzen für unterschiedliche Tätigkeitsfelder
- bestehende PC-Arbeitsplätze mit unterschiedlichen Hilfsmitteln zum Testen:
 - Armauflagen, adaptierte Maus, Delta-Tastatur, unterschiedlich einsetzbare PC-Programme, verschiedene Sitzgelegenheiten
- Einsatz der PC-Arbeitsplätze zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch Aufgaben zur Konzentration, Ausdauer, Merkfähigkeit, zum Reaktionsvermögen u.ä.
- Möglichkeit zur Erprobung und Anwendung verschiedener Hilfsmittel, um individuelle Bedürfnisse zu testen
- Ablauf: 2 bis 5x wöchentlich, Gruppen- oder Einzelsetting

5. Berufsbezogene Physiotherapie (KTL: B024/B026)

- berufsorientierte Gymnastik für brustoperierte Frauen
 - Besprechung beruflicher Tätigkeitsfelder und Abstimmung spezieller Übungen, die durch Entstauungsübungen, Lockerungsübungen, Dehnungs- und Kräftigungsübungen ergänzt werden
 - Ablauf: 3x wöchentlich, 30 Minuten, offene Gruppe
- berufsorientierte Rückengymnastik in der Gruppe
 - Vermittlung neuer Verhaltensmuster, um die Patienten dabei zu unterstützen, neue Bewegungsabläufe o.ä. zu erlernen, um zukünftig trotz erkrankungsbedingter Einschränkungen, die berufliche Tätigkeit ausüben zu können
 - Beispiele: Alltagsbewegungen, Bewegungsanalyse (auch mit Stoma), Kräftigung, Entlastung, Dehnungen, Verbesserung der Sensibilität des eigenen Körpers und der Körperwahrnehmung
 - Ablauf: 3x wöchentlich, 30 Minuten, offene Gruppe
- Möglichkeit der Einzeltherapie, wenn bestimmte Übungen nicht in den Gruppen durchführbar sind

6. Back-to-work-Gruppe (KTL: F054)

- Gruppengespräche á 3 Termine mit psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Unterstützung

1. Termin

- Patienten bringen ihr vorläufiges sozialmedizinisches Leistungsbild mit in die Gruppe
- interaktive Klärung von Begrifflichkeiten (bspw. Arbeitsfähigkeit vs. Leistungsfähigkeit etc.)
- Diskussion von Missverständnissen und Konflikten, die durch das sozialmedizinische Leistungsbild bei den Patienten entstanden sind
- Beispiel:
„Die Ärzte und Therapeuten entscheiden, ob ich Rente bekomme oder nicht.“
„Wenn ich meine bisherige Arbeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr machen kann, bekomme ich Rente.“

2. Termin

- Beleuchtung der persönlichen Seite bezüglich der Rückkehr zur Arbeit mit psychologischer Unterstützung
- Inhalte:
 - ➔ Patienten ermutigen, sich mit dem Thema des beruflichen Wiedereinstiegs gedanklich und emotional auseinanderzusetzen
 - ➔ anhand persönlicher Arbeitsplatzbeispiele konkrete, durch die Erkrankung notwendig gewordene Einstellungs- und Verhaltensänderungen erarbeiten
 - ➔ aufgrund der Erkrankung entstandene Befürchtungen, der beruflichen Tätigkeit psychisch und körperlich nicht gewachsen zu sein, thematisieren
 - ➔ mit den Patienten Strategien besprechen, um diesen Befürchtungen zu begegnen
- weitere Themen:
 - ➔ Eigen- vs. Fremdwahrnehmung
 - ➔ Bearbeitung belastender berufsbezogener Kognitionen
 - ➔ Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Arbeitsstelle während der Krankschreibung
 - ➔ Identifizierung und Umsetzung hilfreicher Veränderungen am Arbeitsplatz
 - ➔ der Umgang mit Kollegen und der Erkrankung am Arbeitsplatz
 - ➔ Stressbewältigungsstrategien

→ die stufenweise berufliche Wiedereingliederung und persönliche Möglichkeiten, die Arbeitsbelastung langsam zu steigern

▪ Ziele:

→ realistische Einschätzung der psychischen Leistungsfähigkeit

→ Erlernen hilfreicher Strategien im Umgang mit berufsbezogenen Belastungen

→ Zuversicht und Vertrauen in das eigene berufsbezogene Vermögen

3. Termin

▪ Erhalt praktischer Tipps und konkreter Hinweise bezüglich der Beantragung der stufenweisen Wiedereingliederung, der Beantragung von Hilfsmitteln o.ä.

• Ablauf: 2 bis 3x in der Rehabilitation, 5-10 Patienten, geschlossene Gruppe

• bei Bedarf sind psychotherapeutische Einzelgespräche ebenfalls möglich (KTL: F010)

7. Sozialarbeit (KTL: D021/D031/D032/D034/D039)

• stufenweise Wiedereingliederung

▪ direkt nach der medizinischen Rehabilitation (Verordnung durch den Stationsarzt der Rehabilitation)

▪ zu einem späteren Zeitpunkt (Verordnung durch den niedergelassenen Arzt)

• berufsbezogene/sozialrechtliche Beratung wird, wenn die medizinische Indikation vorliegt (unter Hinzuziehung des Rehaberaters) stärker in die Beratung einbezogen

▪ berufsfördernde Maßnahmen

→ Innerbetriebliche Umsetzung

→ Umschulungsmaßnahmen

→ Hilfsmittel am Arbeitsplatz

• Erarbeitung beruflicher Perspektiven nach längerer Arbeitsunfähigkeit

8. Rehaberater

• Rehaberaterung im Hause auf Anforderung durch die Sozialarbeit

• Ablauf: 1x in 3 Wochen

9. Rentenberater

• Rentenberatung im Hause auf Anforderung durch die Sozialarbeit

• Ablauf: 1x in 3 Wochen

10. Abschließende sozialmedizinische Beurteilung

- bestehen nach Ende der Rehabilitation unterschiedliche Auffassungen aus Arzt- und Patientensicht bzgl. der beruflichen Leistungsfähigkeit, erhalten betroffene Patienten eine 2. Visite bei der Chefärztin
 - gemeinsame Eruiierung des Konflikts
 - bleibt eine Einigung aus, wird dies im sozialmedizinischen Gutachten vermerkt
- stimmen Patient und behandelnder Arzt über die Beurteilung überein, erfolgen im Abschlussgespräch bei Bedarf durch den behandelnden Arzt entsprechende berufsbezogene Verhaltensempfehlungen

Im Unterschied zur Klinik Lehmrade gibt es in den Kliniken Ahrenshoop und Schönhagen keinen berufsbezogenen Schwerpunkt für die Rehabilitation. Hier werden im Rahmen einer Standardrehabilitation die gängigen multidisziplinären therapeutischen Maßnahmen angeboten und berufsbezogene Aspekte im Wesentlichen durch den Sozialdienst (in Absprache mit dem ärztlichen Dienst) durchgeführt. Ob Bedarf besteht, wird im Rahmen des ärztlichen Aufnahmegesprächs ermittelt. Der Sozialdienst hilft u.a. bei der Koordinierung von Terminen und Aktivitäten zwischen Patient, Rehabilitationsklinik und Kostenträgern und unterstützt bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz und von Unterhalt sichernden und anderen ergänzenden Leistungen. In der Klinik Schönhagen wird ggf. auch ein Arbeitsberater der Rentenversicherung hinzugezogen.

4.4 Variablen und Instrumente

Während ein Patientenfragebogen zu Beginn der Rehabilitation (T1), ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) eingesetzt wurde, wurden ärztliche Angaben nur zu T1 anhand eines Arztfragebogens gemacht. Weiterhin wurden am Ende der Rehabilitation Routinedaten aus dem Entlassbericht erhoben.

Der Patientenfragebogen enthielt zum einen Instrumente zur Erhebung der klassischen Outcomeparameter wie bspw. Angst und Depressivität oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Weiterhin wurden entsprechend dem beruflich ausgerichteten Studienschwerpunkt berufsbezogene Fragebögen eingesetzt sowie ein Fragebogen zur Erhebung der Rehabilitationsmotivation.

Von ärztlicher Seite wurden medizinische und behandlungsspezifische Angaben gemacht. Zur Erfassung der während der Rehabilitation erhaltenen therapeutischen Maßnahmen wurden die KTL-Daten aus den Entlassberichten herangezogen. Dies ermöglichte einen Vergleich der Gruppen hinsichtlich angebotener Leistungen während des Rehabilitationsaufent-

halts. Die speziell in der Interventionsklinik erhaltenen berufsorientierten Maßnahmen wurden ebenfalls als KTL-Leistungen in den Entlassberichten dokumentiert.

Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die verwendeten Instrumente zu den Messzeitpunkten T1 bis T3, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Tab. 4.1: Übersicht über die eingesetzten Instrumente

	Messzeitpunkte			
	T1		T2	T3
	(Beginn Reha)	(Ende der Reha)	(6 Monate post)	(12 Monate post)
Arztfragebogen				
Medizinische und behandlungsspezifische Daten	X			
Routinedaten				
Therapeutische Leistungen (KTL-Daten)		X		
Sozialmedizinisches Leistungsbild (Entlassbericht)		X		
Patientenfragebogen				
Soziodemographische Daten	X			
Fragen zur (beruflichen) Rehabilitation				
Reha-Motivation und Erwartungen (PAREMO)	X			
Screening-Instrument Beruf und Arbeit (SIBAR)	X		X	X
Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	X		X	X
Berufliche Gratifikationskrisen (ERI, OC)	X		X	X
Patientenzufriedenheit, v.a. in Bezug auf die berufsorientierten Elemente (Eigenentwicklung)			X	X
Psychische Parameter				
Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	X		X	X
Psychische Belastung (HADS, DT)	X		X	X
Veränderungen im Katamnesezeitraum				
Entwicklung der Erkrankung, Inanspruchnahme (medizinischer) Behandlungen, berufliche Wiedereingliederung, berufliche Veränderungen, kritische Lebensereignisse (Eigenentwicklung)			X	X

4.4.1 Ärztliche Angaben (Arztfragebogen und Routinedaten)

Der behandelnde Arzt füllte zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme einen Arztfragebogen aus, der bereits im Rahmen früherer rehabilitationsbezogener Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt wurde.

Anhand dieses Bogens werden u.a. Angaben zur Diagnose des Patienten gemacht, zum Krankheitsverlauf, dem gewählten Therapieansatz und weiteren schwerwiegenden Diagnosen oder Folgeschäden.

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.

4.4.2 Patientenangaben

4.4.2.1 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 Ausbildung und Einkommen, aber auch zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose und den damit einhergehenden Folgeproblemen.

4.4.2.2 Psychosoziale Situation

Depressivität und Angst (HADS)

Die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) wurde entwickelt, um das Ausmaß an Angst und Depressivität bei somatisch erkrankten Patienten zu erfassen (Zigmond & Snaith, 1983). Es handelt sich um einen Selbsteinschätzungsbogen, der in den USA entwickelt worden ist und als deutsche Version seit 1995 vorliegt (Hermann, Buss, & Snaith, 1995). Hintergrund ist, frühzeitig zu erkennen, inwiefern zusätzlich zur körperlichen Erkrankung klinisch relevante psychische Belastungen vorliegen, die parallel zu behandeln sind. Nicht entdeckte schwerwiegende psychische Störungen können den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und die körperliche Genesung erschweren (Hermann et al., 1995). Um bei der Erhebung des Gemütszustandes nur Symptome zu erfassen, die keinen potenziellen organischen Ursprung haben, sind Probleme wie Schlaflosigkeit oder Gewichtsverlust nicht im Fragebogen enthalten (Hinz & Schwarz, 2001).

Erhoben werden die Konstrukte der Angst und Depressivität anhand von zwei getrennten Skalen. Jede besteht aus insgesamt sieben vierstufigen Items. Insgesamt können pro Skala 0-21 Punkte erreicht werden. Hohe Werte gelten als Hinweis für eine hohe Ausprägung von Angst bzw. Depressivität. Darüber hinaus werden Cut-off-Werte vorgeschlagen, um das Ausmaß an Belastung klinisch differenzieren zu können. Werte zwischen 0-7 gelten als unauffällig, Werte zwischen 8-10 als grenzwertig und Werte von 11 und darüber als klinisch relevante Belastung (Hermann et al., 1995).

Die Gütekriterien der HADS sind bereits national wie international vielfältig untersucht worden. Die Reliabilitätswerte (Cronbach's α) liegen zwischen .78 bis .93 für die Angstskala

und zwischen .82 bis .90 für die Depressivitätsskala (Hermann et al., 1995; Hinz & Schwarz, 2001; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001). Eine Überblicksstudie über Untersuchungen der Validität zeigt auf, dass die zweidimensionale Faktorenstruktur der HADS mehrheitlich bestätigt werden kann sowie dass Zusammenhänge von .49 bis .83 mit anderen Verfahren zur Erhebung von Angst und Depressivität vorliegen (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). Neben repräsentativen Normwerten der deutschen Bevölkerung aus dem Jahr 1995 liegen inzwischen neuere Daten vor, die zum Vergleich herangezogen werden können (Hermann et al., 1995; Hinz & Schwarz, 2001).

Subjektive Belastung (DT)

Zur Erfassung der subjektiven Belastung der Patienten wird das NCCN Distressthermometer eingesetzt (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2003; Roth et al., 1998). Hierbei handelt es sich um ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes Screeninginstrument, welches den Behandlern in kurzer Zeit ermöglicht, einzuschätzen, inwiefern ein Krebspatient klinisch relevant durch seine Erkrankung belastet ist und welche Lebensbereiche als besonders problematisch empfunden werden. Entstanden durch die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Gremiums in den USA, liegt seit 2006 auch eine an den deutschen Sprachraum adaptierte Version vor (Mehnert, Müller, Lehmann, & Koch, 2006). Das Distressthermometer (DT) ist ein Selbsteinschätzungsverfahren, anhand dessen die Patienten zunächst auf einem Belastungsthermometer angeben, wie stark ihre Belastung in der vorausgegangenen Woche und aktuell ausgeprägt ist (Abb.4.1). Zur Einschätzung steht ihnen eine 11-stufige Skala zur Verfügung.

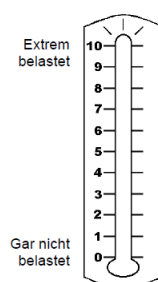


Abb. 4.1: Belastungsthermometer zur Angabe der Belastung in der letzten Woche (Mehnert et al., 2006)

Ein Wert von fünf oder darüber weist auf eine mittlere bis starke Belastung hin und gibt den Behandlern einen Hinweis darauf, dass der Patient eventuell eine weiterführende professionelle Unterstützung benötigt. Bei einem geringeren Wert kann die aktuelle Belastung als „normal“ im Kontext einer Krebserkrankung angesehen werden (Mehnert et al., 2006). Weiterhin umfasst das Distressthermometer eine Problemliste, auf der die Patienten dichotom

angeben, ob die aufgeführten Probleme vorliegen oder nicht. Die Liste umfasst 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“). Ergänzend zum Grad der momentanen psychosozialen Belastung wird anhand der Problemliste erfasst, in welchen Bereichen besondere Unterstützung benötigt wird.

Da es sich bei dem DT um ein Ein-Item-Instrument handelt, können keine Angaben zur internen Konsistenz gemacht werden. Bezüglich der Validität bestehen bereits einige nationale wie internationale Studien (Mehnert et al., 2006; Mitchell, 2007; Roth et al., 1998), die zu meist die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (Zigmond & Snaith, 1983) zur Validierung herangezogen haben. Hier findet sich häufiger ein höherer Zusammenhang mit der Angstskala der HADS als mit der Depressivitätsskala (Mehnert et al., 2006).

Es liegen keine auf der Allgemeinbevölkerung basierenden Normdaten vor.

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)

Der European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30) ist ein Fragebogen, der speziell zur Erhebung der Lebensqualität von Krebspatienten entwickelt wurde (Aaronson et al., 1993). So ist die Wiederherstellung oder der Erhalt der Lebensqualität ein wichtiges Behandlungsziel im Rahmen einer Krebsbehandlung. Der EORTC QLQ-C30 liegt inzwischen in über 80 Sprachen bzw. Dialekten vor und umfasst 30 Items. Ziel war es, „to generate a *core* questionnaire incorporating a range of physical, emotional, and social health issues relevant to a broad range of cancer patients irrespective of specific diagnosis [...]“ (Aaronson et al., 1993). Zusätzlich zum Kernfragebogen bestehen weitere tumorspezifische Module, die ergänzend eingesetzt werden können (bspw. für Brustkrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs).

Die Erfassung der Lebensqualität ist anhand von neun Skalen und sechs Einzelitems operationalisiert. Fünf der Skalen sind als Funktionsskalen charakterisiert. Sie erfassen anhand von zwei bis fünf Items pro Skala Informationen über die Körperliche Funktion, die Rollenfunktion, die Kognitive wie Emotionale Funktion und die Soziale Funktion des Patienten. Anhand von drei Symptomskalen werden Fatigue (drei Items), Übelkeit und Erbrechen (zwei Items) sowie Schmerz (zwei Items) erhoben. Letztlich besteht die neunte Skala aus zwei Items und erfasst den globalen Gesundheitszustand bzw. die globale Lebensqualität. Sechs Ein-Item-Skalen wurden zu den Themen Kurzatmigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Durchfall und finanzielle Schwierigkeiten entwickelt.

Alle Skalenwerte werden so transformiert, dass auf jeder Skala Werte zwischen 0 und 100 möglich sind. Höhere Werte auf der Skala Globale Lebensqualität und den Funktionsskalen deuten auf eine höhere Lebensqualität hin. Höhere Werte auf den Symptomskalen deuten auf eine höhere Symptombelastung hin.

Die Reliabilität des EORTC QLQ-C30 wurde international bereits häufig untersucht (Apolone, Filiberti, Cifani, Ruggiata, & Mosconi, 1998; Arraras et al., 2002; Kaasa et al., 1995; Mistakidou et al., 2001; Osoba et al., 1994). Insgesamt variieren die Angaben zur internen Konsistenz (Cronbach's α) der Skalen von .56 bis .91. Die Validität betreffend konnte u.a. ebenfalls über mehrere Sprachen hinweg eine gute Konstruktvalidität bestätigt werden sowie die diskriminante Validität des Fragebogens (Apolone et al., 1998; Arraras et al., 2002; Mistakidou et al., 2001).

Eine Studie an einer repräsentativen deutschen Stichprobe liefert Vergleichswerte (Schwarz & Hinz, 2001).

4.4.2.3 Berufliche Belastung

Zur Erhebung der beruflichen Belastung wurden vier Fragebögen eingesetzt, die im Folgenden beschrieben werden.

Fragen zur Lebenszufriedenheit (angelehnt an den FLZ^M)

Die Lebenszufriedenheit der Patienten wurde anhand von acht Fragen erfasst, die an die Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) angelehnt sind. Bei dem FLZ^M handelt es sich um einen aus zwei Modulen bestehenden Fragebogen (Henrich & Herschbach, 2000). So wird anhand des ersten Moduls die Bedeutung bestimmter Lebensbereiche erhoben sowie die Zufriedenheit mit ihnen (insgesamt acht Bereiche: Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbies, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder und Sexualität). Das zweite Modul konzentriert sich auf die Erfassung gesundheitlicher Aspekte. Auch hier wird nach Bedeutung und Zufriedenheit gefragt (Körperliche Leistungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit, Energie/Lebensfreude, Fortbewegungsfähigkeit, Seh- und Hörvermögen, Angstfreiheit, Beschwerde- und Schmerzfreiheit und Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege). Die Items sind in beiden Modulen jeweils fünfstufig angelegt („nicht wichtig“ bis „extrem wichtig“ bzw. „unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“).

Für die vorliegende Studie wurden die Fragen zur Zufriedenheit aus dem ersten Modul angepasst. Das Item zur Zufriedenheit bezüglich der Wohnsituation wurde durch ein Item zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ersetzt und das Antwortformat von einer fünfstufigen Skala durch eine siebenstufige Symbolskala (☺ bis ☹ an den Extrempunkten). Hinsichtlich der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestehenden beruflichen Frage-

stellung, wird bei der Auswertung ein besonderes Augenmerk auf die berufliche Zufriedenheit gelegt.

Zur im Rahmen der Studie adaptierten Form des ersten Moduls des FLZ^M liegen keine Untersuchungen der Gütekriterien vor. Die Anwendung der Items in der beschriebenen Form hat sich jedoch bereits in anderen durchgeführten rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf bewährt.

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

Ziel des Screening-Instruments Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) ist die Ermittlung des Bedarfs eines Patienten an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation, um die erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit professionell zu unterstützen (Bürger, Deck, Raspe, & Koch, 2007). Die Autoren entwickelten zur Erfassung des Bedarfs die drei Skalen „Sozialmedizinischer Risikoindex zur Frühberentung“ (SIBAR I), „Berufliche Belastung“ (SIBAR II) und „Bedürfnis nach berufsbezogenen Angeboten in der Rehabilitation“ (SIBAR III). Hintergrund sind die Erkenntnisse, dass die Rückkehr zur Arbeit vorrangig durch die subjektive Einschätzung des Patienten, dessen Motivation, die Krankheitsdauer sowie die betrieblichen Bedingungen und finanzielle Aspekte beeinflusst wird (Bürger & Deck, 2009).

Anhand der Skala „Sozialmedizinischer Risikoindex“ wird auf Basis medizinischer und sozialer Faktoren das Frühberentungsrisiko bestimmt. Es wird ein Summenwert aus 9 Items berechnet, der maximal einen Wert von 19 Punkten erreichen kann. Ab mindestens 8 Punkten wird von einem erhöhten Frühberentungsrisiko ausgegangen.

Die anderen beiden Skalen „Berufliche Belastung“ und „Bedürfnis nach berufsbezogenen Angeboten“ in der Rehabilitation bestehen jeweils aus nur einem Item. So wird der Patient darum gebeten, einzuschätzen, wie er seine berufliche Situation erlebt (fünfstufige Skala von „stark belastend“ bis „sehr erfüllend“) und inwiefern Therapieangebote zum Thema Beruf hilfreich wären (dreistufige Skala von „sehr hilfreich“ bis „nicht hilfreich“).

Basierend auf den Ergebnissen der drei Skalen geben die Autoren Empfehlungen, ob berufsorientierte Angebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gemacht werden sollten (Bürger et al., 2007). Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die vier verschiedenen Behandlungsempfehlungen aufgrund der Einzelergebnisse der Skalen SIBAR I bis SIBAR III.

Weisen Patienten bspw. ein Frühberentungsrisiko auf, schätzen ihre berufliche Situation jedoch als nicht belastend ein und beruflich ausgerichtete Interventionen als nicht hilfreich, so sollten sie von den Behandlern motiviert werden, berufsorientierte Angebote wahrzunehmen. Im Falle einer Prophylaxe sind die Patienten objektiv zwar nicht in Gefahr einer Frühberentung, äußern aber von sich aus Bedarf an Unterstützung. Liegen hohe Werte auf allen drei

SIBAR-Skalen vor, empfehlen die Autoren dringend das Angebot berufsbezogener Programme. Liegen auf allen drei SIBAR-Skalen niedrige Werte vor, so gilt eine Intervention nicht als indiziert.

Tab. 4.2: Überblick über die vier möglichen Behandlungsempfehlungen aufgrund der Skalenausprägungen von SIBAR I bis SIBAR III

SIBAR I ^A		SIBAR II ^B		SIBAR III ^C	Empfehlung
kein Frühberentungsrisiko	und	keine berufliche Belastung	und	kein Bedürfnis nach Angeboten	Kein Bedarf
erhöhtes Frühberentungsrisiko	und	berufliche Belastung/keine berufliche Belastung	und	Bedürfnis nach Angeboten	Bedarf
erhöhtes Frühberentungsrisiko	und	keine berufliche Belastung	und	kein Bedürfnis nach Angeboten	Motivation
kein Frühberentungsrisiko	und	berufliche Belastung	oder	Bedürfnis nach Angeboten	Prophylaxe

^ASozialmedizinischer Risikoindex zur Frühberentung, ^BBerufliche Belastung,

^CBedürfnis nach berufsbezogenen Angeboten in der Rehabilitation

Die geringen Interkorrelationen der drei Skalen des SIBAR (.06 bis .34) geben eindeutig wieder, dass jede Skala einen anderen Aspekt des Bedarfs erfasst (Bürger et al., 2007). Auch in Bezug auf die interne Konsistenz (Cronbach's α) der Skala „Sozialmedizinischer Risikoindex zur Frühberentung“ weist der SIBAR befriedigende bis gute Ergebnisse auf (.64 bis .75). Hinsichtlich der Validität zeigt der SIBAR deutliche Korrelationen mit dem späteren Frühberentungsverhalten und der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Zudem besteht eine Übereinstimmung von 70% zwischen der Bedarfsermittlung über den SIBAR und dem ärztlichen Urteil über den Behandlungsbedarf. Die Übereinstimmung der SIBAR-Ergebnisse mit dem Patientenurteil beträgt sogar 87% (Bürger et al., 2007).

Normdaten aus der Allgemeinbevölkerung liegen nicht vor.

Fragebogen zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Anhand des Fragebogens zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) ist es möglich, zu erheben, inwiefern eine Person Arbeits- und Berufsanforderungen eher mithilfe von gesundheitsfördernden oder mithilfe von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bewältigt (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Die Autoren postulieren, dass die Art und Weise, wie eine Person mit beruflichem Stress und Anforderungen umgeht, von den eigenen persönlichen und sozialen Ressourcen beeinflusst wird. Je mehr Ressourcen vorhanden sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass adäquate Copingmechanismen entwickelt werden können, um sich bei unangenehmen und belastenden beruflichen Situationen vor Überforderung zu schützen. Da sich der erfolgreiche Umgang mit schwierigen Situationen im Beruf positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, wird im Umkehrschluss angenommen, dass fehlende Ressourcen und damit einhergehend fehlende oder wenig stabile Copingmechanismen

simen zu Überforderung und somit psychischer Belastung führen können (Schaarschmidt & Fischer, 2006, 2011). Da dies auf lange Sicht zu weiteren gesundheitlichen Problemen wie bspw. Burnout führen kann, bietet der AVEM die Möglichkeit, unangemessene Verhaltensweisen frühzeitig zu identifizieren, um derartigen Konsequenzen vorzubeugen.

Um die beruflichen Verhaltensmuster einer Person ausreichend zu erfassen, definieren die Autoren drei Dimensionen als relevant: berufliches Engagement, Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen und Emotionen, die die Berufsausübung begleiten (Schaarschmidt & Fischer, 2001). 11 Skalen wurden entwickelt, um diese drei Dimensionen zu operationalisieren (Tab. 4.3).

Tab. 4.3: Übersicht über die drei AVEM Dimensionen und die dazugehörigen Skalen

1	Berufliches Engagement
	(1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
	(2) Beruflicher Ehrgeiz
	(3) Verausgabebereitschaft
	(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

Jede der 11 Skalen besteht aus 6 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1="trifft überhaupt nicht zu" bis 5="trifft völlig zu") beurteilt werden (Schaarschmidt & Fischer, 2006).

Die Itempunkte werden für jede Skala aufaddiert und können im Anschluss mit den Normwerten einer deutschen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe verglichen werden (Schaarschmidt & Fischer, 2006).

Der AVEM zeigt über alle 11 Dimensionen hinweg befriedigende bis gute Reliabilitäten, (Cronbach's α : .78 - .87; Split-half-Reliabilität: .76 - .90) (Schaarschmidt & Fischer, 2011). Bezüglich 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)

Der ERI basiert auf dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist (Siegrist, 1996). Eine Krise entsteht dann, wenn die geleistete Arbeit im Beruf nicht angemessen belohnt wird. Es wird angenommen, dass das Erleben eines Ungleichgewichts zwischen Verausgabung und Anerkennung zu Frustration und beruflicher Belastung führt. Siegrist schlägt drei Belohnungssysteme vor: Bezahlung bzw. Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit und Anerkennung.

Die Bereitschaft ein bestehendes Ungleichgewicht über einen längeren Zeitraum hinweg zu akzeptieren, wird nach Siegrist u.a. durch dispositionale und intrapsychische Faktoren beeinflusst. Konkret beschreibt er die Eigenschaft der übersteigerten beruflichen Verausgabungsbereitschaft. Diese ist durch eine hohe Belohnungserwartung und eine gleichzeitig bestehende übersteigerte berufliche Motivation gekennzeichnet, die auf Dauer als Risikofaktor angesehen wird, berufliche Gratifikationskrisen zu erleben (Siegrist et al., 2004).

Der ERI bietet anhand von drei Skalen in einem vier- bis fünfstufigen Antwortformat die Möglichkeit, das Ausmaß an „Verausgabung“, „Belohnung“ und „übersteigter Verausgabungsbereitschaft“ zu erheben.

„Verausgabung“ wird entweder mit fünf oder sechs Items gemessen. Das sechste Item erfasst die körperliche Anstrengung bei der Arbeit. Daher wird diese Version häufig Berufsgruppen vorgelegt, die so genannte „blue collar“ Jobs durchführen bzw. Tätigkeiten mit körperlichem Einsatz. Bei anderen Berufsgruppen kann auf das zusätzliche Item verzichtet werden. Ein hoher Skalenwert deutet auf eine hohe Verausgabung im Beruf hin.

„Belohnung“ wird mit Hilfe von 11 Items erhoben. Insgesamt werden die drei vom Autor definierten Belohnungssysteme (Bezahlung bzw. Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit, Anerkennung) abgefragt. Geringe Skalenwerte weisen auf wenig Belohnung hin.

Um das Ausmaß an „übersteigter Verausgabungsbereitschaft“ zu erheben, werden sechs Items eingesetzt. Werden hohe Ergebnisse erzielt, bedeutet dies eine hohe Ausprägung an „übersteigter Verausgabungsbereitschaft“.

Zur Beurteilung inwiefern ein Ungleichgewicht zwischen „Verausgabung“ und „Belohnung“ vorliegt und somit die Gefahr einer beruflichen Gratifikationskrise, schlägt der Autor die Kalkulation eines Quotienten der beiden Skalenwerte vor (Summenwert der Sechs-Itemskala „Verausgabung“/Summenwert „Belohnung“, für weitere Informationen zur Korrektur bei Nutzung der Fünf-Item Skala siehe (Siegrist et al., 2004)). Je höher der Quotient ausfällt, desto größer das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung. Ein Wert von 1 und darüber indiziert das Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise.

Hinsichtlich der Reliabilität der deutschen Fragebogenversion wird eine interne Konsistenz von .71 bis .84 für die drei Skalen berichtet (Rödel, Siegrist, Hessel, & Brähler, 2004). Die

Validität betreffend konnte die angenommene Faktorenstruktur national wie international bestätigt werden (Hanson, Schaufeli, Vrijkotte, Plomp, & Godaert, 2000; Rödel et al., 2004; Siegrist et al., 2004).

Repräsentative Vergleichswerte der deutschen Bevölkerung bietet eine Studie von 2004 (Kudielka, von Känel, Gander, & Fischer, 2004).

4.4.2.4 Rehabilitationsmotivation (PAREMO)

Zur Messung der Reha-Motivation wurde die 20-Item Kurzform des „Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation“ (PAREMO-20) verwendet ((Nübling et al., 2005), Original: (Hafen, Jastrebow, Nübling, & Bengel, 2001)). Ziel ist es u.a., die Patienten zu identifizieren, die aufgrund eines Motivationsdefizits motivationsfördernde Maßnahmen erhalten sollten. Weiterhin soll die Erhebung der Motivation dazu beitragen, die Erfolgsaussicht der Behandlung abzuschätzen (Hafen, Bengel, Jastrebow, & Nübling, 2000). So beeinflusst eine hohe Patientenmotivation positiv den Verlauf und den Erfolg der Behandlung. Die Autoren des PAREMO beschreiben einen motivierten Patienten als aktiv im Rahmen seiner Therapie mit der Bereitschaft, sich für den Erfolg zu engagieren und Eigenverantwortung zu übernehmen (Hafen et al., 2000). Dabei grenzen sie den Begriff der Compliance inhaltlich ab. Diese wird eher als Teilkomponente der Motivation betrachtet (Hafen et al., 2000) und gilt entsprechend als nicht ausreichend, um die Patientenmotivation zu erfassen. So wird die Compliance als passive Rolle beschrieben, in der vor allem im Vordergrund steht, vorgegebene Behandlungsempfehlungen durchzuführen. Entsprechend setzt sich der PAREMO-20 aus mehreren Dimensionen zusammen, um die Motivation möglichst umfassend zu erheben.

Es handelt sich insgesamt um 6 Skalen, die anhand von 20 Items erhoben werden (Hafen et al., 2001; Nübling et al., 2005). Dies sind „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). Jedes Item ist anhand eines vierstufigen Antwortformats operationalisiert („stimmt nicht“ bis „stimmt“). Zur Auswertung werden für jede Skala einzeln die Mittelwerte gebildet, wobei höhere Werte mit einer höheren Ausprägung des jeweiligen Merkmals einhergehen. Die Autoren raten explizit davon ab, einen Gesamtmittelwert über alle Skalen hinweg zu bilden, da durch eine getrennte Betrachtung der Daten ermöglicht wird zu überprüfen, in welchen Bereichen der Patient speziell Unterstützung benötigt (Nübling et al., 2005).

Bezüglich der Reliabilität werden hinsichtlich der internen Konsistenz über alle Skalen hinweg Werte zwischen .59 und .91 berichtet (Nübling et al., 2005; Thies, Lehmann, Kriz, Nübling, & Mehnert, 2008). Die prädiktive Validität des Fragebogens konnte von den Autoren bestätigt werden (Nübling et al., 2005). So besteht ein positiver Zusammenhang zwischen

den Ergebnissen des PAREMO-20 und der Erreichung der Behandlungsziele und der Veränderung der Leistungsfähigkeit (beides eingeschätzt durch den Arzt) nach Behandlungsabschluss. Weitere Ergebnisse liegen zur Konstruktvalidität vor, die Zusammenhänge mit der Psychotherapiemotivation, Depressivität und Ängstlichkeit sowie rehabilitationsspezifischen Erwartungen aufzeigen (Nübling et al., 2005).

Die Autoren stellen indikationsspezifische Vergleichswerte in Form von Prozenträngen zur Verfügung (Nübling et al., 2005).

4.4.2.5 Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme

Anhand von sieben Items wurden die Patienten gebeten, anzugeben, inwieweit sie sich in bestimmten Bereichen Unterstützung bzw. Hilfe im Rahmen der Rehabilitation erhoffen. Auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“ wird eingeschätzt, ob Unterstützung in den Bereichen körperliche Gesundheit, Schmerzen, Familie/Partnerschaft, Kontakt mit anderen, seelisches Befinden, Arbeit und Beruf sowie in sonstigen Bereichen erwartet wird. Bei diesen Items handelt es sich um Fragen, die im Rahmen anderer rehabilitationsbezogener Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt worden sind.

4.4.2.6 Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme (angelehnt an den FBR-Z)

Zur Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme beantworteten die Patienten Fragen zur ärztlichen Betreuung (vier Items, bspw. Einfühlsamkeit und Verständnis des Arztes), zur pflegerischen Betreuung (drei Items, bspw. Ausmaß an pflegerischer Betreuung), zur psychologischen Betreuung (vier Items, bspw. richtige psychologische Behandlung) sowie zu strukturellen Aspekten der Klinik (vier Items, bspw. Leistung der Verwaltung). Darüber hinaus machten sie Angaben zur Zufriedenheit mit der Erreichung von Rehazielen (sieben Items, 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). Schließlich wurde noch ein Gesamturteil auf einer 10-stufigen Skala (Eckpunkte „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“) abgegeben.

Die verwendeten Items sind an die Fragen zur Patientenzufriedenheit aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation-Somatische Indikation (FBR-Z) angelehnt (Meyer, Deck, & Raspe, 2008). Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur Beurteilung von stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus Patientensicht, das in allen Indikationsbereichen einsetzbar ist. Es besteht aus 8 Subskalen mit 28 Items und stellt ein Selbstbeurteilungsverfahren dar.

Zur im Rahmen der Studie adaptierten Form liegen keine Untersuchungen der Gütekriterien vor. Die Anwendung der beschriebenen Items hat sich jedoch bereits in anderen durchge-

führten rehabilitationsbezogenen Studien des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf bewährt.

4.4.3 Veränderungen im Katamnesezeitraum

Veränderungen hinsichtlich der Familie, des Berufs sowie positiver und negativer Ereignisse nach Abschluss der Rehabilitation wurden anhand offener Antwortformate erhoben. Darüber hinaus wurde die Entwicklung der Tumorerkrankung (bspw. „weiterhin kein Tumor nachweisbar“, „Zurückbildung des Tumors“) erfasst und die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Behandlungen (u.a. Chemotherapie, Bestrahlung, stationäre Krankenhausaufenthalte, Hausarztbesuche, Facharztkonsultationen, psychologische oder berufliche Beratung).

Die verwendeten Items wurde im Rahmen anderer rehabilitationsbezogener Untersuchungen des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelt.

4.4.4 Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit

Die Patienten wurden in den Katamnesebögen zu ihrer momentanen beruflichen Situation befragt und der Art und Weise der Rückkehr zur Arbeit (bspw. schrittweise Wiedereingliederung, direkter Wiedereinstieg). Weiterhin wurde erfasst, inwiefern sich soziale, inhaltliche oder strukturelle Veränderungen im Tätigkeitsprofil durch die Erkrankung ergeben haben.

Die Beurteilung der erfolgreichen Rückkehr in den Beruf wird an folgende Kriterien angelehnt:

- (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.

Zur Bestimmung der angeführten Kriterien wurden die Empfehlungen von Bürger et al. (2001) herangezogen, die sich bereits im Rahmen von Rehabilitationsstudien im orthopädischen Bereich bewährt haben.

4.5 Auswertungsstrategien

Zur Auswertung der Daten werden neben deskriptiven Statistiken Methoden der Inferenzstatistik eingesetzt. Dabei werden zur Auswertung der Ausgangssituation und Non-Responderanalyse T-Tests und mehrfaktorielle Varianzanalysen sowie nonparametrische Testverfahren (Chi²-Test, Exakter Test nach Fisher) herangezogen.

Zur Auswertung der Rückkehrraten werden ebenfalls nonparametrische Testverfahren verwendet und zur Analyse der Effekte der Rehabilitationsmaßnahme werden mehrfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Dabei werden als unabhängige Variablen definiert: „Zugehörigkeit zur Interventions- oder Vergleichsgruppe“ und „Rückkehr zur Arbeit“. Kann die Sphärizität im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalysen nicht angenommen werden, wird die Greenhouse-Geisser-Korrektur angewandt und die Ergebnisse auf dieser Basis interpretiert (Field, 2005).

5 Stichprobe

5.1 Stichprobengröße

Vom 01.12.2008 bis zum 31.05.2010 wurden in den Rehabilitationskliniken Lehmrade, Ahrenshoop und Schloss Schönhagen insgesamt 718 onkologische Patientinnen und Patienten behandelt, die potenziell an der Studie „Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation“ hätten teilnehmen können.

241 von ihnen fielen allerdings unter die zuvor definierten Ausschlusskriterien (Tab. 5.1). Letztlich liegen für den T1 Messzeitpunkt (Beginn der Rehabilitation) zur Auswertung **477 vollständige Datensätze** vor (beinhaltet Patienten- und Arztfragebogen sowie die Blätter 1, 1a und 1b des Entlassberichts).

Tab. 5.1: Übersicht über die Ausschlusskriterien und Anzahl ausgeschlossener Fälle

n=718	Ausschlusskriterium
51	Die Patienten waren bereits berentet oder hatten einen Rentenanspruch gestellt.
32	Aufgrund von zu hoher psychischer oder physischer Belastung war die Teilnahme für die Patienten nicht zumutbar.
29	Aufgrund von mangelnden Deutschkenntnissen oder kognitiven Einschränkungen war es den Patienten nicht möglich, den Fragebogen auszufüllen
28	Patienten waren Hausfrauen/-männer.
26	Patienten verweigerten die Teilnahme an der Studie oder zogen ihr Einverständnis später zurück.
21	Es lag keine ausreichend gute medizinische Prognose der Patienten vor.
16	Patienten konnten aus organisatorischen Gründen nicht eingeschlossen werden.
38	Sonstige Gründe

N=477 Fälle bleiben für die Auswertung bestehen.

Von der Gesamtstichprobe mit 477 Patienten beantworteten 390 Patienten den postalisch erhaltenen zweiten Fragebogen, der ein halbes Jahr nach Rehabilitationsabschluss verschickt worden war. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 82% zum zweiten Messzeitpunkt. Zum dritten Messzeitpunkt ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme antworteten noch 70% der 477 Patienten (Abb. 5.1).

Insgesamt schieden 141 Patienten über den gesamten Katamnesezeitraum aus der Studie aus.

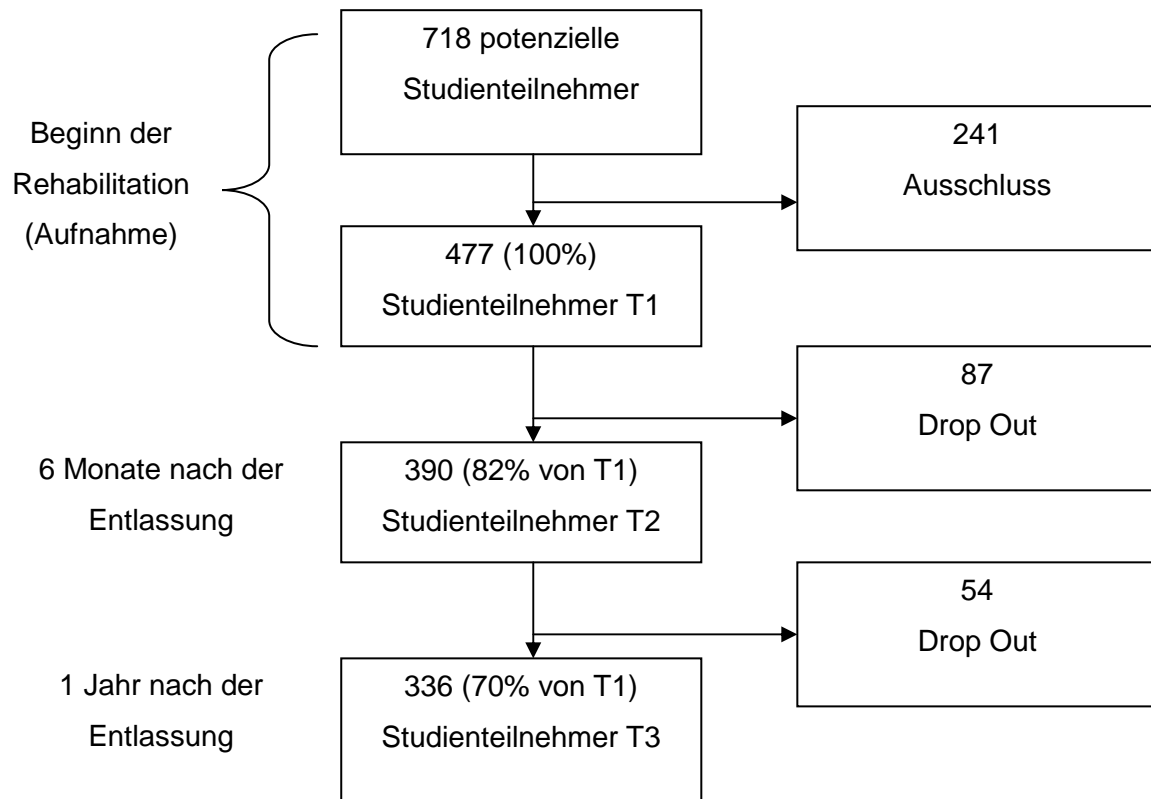


Abb. 5.1: Fallzahlentwicklung der Studie „Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation“

In der Interventionsklinik Lehmrade konnte die angestrebte Stichprobengröße von 185 Patienten mit 259 Teilnehmern übertroffen werden, während das Ziel von je 185 Personen pro Vergleichsklinik nicht erreicht werden konnte. Vor allem in der Rehabilitationsklinik Ahrenshoop fielen unerwartet viele Patienten unter die Ausschlusskriterien, womit in der vorangegangenen Stichprobenkalkulation nicht zu rechnen war. Dementsprechend wurden 71 Patienten in Ahrenshoop rekrutiert sowie 147 Teilnehmer in Schönhagen (Tab. 5.2).

Tab. 5.2: Absolute Anzahl der rekrutierten Patienten in den einzelnen Kliniken und katamnestische Rücklaufquoten

	Beginn der Rehabilitation (T1) (%)	6 Monate nach Rehabilitationsende (T2) (%)	12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) (%)
Reha-Klinik Lehmrade GmbH	259 (100%)	218 (84%)	183 (71%)
Reha-Klinik Ahrenshoop GmbH	71 (100%)	54 (76%)	50 (70%)
Reha-Klinik Schloss Schönhagen GmbH	147 (100%)	118 (80%)	103 (70%)

Für die folgenden Auswertungen ist die Größe der Vergleichsgruppe jedoch ausreichend und kann mit 218 Teilnehmern der Interventionsgruppe mit 259 Patienten gegenübergestellt werden.

Bezüglich der Rücklaufquoten der einzelnen Kliniken zum zweiten Messzeitpunkt ist die Antwortrate der Patienten aus der Rehabilitationsklinik Ahrenshoop mit 76% am geringsten. Patienten der Reha-Klinik Schönhagen beantworteten zu 80% den zweiten Fragebogen, während die Patienten aus Lehmrade mit 84% am häufigsten geantwortet hatten.

Zum dritten Messzeitpunkt fallen die Rücklaufquoten aller drei Kliniken im Vergleich zu den einzelnen Ausgangsstichproben ähnlich hoch aus. So beantworteten mit 183 Patienten noch 71% der ursprünglich 259 Patienten aus Lehmrade auch ein Jahr nach Rehabilitationsende den Fragebogen sowie 103 von 147 Patienten aus Schönhagen, was einer Antwortrate von 70% entspricht. 50 Patienten aus Ahrenshoop schickten den letzten Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies macht einen Anteil von 70% der ursprünglichen Stichprobe von 71 Patienten aus (Tab. 5.2).

5.2 Stichprobenbeschreibung

Nachstehend werden die soziodemographischen und medizinischen Merkmale der Patienten aus Interventions- und Vergleichsgruppe beschrieben.

Bezüglich der *soziodemographischen Daten* unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe kaum voneinander (Tab. 5.3). Im Durchschnitt sind die Patienten der Interventionsstichprobe mit 50 Jahren nur wenig älter als die Patienten der Vergleichsstichprobe mit 48 Jahren. Weiterhin sind in beiden Gruppen zu einem höheren Anteil Frauen vertreten (Intervention: 75%, Vergleich: 71%) und die Mehrheit der Studienteilnehmer ist verheiratet (Intervention: 60%, Vergleich: 61%). Die Ausbildung betreffend weist die Hälfte der Patienten in beiden Gruppen eine mittlere Reife auf, 29% der Interventions- und 24% der Vergleichsgruppenteilnehmer geben als Abschluss die Fachhochschulreife oder das Abitur an. Insgesamt sind 91% der Patienten aus der Interventionsgruppe erwerbstätig sowie 85% der Teilnehmer in der Vergleichsgruppe. Das monatliche Familiennettoeinkommen liegt in beiden Gruppen zu einem Drittel zwischen 1000 und 2000 Euro und zu einem weiteren Drittel zwischen 2000 und 3000 Euro.

Hinsichtlich der beruflichen Position unterscheiden sich die Gruppen allerdings signifikant voneinander ($p < .001$). Zwar sind ähnlich viele Teilnehmer in Interventions- und Vergleichsgruppe verbeamtet (jeweils 3%) oder selbstständig (Intervention: 4%, Vergleich: 6%), ein größerer Anteil der Teilnehmer in der Interventionsstichprobe hat jedoch eine Angestelltenposition inne (82% vs. 56%), während die Teilnehmer der Vergleichsstichprobe häufiger Arbeiter sind (36% vs. 11%).

Tab. 5.3: Stichprobenbeschreibung der soziodemographischen Daten von Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

	n	Interventionsgruppe (N=259)	n	Vergleichsgruppe (N=218)	p
Alter (M, SD)	259	49.5 (7.4)	218	48.1 (7.9)	.053 ^A
Geschlecht (%)	259		218		
weiblich		74.9		70.6	.297 ^B
Familienstand (%)	257		215		
ledig		18.3		16.5	
verheiratet		59.5		61.4	.891 ^B
in Trennung/geschieden/verwitwet		22.2		21.9	
Schulabschluss (%)	255		213		
Hauptschulabschluss		19.6		22.1	
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule		50.2		52.1	.446 ^C
Fachhochschulreife/Abitur		29.0		23.5	
kein Abschluss/sonstiges		1.2		2.3	
Berufliche Situation (%)	250		210		
erwerbstätig		91.2		85.2	
arbeitslos		6.8		9.5	.084 ^B
sonstiges		2.0		5.2	
Berufliche Position (%)	254		212		
Arbeiter/in		11.0		35.4	
Angestellte/r		81.9		56.1	<.001 ^B
Beamtin/Beamter		2.8		2.8	
Selbstständige/r		4.3		5.7	
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	240		210		
bis 1000 €		5.8		12.9	
1000- 2000 €		35.8		31.9	
2000- 3000 €		31.7		32.4	.121 ^B
3000- 4000 €		16.7		14.8	
über 4000 €		10.0		8.1	

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

Bezüglich der beruflichen Anforderungen jedoch (einfache vs. schwere Tätigkeit, ohne Fachausbildung vs. Meister/Vorarbeiter etc.) unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander (Tab. 5.4). Der Status und die damit verbundenen Anforderungen der Teilnehmer innerhalb der beruflichen Position ähneln sich.

Tab. 5.4: Stichprobenbeschreibung von Interventions- und Vergleichsgruppe hinsichtlich des beruflichen Status und den beruflichen Anforderungen (N=477)

	n	Interventionsgruppe (N=259)	n	Vergleichsgruppe (N=218)	p ^A
Angestellte(r) (%)	208		119		
einfache Tätigkeit		18.8		19.3	
schwierige Tätigkeit		62.0		56.3	.362
leitende Tätigkeit		19.2		24.4	
Arbeiter(in) (%)	28		75		
ohne Fachausbildung		50.0		41.3	
Facharbeiter(in)		39.3		53.3	.503
Vorarbeiter(in)/Meister(in)		10.7		5.3	

^AChi²-Test

Die Überprüfung der *medizinischen Parameter* zeigt einige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf (Tab. 5.5).

In der Verteilung der Tumordiagnosen unterscheiden sich die Teilnehmer der Interventions- und Vergleichsgruppe signifikant voneinander ($p < .001$). Zwar sind mehrheitlich in beiden Gruppen Patientinnen mit Brustkrebserkrankungen vertreten (Intervention: 38%, Vergleich: 42%), in Bezug auf die Verteilung der weiteren Krebserkrankungen zeigen sich jedoch Unterschiede. Im Vergleich zu 26% der Patienten in der Interventionsgruppe leiden mit 13% weniger der Vergleichsgruppenteilnehmer an Krebserkrankungen der Verdauungsorgane. An einer Krebserkrankung des lymphatischen und blutbildenden Gewebes sind mit 16% mehr Patienten in der Vergleichsgruppe erkrankt als in der Interventionsgruppe (6%).

Während der Anteil an Ersterkrankungen in beiden Gruppen sehr hoch ist (Intervention: 96%, Vergleich: 94%), sind die Patienten der Vergleichsstichprobe zu einem höheren Prozentsatz an einem Tumor mit höherem Tumorstadium erkrankt (basierend auf der T-Klassifikation des Tumors, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors). So weisen diese mit 54% ein T-Stadium von T2 bis T4 auf, während dies im Rahmen der Interventionsteilnehmer auf 45% zutrifft ($p = .009$).

Bezüglich der Gruppierung in die UICC-Krankheitsstadien unterscheiden sich die Patienten beider Gruppen nicht signifikant voneinander ($p = .305$). Am häufigsten fallen sowohl Patienten der Interventions- wie auch Vergleichsgruppe in das Stadium 1 (Intervention: 37%, Vergleich: 33%) und 2 (Intervention: 24%, Vergleich: 26%), während der geringste Anteil der Patienten dem Stadium 4 zuzuordnen ist (Intervention: 8%, Vergleich: 9%). Weiterhin unterscheiden sich die Patienten beider Gruppen signifikant voneinander hinsichtlich des Zeitraums seit Diagnosestellung ($p = .012$). So hat die Mehrheit beider Gruppen (Intervention: 37%, Vergleich: 42%) zwar ihre Diagnose vor 6-12 Monate erhalten.

Bei 24% der Patienten der Interventionsklinik lag die Diagnosestellung jedoch mit 0-3 Monaten weit weniger lang zurück, was in der Vergleichsgruppe nur auf 14% der Patienten zutrifft.

Tab. 5.5: Stichprobenbeschreibung der medizinischen Daten von Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

	n	Interventionsgruppe (N=259)	n	Vergleichsgruppe (N=218)	P ^A
Diagnose (%) BN der/des	259		218		
Brustdrüse		37.5		42.2	
Verdauungsorgane		26.3		12.8	
weiblichen/männliche Genitalorgane		12.4		11.0	
lymphatischen und blutbildenden Gewebes		5.8		16.1	<.001
Schilddrüse		4.6		1.8	
Atmung		3.9		3.7	
sonstiges		9.7		12.4	
Art der Erkrankung (%)	245		194		
Ersterkrankung		95.5		93.8	.428
Rezidiv oder Progress		4.5		6.2	
Zweit- oder Mehrfachmalignome	251		198		
		2.0		3.5	.314
T- Klassifikation (%)	231		169		
Tx/T0/Tis/Ta ^B		10.4		3.6	
T1		45.0		42.6	.009
T2		23.4		35.5	
T3 oder T4		21.2		18.3	
UICC-Stadium (%)	244		187		
Stadium 0		3.7		1.6	
Stadium 1		36.9		33.2	
Stadium 2		23.8		26.2	
Stadium 3		11.9		18.2	.305
Stadium 4		8.2		8.6	
Stadium nicht definiert		15.6		12.3	
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)	257		217		
0-3 Monate		24.1		14.3	
3-6 Monate		15.6		23.5	.012
6-12 Monate		37.0		41.9	
1-2 Jahre		16.3		11.5	
mehr als 2 Jahre		7.0		8.8	
Vollremission (%)	259		218		
ja		92.7		87.0	.080
nein		3.5		7.9	
noch nicht beurteilbar		3.9		5.1	

^AChi²-Test; ^Bspezielle Kennzeichnung bei C 67 „Nichtinvasiv papilläres Karzinom“

Fortsetzung der **Tabelle 5.5:**

Stichprobenbeschreibung der medizinischen Daten von Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

	n	Interventionsgruppe (N=259)	n	Vergleichsgruppe (N=218)	p ^A
Therapien in den letzten 12 Monaten (%)					
Operation	187	73.0	151	70.2	.499
Chemotherapie	104	40.3	122	56.2	.001
Bestrahlung	91	35.1	126	58.3	<.001
Hormontherapie	54	22.7	67	32.2	.024
Art der Reha (%)					
AHB	257	43.2	205	73.2	
Erste Rehabehandlung		40.9		16.6	<.001
Wiederholte Rehabehandlung		16.0		10.2	

^AChi²-Test

Insgesamt weist die Mehrheit der Patienten eine Vollremission der Erkrankung auf (Intervention: 93%, Vergleich: 87%)

In den letzten 12 Monaten erhielten die Patienten der Vergleichstichprobe zu einem größeren Anteil eine Chemotherapie (56% vs. 40%, p=.001), eine Bestrahlung (58% vs. 35%, p<.001) oder eine Hormontherapie (32% vs. 23%, p=.024).

Letztlich liegt ein signifikanter Unterschied in der Rehabilitationsart in den beiden Gruppen vor (p<.001). Mit 73% erhielt ein größerer Anteil der Vergleichsstichprobe eine Anschlussheilbehandlung (AHB) im Vergleich zu 43% der Interventionsgruppe.

6 Ergebnisse

6.1 Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Im Folgenden werden die T1-Daten aufgeschlüsselt für Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für Männer und Frauen dargestellt, um die Ausgangssituation der Stichprobe zu beschreiben. Weiterhin werden die Ergebnisse der Studienteilnehmer in Bezug zu Normwerten gesetzt, sofern diese für die verwendeten Instrumente vorliegen.

Daran anschließend soll untersucht werden, ob Patienten, die sich in der Art der Rehabilitationsmaßnahme voneinander unterscheiden (AHB vs. AHV), unterschiedlich ausgeprägte psychische Belastungen aufweisen sowie unterschiedliche Einschätzungen der eigenen beruflichen Leistungsfähigkeit. Hintergrund ist die Feststellung, dass in der Interventionsgruppe mit 43% ein signifikant geringerer Anteil an Patienten eine AHB-Maßnahme erhalten hat als die Patienten der Vergleichsgruppe mit 73%. Es wird davon ausgegangen, dass die Belastung kurz nach der Akutbehandlung und somit im Rahmen einer AHB größer ist als ein paar Monate später, was sich verzögernd auf den Zeitpunkt der beruflichen Rückkehr und die Höhe der eigenen Leistungseinschätzung auswirken könnte.

6.1.1 Psychosoziale Situation

6.1.1.1 Psychische Belastung (HADS, DT)

Hinsichtlich der Angaben zur psychischen Belastung weisen die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe ähnlich hohe Mittelwerte auf den Skalen der HADS (Angst, Depressivität) und dem Distressthermometer (subjektive Belastung) auf (Tab.6.1).

Bezüglich der HADS-Skalen erreichen sowohl Interventions- wie Vergleichsgruppe im Durchschnitt klinisch unauffällige Werte (gilt für Punktwerte unter 8). Die Angstwerte der Patienten in der Interventionsgruppe liegen bei durchschnittlich 7.4 Punkten, während die Patienten der Vergleichsgruppe einen etwas geringeren Wert von 7.0 aufweisen. Im Vergleich zu den Angstwerten sind die Depressivitätsmittelwerte der Teilnehmer beider Gruppen geringer ausgeprägt (Intervention: $M=5.4$, Vergleich: $M=5.0$). Bei der Einschätzung der subjektiven Belastung anhand des Distressthermometers geben die Interventionspatienten im Mittel einen Wert von 4.9 an, während die Teilnehmer der Vergleichsgruppe bei durchschnittlich 4.4 Punkten liegen. Da die subjektive Belastung ab einem Wert von 5 Punkten als klinisch relevant eingestuft wird, erreichen die Patienten beider Gruppen bezüglich des Distressthermometers im Durchschnitt knapp unauffällige Werte.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Ergebnisse bezüglich der psychischen Belastung zeigt auf (Tab. 6.1), dass die Frauen auf der HADS-Skala Angst durchschnittlich einen höheren Wert als die Männer erreichen (Frauen: $M=7.7$, Männer: $M=6.0$). Hinsichtlich der Depressivität geben die Männer einen etwas höheren Wert an (Frauen: $M=5.1$, Männer:

M=5.5). Auf beiden Skalen liegen die Mittelwerte der Männer und Frauen im klinisch unauffälligen Bereich. Dies trifft ebenfalls auf die Betrachtung der Mittelwerte des Distressthermometers zu, auf welchem die Frauen im Mittel 4.8 Punkte und die Männer 4.5 Punkte erreichen.

Tab. 6.1: Deskriptive Statistik zu Angst- und Depressivitätswerten (HADS) sowie der subjektiven Belastung (DT) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) sowie einer Normstichprobe der HADS (N=2037)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=2037)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Angst (HADS)^B									
Frauen	189	7.9	4.1	151	7.4	3.9	1142	5.0	3.4
Männer	64	5.9	3.6	63	6.2	3.9	895	4.4	3.1
Gesamt	253	7.4	4.1	214	7.0	3.9	--	--	--
Depressivität (HADS)^B									
Frauen	188	5.3	3.8	152	4.9	3.8	1142	4.7	3.9
Männer	64	5.6	3.5	63	5.3	3.7	895	4.6	3.8
Gesamt	252	5.4	3.7	215	5.0	3.8	--	--	--
Subjektive Belastung (DT)^C									
Frauen	190	5.1	2.3	153	4.4	2.4	--	--	--
Männer	65	4.5	2.1	64	4.4	2.2	--	--	--
Gesamt	255	4.9	2.3	217	4.4	2.4	--	--	--

^A(Hinz & Schwarz, 2001),

^Bklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Cklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Setzt man die Ergebnisse der Männer und Frauen bezüglich der HADS-Skalen in Relation zu den durchschnittlichen Werten einer repräsentativen deutschen Normstichprobe (Tab. 6.1, (Hinz & Schwarz, 2001)), so zeigen sich im Hinblick auf beide Geschlechter signifikante Mittelwertsunterschiede. Die Männer der vorliegenden Studie geben eine höhere Belastung durch Angst an (M=6.0) als die Männer der Vergleichsstichprobe (M=4.4, $t(126)=4.842$, $p<.001$). Auch die Frauen der Studie sind mit einem Mittelwert von 7.7 stärker belastet als die Frauen der Bevölkerungsstichprobe mit einem Mittelwert von 5.0 ($t(339)=12.252$, $p<.001$). Im Vergleich zu den Depressivitätswerten der Bevölkerungsstichprobe erreichen Männer wie Frauen der vorliegenden Studie signifikant höhere Mittelwerte (Männer: M=5.5 vs. M=4.6, $t(126)=2.720$, $p=.007$; Frauen: M=5.1 vs. M=4.7, $t(339)=2.161$, $p=.031$).

Die varianzanalytischen Auswertungen zum Vergleich von Interventions- und Vergleichsgruppe führen hinsichtlich der drei gemessenen Parameter zu nicht signifikanten Ergebnissen (Tab. 6.2). Entsprechend schätzen die Patienten beider Gruppen ihre psychische Belastung auf den HADS-Skalen und dem Distressthermometer gleich ein.

Frauen und Männer unterscheiden sich signifikant in ihrer Angsteinschätzung ($p<.001$, Tab. 6.2), jedoch nicht bezogen in ihrem Ausmaß an Depressivität und subjektiver Belastung.

Tab. 6.2: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie auf die subjektive Belastung (DT) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Angst (HADS)			
Gruppe	1	0.085	.771
Geschlecht	1	15.810	<.001
Gruppe*Geschlecht	1	1.020	.313
Depressivität (HADS)			
Gruppe	1	0.790	.375
Geschlecht	1	0.742	.390
Gruppe*Geschlecht	1	0.067	.796
Subjektive Belastung			
Gruppe	1	2.423	.120
Geschlecht	1	1.228	.268
Gruppe*Geschlecht	1	1.141	.286

^AANOVA

Die Aufteilung der Teilnehmer von Interventions- und Vergleichsgruppe in klinisch belastete und unbelastete Patienten nach den gängigen Cut-Off-Werten der HADS (Hermann et al., 1995) und des Distressthermometers (Mehnert et al., 2006) macht deutlich, dass knapp 43% der Patienten in beiden Gruppen eine klinisch relevante Angstsymptomatik aufweisen (Tab. 6.3). Depressivität betreffend sind knapp ein Viertel der Patienten in Interventions- wie auch Vergleichsgruppe klinisch relevant belastet. Bezogen auf die subjektive Belastung geben 59% der Patienten der Interventionsklinik eine mittlere bis starke Belastung an, während dies in der Vergleichsgruppe knapp 51% der Patienten betrifft.

Die statistische Überprüfung, inwiefern sich Interventions- und Vergleichsgruppe bezüglich der Verteilungen in den drei Parametern unterscheiden, führt zu nicht signifikanten Ergebnissen auf den HADS-Skalen. Ein Vergleich der Angaben zur subjektiven Belastung zeigt auf, dass die Patienten der Vergleichsgruppe zu einem signifikant geringeren Anteil klinisch relevant subjektiv belastet sind im Vergleich zu den Interventionspatienten (p=.042, Tab. 6.3).

Tab. 6.3: Angst- und Depressivitätssymptomatik (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Interventionsgruppe (N=259)		Vergleichsgruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%	
Angstsymptomatik	253		214		
unauffällig (0-7)		56.9		57.5	
grenzwertig (8-10)		22.1		23.4	.875
auffällig (≥11)		20.9		19.2	

^AChi²-Test

Fortsetzung der **Tabelle 6.3:**

Angst- und Depressivitätssymptomatik (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Interventionsgruppe (N=259)		Vergleichsgruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%	
Depressivitätssymptomatik	252		215		
unauffällig (0-7)		75.8		75.8	
grenzwertig (8-10)		15.1		14.4	.958
auffällig (≥11)		9.1		9.8	
Subjektive Belastung	255		217		
geringe Belastung (< 5)		39.4		49.3	
mittlere bis starke Belastung (≥5)		59.1		50.7	.042

^AChi²-Test

6.1.1.2 Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen. Bezüglich der fünf erhobenen Funktionskalen und der globalen Lebensqualität schätzen die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe sich ähnlich ein (Tab. 6.4). Mit 74 bis 75 Punkten finden sich die höchsten Durchschnittswerte auf der Skala körperliche Funktion. Die kognitive Funktion wird mit durchschnittlich 70 Punkten ähnlich hoch eingestuft. Ein schlechteres Funktionsniveau wird hingegen am ehesten auf der Skala Rollenfunktion beschrieben mit einem Durchschnittswert von 57 Punkten.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten zeigt auf, dass Frauen mit einem Mittelwert von 60 Punkten ein höheres Funktionsniveau auf der Skala Globale Lebensqualität angeben als Männer mit einem Wert von 56 Punkten. Auch auf der Skala Rollenfunktion erreichen die Frauen im Mittel mit 60 Punkten eine höhere Ausprägung als die Männer mit 50 Punkten. Die emotionale Funktion betreffend geben die Männer mit einem Durchschnittswert von 65 Punkten einen höheren Wert an als die Frauen mit 58 Punkten.

Ein Vergleich der Daten mit den Ergebnissen einer deutschen Bevölkerungsstichprobe zeigt (Schwarz & Hinz, 2001), dass die Patienten der vorliegenden Stichprobe auf allen Funktionsskalen signifikant niedrigere Werte angeben (T-Tests, jeweils $p < .001$, siehe im Anhang Tab. A.1 für statistische Kennwerte). So erreichen die Teilnehmer der Bevölkerungsstichprobe bspw. auf der Skala körperliche Funktion im Schnitt einen Wert von 90, während die Krebspatienten bei einem Wert von durchschnittlich 75 Punkten liegen. Noch höher fallen die Werte der Bevölkerungsstichprobe mit durchschnittlich 91 Punkten auf den Skalen kognitive und soziale Funktion aus, auf denen die Patienten der vorliegenden Studie bei im Mittel 70 Punkten hinsichtlich der kognitiven Funktion und 61 Punkten bezüglich der sozialen Funktion liegen.

Tab. 6.4: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) sowie einer Bevölkerungsstichprobe (N=2041)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Bevölkerungsstichprobe ^A (N=2041)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Funktionsskalen									
Globale Lebensqualität^B									
Frauen	193	59.1	19.5	154	61.5	18.1	--	--	--
Männer	65	55.0	17.0	64	57.9	20.1	--	--	--
Gesamt	258	58.0	18.9	218	60.5	18.7	2041	70.8	22.1
Körperliche Funktion^B									
Frauen	193	75.8	19.2	154	75.0	19.5	--	--	--
Männer	65	73.4	19.4	64	72.8	20.1	--	--	--
Gesamt	258	75.2	19.2	218	74.4	19.6	2041	90.1	16.7
Rollenfunktion^B									
Frauen	193	58.5	31.0	154	60.7	27.0	--	--	--
Männer	65	51.8	32.4	64	47.9	30.1	--	--	--
Gesamt	258	56.8	31.4	218	57.0	28.5	2041	88.0	22.9
Emotionale Funktion^B									
Frauen	193	56.8	25.9	154	60.3	25.1	--	--	--
Männer	65	65.4	22.3	64	64.7	27.0	--	--	--
Gesamt	258	58.9	25.3	218	61.6	25.7	2041	78.7	21.0
Kognitive Funktion^B									
Frauen	193	69.7	26.9	154	67.6	27.5	--	--	--
Männer	65	71.3	24.6	64	75.0	23.8	--	--	--
Gesamt	258	70.1	26.3	218	69.8	26.6	2041	91.2	17.0
Soziale Funktion^B									
Frauen	193	61.5	30.1	154	62.8	26.8	--	--	--
Männer	65	59.7	28.1	64	60.1	27.3	--	--	--
Gesamt	258	61.0	29.5	218	62.1	26.9	2041	91.0	19.4

^A(Schwarz & Hinz, 2001), ^BSkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Die Resultate der varianzanalytischen Prüfungen (Faktoren Gruppe und Geschlecht) sind in Tabelle 6.5 aufgeführt. Bezüglich der Gruppenzugehörigkeit führen die Analysen zu dem Ergebnis, dass sich Interventions- und Vergleichsgruppe in der Höhe der Skalenausprägungen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Somit schätzen die Teilnehmer beider Gruppen ihre globale Lebensqualität und ihre Funktionen gleich ein.

Der varianzanalytische Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt auf, dass die berichteten Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf den Skalen Lebensqualität (p=.049), Rollenfunktion (p=.002) und emotionale Funktion (p=.013) statistisch signifikant sind. Auf den anderen drei Skalen geben beide Geschlechter die gleichen Ausprägungen an (Tab. 6.5).

Tab. 6.5: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die globale Lebensqualität und die Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Funktionsskalen			
Globale Lebensqualität			
Gruppe	1	1.935	.165
Geschlecht	1	3.883	.049
Gruppe*Geschlecht	1	0.016	.901
Körperliche Funktion			
Gruppe	1	0.109	.741
Geschlecht	1	1.255	.263
Gruppe*Geschlecht	1	0.001	.974
Rollenfunktion			
Gruppe	1	0.707	.792
Geschlecht	1	9.984	.002
Gruppe*Geschlecht	1	0.990	.320
Emotionale Funktion			
Gruppe	1	0.307	.580
Geschlecht	1	6.174	.013
Gruppe*Geschlecht	1	0.658	.418
Kognitive Funktion			
Gruppe	1	0.094	.759
Geschlecht	1	2.699	.101
Gruppe*Geschlecht	1	1.120	.291
Soziale Funktion			
Gruppe	1	0.111	.739
Geschlecht	1	0.487	.486
Gruppe*Geschlecht	1	0.011	.917

^AANOVA

Symptomskalen. Die höchsten Belastungen werden von den Patienten in Interventions- wie Vergleichsgruppe bezüglich des Fatiguesymptoms angegeben (beide Gruppen: M=50, Tab. 6.6). Auch Schlaflosigkeit (Intervention: M=48, Vergleich: M=46) und finanzielle Probleme (Intervention: M=40, Vergleich: M=39) werden als problematisch eingeschätzt. Weniger belastend werden Symptome wie Übelkeit (beide Gruppen: M=7), Verstopfung (Intervention: M=11, Vergleich: M=9) oder Durchfall (Intervention: M=12, Vergleich: M=11) erlebt. Auf der Skala Atemnot geben die Patienten der Interventionsgruppe im Schnitt weniger Belastung an (M=24) als die Patienten in der Vergleichsgruppe (M=33).

Männer geben mit einem durchschnittlichen Wert von 45 Punkten an, stärker hinsichtlich finanzieller Probleme belastet zu sein als Frauen mit im Schnitt 38 Punkten. Ein weiterer Unterschied findet sich bezüglich der Belastung durch Schlaflosigkeit. Hier geben Frauen im

Vergleich zu Männern einen höheren Wert an. Sie erlangen von 100 Punkten im Durchschnitt 52, während alle Männer im Mittel bei 33 Punkten liegen.

Die Gegenüberstellung der Belastung hinsichtlich krebsbezogener Symptome der Patienten mit denen einer Bevölkerungsstichprobe (Schwarz & Hinz, 2001) zeigt unterschiedlich hoch ausgeprägte Werte über alle Skalen hinweg (Tab. 6.6). In allen Bereichen geben die Krebspatienten signifikant höhere Mittelwerte und somit eine höhere Belastung an (T-Tests, jeweils $p < .001$, siehe im Anhang Tab. A.2 für statistische Kennwerte). Dies wird am deutlichsten hinsichtlich des Fatiguesymptoms. Die Patienten geben im Mittel einen Belastungswert von 50 Punkten an, während die Bevölkerungsstichprobe mit einem Durchschnittswert von 17 Punkten weit darunter liegt. Die geringsten Ausprägungen erreicht die Bevölkerungsstichprobe auf den Skalen Übelkeit (M=3) und Durchfall (M=3). Dies gilt, wie bereits diskutiert, auch für die Krebspatienten. Im Durchschnitt sind deren Mittelwerte aber weiterhin signifikant höher (Übelkeit M=7, Durchfall M=11, jeweils $p < .001$, siehe Tab. A.2).

Tab. 6.6: Deskriptive Statistik zu den Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) sowie einer Bevölkerungsstichprobe (N=2041)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Bevölkerungsstichprobe ^A (N=2041)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Symptomskalen									
Fatigue^B									
Frauen	193	50.7	26.5	154	49.8	26.4	--	--	--
Männer	65	49.6	23.2	64	49.3	26.8	--	--	--
Gesamt	258	50.4	25.7	218	49.7	26.4	2041	17.1	22.0
Übelkeit^B									
Frauen	193	6.0	15.1	154	7.1	18.6	--	--	--
Männer	65	8.7	17.0	64	7.0	19.9	--	--	--
Gesamt	258	6.7	15.6	218	7.1	18.9	2041	2.8	9.9
Schmerzen^B									
Frauen	193	34.7	31.1	154	34.1	28.5	--	--	--
Männer	65	36.7	26.1	64	34.1	30.2	--	--	--
Gesamt	258	35.3	29.9	218	34.1	28.9	2041	15.4	24.4

^A(Schwarz & Hinz, 2001), ^BSkala von 0 bis 100 (100 \cong maximale Einschränkung)

Fortsetzung der **Tabelle 6.6:**

Deskriptive Statistik zu den Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) sowie einer Bevölkerungsstichprobe (N=2041)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Vergleichsstichprobe ^A (N=2041)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Symptomskalen									
Atemnot^B									
Frauen	193	22.4	28.1	154	32.7	33.3	--	--	--
Männer	65	28.2	31.9	64	33.9	34.9	--	--	--
Gesamt	258	23.9	29.1	218	33.0	33.7	2041	8.1	20.3
Schlaflosigkeit^B									
Frauen	193	56.7	34.9	154	52.2	35.9	--	--	--
Männer	65	33.8	32.0	64	31.3	34.1	--	--	--
Gesamt	258	47.9	35.1	218	46.0	36.6	2041	16.4	27.2
Appetitlosigkeit^B									
Frauen	193	13.5	26.4	154	14.5	26.4	--	--	--
Männer	65	18.5	30.1	64	15.6	25.1	--	--	--
Gesamt	258	14.7	27.4	218	14.8	26.0	2041	5.4	16.0
Verstopfung^B									
Frauen	193	12.8	26.5	154	9.5	23.1	--	--	--
Männer	65	6.7	20.6	64	8.9	23.9	--	--	--
Gesamt	258	11.2	25.3	218	9.3	23.3	2041	3.6	13.7
Durchfall^B									
Frauen	193	9.3	22.4	154	11.0	24.7	--	--	--
Männer	65	18.5	27.0	64	11.5	26.7	--	--	--
Gesamt	258	11.6	23.9	218	11.2	25.3	2041	2.8	11.7
Finanzielle Probleme^B									
Frauen	193	39.0	34.5	154	36.2	35.0	--	--	--
Männer	65	43.6	36.8	64	46.9	35.5	--	--	--
Gesamt	258	40.2	35.4	218	39.3	35.4	2041	6.0	18.2

^A(Schwarz & Hinz, 2001), ^BSkala von 0 bis 100 (100 \equiv maximale Einschränkung)

Die durchgeführten Varianzanalysen mit den Faktoren Gruppe und Geschlecht führen zu dem Ergebnis, dass sich die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe auf den Symptomskalen lediglich auf der Skala Atemnot signifikant voneinander unterscheiden ($p=.014$, Tab. 6.7). Auf den anderen acht Symptomskalen berichten die Patienten beider Gruppen ähnliche Belastungen.

Die Mittelwertsunterschiede zwischen Männern und Frauen auf den Skalen finanzielle Probleme ($p=.036$) und Schlaflosigkeit ($p<.001$) sind ebenfalls statistisch signifikant. In allen anderen Bereichen sind Frauen und Männer nicht unterschiedlich stark belastet.

Tab. 6.7: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Symptomskalen			
Fatigue			
Gruppe	1	0.042	.837
Geschlecht	1	0.088	.766
Gruppe*Geschlecht	1	0.011	.915
Übelkeit			
Gruppe	1	0.027	.869
Geschlecht	1	0.518	.472
Gruppe*Geschlecht	1	0.612	.434
Schmerzen			
Gruppe	1	0.271	.603
Geschlecht	1	0.105	.746
Gruppe*Geschlecht	1	0.100	.752
Atemnot			
Gruppe	1	6.021	.014
Geschlecht	1	1.144	.285
Gruppe*Geschlecht	1	0.501	.479
Schlaflosigkeit			
Gruppe	1	0.187	.665
Geschlecht	1	30.611	<.001
Gruppe*Geschlecht	1	0.084	.772
Appetitlosigkeit			
Gruppe	1	0.107	.744
Geschlecht	1	1.222	.270
Gruppe*Geschlecht	1	0.489	.485
Verstopfung			
Gruppe	1	0.045	.832
Geschlecht	1	1.818	.178
Gruppe*Geschlecht	1	1.171	.280
Durchfall			
Gruppe	1	1.099	.295
Geschlecht	1	3.584	.059
Gruppe*Geschlecht	1	2.982	.085
Finanzielle Probleme			
Gruppe	1	0.003	.954
Geschlecht	1	4.425	.036
Gruppe*Geschlecht	1	0.719	.397

^AANOVA

6.1.2 Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit

Im Folgenden sind aus Patientensicht Angaben zum Thema Erwerbsfähigkeit in Folge der Krebserkrankung aufgeführt. Dabei handelt es sich um Teilergebnisse des SIBAR (Scree-

ning-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation) und um Antworten auf berufsbezogene Fragen, die bereits im Rahmen anderer Studien entwickelt und eingesetzt wurden. Es werden neben der eigenen Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der geplante Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit und die eigene Einschätzung der Erwerbsfähigkeit bis zur Rente aufgeführt.

Absicht, in den Beruf zurückzukehren. Knapp 93% der Patienten in der Interventionsgruppe und 89% der Patienten in der Vergleichsgruppe beabsichtigen bei Beginn der Rehabilitation, ihre Erwerbstätigkeit nach der Maßnahme wieder aufzunehmen. Von den Frauen planen 90% eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, der Anteil der Männer liegt bei 95%. Eine gruppen- sowie geschlechtsspezifische statistische Untersuchung führt zu keinen signifikanten Ergebnissen.

Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit. Bezüglich des geplanten Zeitpunkts der Rückkehr zur Arbeit gibt ein signifikant höherer Anteil an Patienten in der Interventionsgruppe an, direkt nach der Rehabilitation oder spätestens innerhalb eines halben Jahres zur Arbeit zurückkehren zu wollen (Intervention: 92%, Vergleich: 85%, $p=.022$). Mit 9% in der Vergleichsgruppe geht ein höherer Anteil als in der Interventionsgruppe mit 4% davon aus, erst innerhalb eines Jahres oder noch später wieder in das Arbeitsleben einzusteigen.

Männer und Frauen ähneln sich in ihrer Planung. So möchte der Großteil (Frauen: 62%, Männer: 71%) innerhalb eines halben Jahres an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Entsprechend führt eine statistische Analyse der Verteilung nicht zu einem signifikanten Ergebnis (Tab. 6.8).

Tab. 6.8: Geplanter Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit bei Frauen und Männern und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p^A	Interventionsgruppe (N=259)		Vergleichsgruppe (N=218)		p^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
sofort	88	25.8	26	20.3		75	29.3	39	18.3	
innerhalb von 6 Monaten	211	61.9	91	71.1		160	62.5	142	66.7	
innerhalb von 12 Monaten	12	3.5	5	3.9	.164	7	2.7	10	4.7	.022
nach einem Jahr	9	2.6	4	3.1		4	1.6	9	4.2	
gar nicht mehr	21	6.2	2	1.6		10	3.9	13	6.1	

^AChi²-Test

Momentane Leistungsfähigkeit. Patienten der Interventionsgruppe beurteilen ihre Leistungsfähigkeit mit 14% signifikant häufiger als uneingeschränkt im Vergleich zu 7% in der Vergleichsgruppe ($p=.044$, Tab. 6.9). Entsprechend geben mehr Patienten der Vergleichsgruppe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit an (Intervention: 72%, Vergleich: 79%). Eine Betrachtung der Ergebnisse von Männern und Frauen zeigt, dass beide Geschlechter mehrheitlich ihre eigene Leistungsfähigkeit als eingeschränkt einschätzen (Frauen: 76 %, Männer: 71%) und sich in ihren Angaben nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Im Hinblick auf die Ursache der eingeschränkten Leistungsfähigkeit geben 88% der Interventionsteilnehmer und 90% der Vergleichsgruppe an, aufgrund der Krebserkrankung eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit zu erleben. Dies trifft ebenso auf 88% der Frauen und 91% der Männer zu. Es lassen sich weder statistisch signifikante geschlechts- noch gruppenspezifische Unterschiede finden (Tab. 6.9).

Bezüglich der eigenen Einschätzung der täglichen Arbeitskraft nach der Rehabilitation geben die Patienten der Interventionsgruppe mehrheitlich zu 53% an, über sechs Stunden täglich arbeiten zu können, in der Vergleichsgruppe sind es weniger mit 39%. Hier gibt die Mehrheit an (45%), dass drei bis sechs Stunden möglich seien. Frauen schätzen ihre tägliche Arbeitskraft mehrheitlich (46%) zwischen drei und sechs Stunden täglich ein, während die Mehrheit der Männer (60%) angibt, über sechs Stunden arbeiten zu können.

Die unterschiedliche Verteilung zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ($p=.008$) sowie zwischen Männern und Frauen ($p=.001$) ist statistisch signifikant.

Bezogen auf die Frage, inwiefern trotz vorhandener Beschwerden die bisherige berufliche Tätigkeit noch ausgeübt werden kann, gehen mit 62% in der Interventionsgruppe mehr Patienten davon aus, ihre berufliche Tätigkeit weiterhin ausüben zu können im Vergleich zu 46% in der Vergleichsgruppe. Frauen und Männer äußern sich zur Hälfte eindeutig optimistisch, ihre Arbeit wiederaufnehmen zu können (Frauen: 56%. Männer: 53%, Tab. 6.9).

Eine gruppen- und geschlechtsspezifische Analyse der Ergebnisse führt zu signifikanten gruppenspezifischen Unterschieden ($p=.001$).

Tab. 6.9: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit bei Frauen und Männern und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A	Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
eigene Leistungseinschätzung										
voll leistungsfähig	38	11.1	13	10.1	.278	36	14.2	15	7.0	.044
eingeschränkt leistungsfähig	261	76.3	89	71.3		182	71.9	168	78.5	
gar nicht leistungsfähig	43	12.6	23	18.4		35	13.8	31	14.5	
eingeschränkte Leistung										
durch eine Krebserkrankung	275	88.4	106	90.6	.267	201	88.2	180	90.0	.504
durch eine andere Erkrankung	12	3.9	1	0.9		9	3.9	4	2.0	
sowohl durch eine Krebs- wie eine andere Erkrankung	24	7.7	10	8.5		18	7.9	16	8.0	
eigene Einschätzung der täglichen Arbeitskraft										
> 6 Stunden täglich	140	41.3	75	59.5	.001	133	52.6	82	38.7	.008
3-6 Stunden täglich	156	46.0	34	27.0		95	37.5	95	44.8	
< 3 Stunden	24	7.1	6	4.8		15	5.9	15	7.1	
gar nicht	19	5.6	11	8.7		10	4.0	20	9.4	
Möglichkeit, die <i>bisherige</i> berufliche Tätigkeit trotz Beschwerden ausüben zu können										
nein, sicher nicht	16	4.6	9	7.0	.113	7	2.7	18	8.3	.001
vermutlich nicht	19	5.5	10	7.8		10	3.9	19	8.8	
unsicher	60	17.4	13	10.2		35	13.7	38	17.5	
vielleicht ja	58	16.8	30	23.4		45	17.6	43	19.8	
ja, bestimmt	192	55.7	66	52.6		159	62.1	99	45.6	

^AChi²-Test

Zukünftige Erwerbstätigkeit. Die Mehrheit der Patienten (65% bis 71%) ist optimistisch trotz des momentanen Gesundheitszustands bis zum Erreichen des Rentenalters erwerbstätig sein zu können. Es ergeben sich keine gruppen- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verteilung. Dennoch wird deutlich, dass ein signifikant größerer Anteil an Patienten in der Vergleichsgruppe überlegt, einen Rentenantrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit zu stellen (Intervention: 17%, Vergleich: 25%, p=.026). Sowohl Männer wie Frauen planen zu 19% bis 24% einen Antrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit. Es findet sich kein signifikanter Unterschied in der Verteilung hinsichtlich des Geschlechts (Tab. 6.10).

Bezüglich des Stellenwerts der Arbeit gibt die Mehrheit an, die Arbeit als wichtig zu erachten, der Gesundheit jedoch einen höheren Stellenwert beizumessen. Weder die Patientengruppen noch Männer und Frauen unterscheiden sich in der Einschätzung signifikant voneinander.

Tab. 6.10: Eigene Einschätzungen bezüglich der Erwerbstätigkeit bis ins Rentenalter und Stellenwert der Arbeit bei Frauen und Männern und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A	Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Erwerbsfähigkeit bis zur Rente										
ja	224	67.5	86	69.4	.701	175	70.9	135	64.6	.154
Planung eines Antrags auf verminderte Erwerbsfähigkeit										
ja	63	18.9	30	23.8	.151	42	16.7	51	24.5	.026
Stellenwert der zukünftigen Erwerbstätigkeit										
wichtig, schnelle Rückkehr gewünscht	338	34.3	128	34.4	.332	87	34.7	73	34.0	.919
wichtig, jedoch Gesundheit wichtiger	338	59.2	128	63.3		149	59.4	132	61.4	
keine Erwerbstätigkeit mehr gewollt	338	3.3	128	1.6		8	3.2	5	2.3	
bereits zurückgekehrt	338	3.3	128	0.8		7	2.8	5	2.3	

^AChi²-Test

6.1.3 Berufliche Belastung und Bedarf an beruflichen Angeboten

Zur Beschreibung der beruflichen Situation, des Ausmaß an bestehender beruflicher Belastung und des Bedarfs an berufsbezogenen Angeboten im Rahmen der Rehabilitation werden die Ergebnisse des adaptierten FLZ^M, des SIBAR, AVEM und ERI dargestellt.

6.1.3.1 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Im Mittel geben sowohl die Patienten der Interventions- wie auch Vergleichsgruppe eine hohe Zufriedenheit mit der beruflichen (Intervention: M=4.6, Vergleich: M=4.5, Tab. 6.11) wie finanziellen (Intervention: M=4.3, Vergleich: M=4.2) Situation an.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung weist daraufhin, dass die Männer über beide Gruppen hinweg weniger stark zufrieden mit ihrer finanziellen Situation sind als die Frauen (Männer: M=4.0, Frauen: M=4.4). Bezüglich des Ausmaß an beruflicher Zufriedenheit geben sie wiederum ähnlich hohe Werte an (Männer: M=4.3, Frauen: M=4.6).

Tab. 6.11: Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

Lebenszufriedenheit (FLZ ^M)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)		
	n	M	SD	n	M	SD
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^A						
Frauen	188	4.6	1.9	192	4.4	1.7
Männer	65	4.4	1.8	65	4.2	1.5
Gesamt	253	4.6	1.9	212	4.5	1.8
Finanzielle Lage^A						
Frauen	149	4.5	1.8	154	4.4	1.5
Männer	63	4.3	1.7	63	3.7	1.7
Gesamt	257	4.3	1.6	217	4.2	1.6

^ASkala: 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Eine varianzanalytische Überprüfung der Daten zeigt auf, dass sich die Patienten aus Interventions- und Vergleichsgruppe bezüglich der Höhe ihrer Angaben zur Zufriedenheit nicht signifikant voneinander unterscheiden (Tab. 6.12). Der bereits berichtete Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation ist jedoch signifikant ($p=.007$), die berufliche Zufriedenheit wird gleich hoch eingestuft.

Tab. 6.12: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die 2 Skalen der Fragen zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung			
Gruppe	1	0.223	.637
Geschlecht	1	1.338	.248
Gruppe*Geschlecht	1	0.016	.898
Finanzielle Lage			
Gruppe	1	1.575	.210
Geschlecht	1	7.393	.007
Gruppe*Geschlecht	1	3.185	.075

^AANOVA

6.1.3.2 Frühberentungsrisiko, berufliche Belastung und Bedarf an berufsbezogenen Angeboten (SIBAR)

Frühberentungsrisiko. Knapp 28% der Patienten in der Vergleichsgruppe weisen ein Risiko zur Frühberentung auf im Vergleich zu 18% der Patienten in der Interventionsgruppe (Tab. 6.13). Von den Frauen wird 20% aufgrund der sozialen und medizinischen Kriterien ein Frühberentungsrisiko zugeschrieben, während dies auf 28% der Männer zutrifft.

Die Verteilung des Frühberentungsrisikos in Interventions- und Vergleichsgruppe unterscheidet sich signifikant voneinander ($p=.027$). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist nicht signifikant.

Tab. 6.13: Frühberentungsrisiko in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frühberentungsrisiko vorhanden		Frühberentungsrisiko nicht vorhanden		p ^A
	n	%	n	%	
Interventionsgruppe (N=259)	41	18.4	182	81.6	.027
Vergleichsgruppe (N=218)	51	27.6	134	72.4	
Frauen (N=348)	60	20.4	234	79.6	.097
Männer (N=129)	32	28.1	82	71.9	

^AChi²-Test

Berufliches Belastungserleben. 18% der Interventionsgruppe und 20% der Vergleichsgruppe berichten von beruflichen Belastungen, während Frauen und Männer sich zu 17% bis 20% beruflich belastet fühlen (Tab. 6.14).

Die Überprüfung auf signifikante Unterschiede im Ausmaß der Belastung zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe sowie zwischen Männern und Frauen zeigt keine signifikanten Ergebnisse auf.

Tab. 6.14: Berufliche Belastung in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	berufliche Belastung vorhanden		berufliche Belastung nicht vorhanden		p ^A
	n	%	n	%	
Interventionsgruppe (N=259)	47	18.4	208	81.6	.724
Vergleichsgruppe (N=218)	42	19.7	171	80.3	
Frauen (N=348)	68	19.9	273	80.1	.404
Männer (N=129)	21	16.5	106	83.5	

^AChi²-Test

Bedarf an berufsbezogenen Angeboten in der Rehabilitation. Ein Viertel der Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie der Männer und Frauen geben bezüglich der eigenen Bedarfseinschätzung hinsichtlich berufsbezogener Angebote im Rahmen der Rehabilitation an, Unterstützung als sehr hilfreich zu erleben (Tab. 6.15).

Ein Vergleich der beiden Gruppen bezüglich des Bedarfs an Unterstützung ergibt keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung. Dies gilt ebenso für den Vergleich von Männern und Frauen.

Tab. 6.15: Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Bedarf an Angeboten vorhanden		Bedarf an Angeboten nicht vorhanden		p ^A
	n	%	n	%	
Interventionsgruppe (N=259)	67	27.1	180	72.9	.471
Vergleichsgruppe (N=218)	51	24.2	160	75.8	
Frauen (N=348)	87	26.1	246	73.9	.773
Männer (N=129)	31	24.8	94	75.2	

^AChi²-Test

Klinische Bedarfseinschätzung. Die Mehrheit der Patienten in beiden Gruppen benötigt mit 54% keine berufsspezifischen Angebote im Rahmen der Rehabilitation (Tab. 6.16). Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe unterscheiden sich jedoch darin, dass ein größerer Anteil von Patienten aus der Interventionsgruppe mit 26% prophylaktisch berufsbezogene Angebote erhalten sollte im Vergleich zu 20% der Vergleichsgruppe. Weiterhin wird nur in 7% der Fälle empfohlen, die Patienten der Interventionsgruppe zu motivieren, die Angebote anzunehmen, während dies auf knapp 15% der Vergleichsgruppe zutrifft.

Nach den Bewertungskriterien des SIBAR benötigen die Hälfte der Frauen und Männer keine berufsorientierten Angebote im Rahmen der Rehabilitation. Rund 13% sollten eine Intervention erhalten und 11% der Männer und Frauen sollten für berufsbezogene Angebote sensibilisiert und motiviert werden. Den übrigen 22% sollte prophylaktisch ein Behandlungsangebot gemacht werden.

Abhängig von der Gruppenzugehörigkeit fallen die klinischen Bedarfseinschätzungen signifikant unterschiedlich aus (p=.033). Die Empfehlungen für Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrem Ausmaß nicht signifikant voneinander.

Tab. 6.16: Klinische Bedarfseinschätzung an berufsbezogenen Behandlungen in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A	Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
kein Bedarf	157	55.1	58	51.8	.470	120	55.8	95	52.2	.033
Bedarf	33	11.6	16	14.3		25	11.6	24	13.2	
Motivation	26	9.1	15	13.4		14	6.9	27	14.8	
Prophylaxe	69	24.2	23	20.5		56	26.0	36	19.8	

^AChi²-Test

6.1.3.3 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Berufliches Engagement. Auf den fünf Skalen, die die Autoren des AVEM zu der übergeordneten Dimension „Berufliches Engagement“ zählen (Schaarschmidt & Fischer, 2006), erreichen die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe die höchsten Ausprägungen auf den beiden Skalen Perfektionsstreben (Intervention: M=21.9, Vergleich: M=22.6) und Distanzierungsfähigkeit (Intervention: M=19, Vergleich: M=18.9; Tab. 6.17). Frauen geben einen geringeren beruflichen Ehrgeiz an als Männer (Frauen: M=15.2, Männer: M=17.4). Auf den anderen vier Skalen ähneln sich die Mittelwerte beider Geschlechter.

Der Vergleich mit einer Normstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) zeigt signifikante Unterschiede der Durchschnittswerte auf vier der fünf Skalen auf (T-Tests, siehe im Anhang Tab. A.3 für statistische Kennwerte). Während sowohl Patienten der Interventions- wie auch Vergleichsgruppe in Relation zur Norm einen geringer ausgeprägten beruflichen Ehrgeiz angeben (T-Test, jeweils $p < .001$), berichten sie in beiden Gruppen eine signifikant höher ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit als die Norm (T-Test, jeweils $p < .001$). Darüber hinaus unterscheidet sich die Interventionsgruppe zusätzlich auf den Skalen „Verausgabungsbereitschaft“ und „Perfektionsstreben“ signifikant von der Eichstichprobe. In beiden Fällen erreichen die Patienten der vorliegenden Studie geringere Werte als die Norm. Entsprechend geben sie an, sich weniger stark im Rahmen der Arbeit zu verausgaben (T-Test, $p < .001$) und weniger stark nach Perfektion zu streben (T-Test, $p = .029$, Tab. A.3).

Tab. 6.17: Deskriptive Statistik der AVEM-Skalen „Berufliches Engagement“ in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1) und Werte einer Normstichprobe (N=3168)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=3168)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement									
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit^B									
Frauen	190	16.1	4.9	149	16.0	5.1	--	--	--
Männer	61	16.0	4.8	62	16.6	4.9	--	--	--
Gesamt	251	16.1	4.8	211	16.2	5.1	3168	16.3	4.7
Beruflicher Ehrgeiz^B									
Frauen	186	15.2	4.2	148	15.2	4.7	--	--	--
Männer	59	17.1	4.8	62	17.7	4.5	--	--	--
Gesamt	245	15.6	4.4	210	16.0	4.8	3168	18.3	5.0
Verausgabungsbereitschaft^B									
Frauen	188	17.9	5.2	149	18.3	5.0	--	--	--
Männer	60	17.5	4.9	62	18.7	4.0	--	--	--
Gesamt	248	17.8	5.1	211	18.4	4.7	3168	19.0	4.4
Perfektionsstreben^B									
Frauen	190	22.0	4.3	149	22.3	4.8	--	--	--
Männer	62	21.5	4.6	61	23.3	4.3	--	--	--
Gesamt	252	21.9	4.4	210	22.6	4.7	3168	22.5	4.1
Distanzierungsfähigkeit^B									
Frauen	190	19.1	5.0	150	18.9	5.0	--	--	--
Männer	61	18.7	5.6	62	18.8	5.5	--	--	--
Gesamt	251	19.0	5.2	212	18.9	5.1	3168	17.6	5.1

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

Interventions- und Vergleichsstichprobe unterscheiden sich signifikant voneinander bezüglich der Mittelwertsausprägung auf der Skala Perfektionsstreben (Intervention: M=21.9, Vergleich: M=22.6, p=.026, Tab 6.18). Der berichtete Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Angabe zum beruflichen Ehrgeiz ist ebenfalls statistisch signifikant (Frauen: M=15.2, Männer: M=17.4, p<.001).

Tab. 6.18: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die AVEM-Skalen „Berufliches Engagement“ zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Berufliches Engagement			
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit			
Gruppe	1	0.242	.623
Geschlecht	1	0.242	.623
Gruppe*Geschlecht	1	0.510	.476
Beruflicher Ehrgeiz			
Gruppe	1	0.546	.460
Geschlecht	1	21.642	<.001
Gruppe*Geschlecht	1	0.365	.546
Verausgabungsbereitschaft			
Gruppe	1	2.055	.152
Geschlecht	1	0.000	.984
Gruppe*Geschlecht	1	0.560	.454
Perfektionsstreben			
Gruppe	1	4.971	.026
Geschlecht	1	0.273	.601
Gruppe*Geschlecht	1	2.907	.089
Distanzierungsfähigkeit			
Gruppe	1	0.010	.919
Geschlecht	1	0.201	.654
Gruppe*Geschlecht	1	0.101	.750

^AANOVA

Widerstandskraft. Der Fertigkeit der Widerstandskraft innerhalb des Berufslebens ordnen die Autoren die Skalen „Resignationstendenz bei Misserfolg“, „Offensive Problembewältigung“ und „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“ zu. Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe erreichen auf allen drei Skalen sehr ähnliche Durchschnittswerte (Tab. 6.19). Frauen und Männer zeigen nur einen marginalen Unterschied in der Mittelwertsausprägung bezüglich der Skala „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“ auf. So geben Frauen im Durchschnitt mit einem Mittelwert von 19 Punkten über beide Gruppen hinweg an, eine weniger stark ausgeprägte innere Ruhe und Ausgeglichenheit im Berufsleben zu haben als die Männer mit einem Mittelwert von 20 Punkten.

Sowohl Patienten der Interventions- wie Vergleichsgruppe weisen einen signifikant geringeren Durchschnittswert hinsichtlich der eigenen inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf als Personen der Normstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) (jeweils T-Test, Intervention: p=.009, Vergleich: p=.007; siehe im Anhang Tab. A.4 für statistische Kennwerte).

Auch bezogen auf die Angaben zur „Offensiven Problembewältigung“ ergeben sich Unterschiede im Vergleich zwischen Interventionsgruppe und Normstichprobe. So berichten die Patienten der vorliegenden Studie einen signifikant geringeren Wert und somit eine weniger gute Problembewältigung im Vergleich zu der Eichstichprobe (T-Test, $p < .001$, Tab. A.4).

Tab. 6.19: Deskriptive Statistik der AVEM-Skalen „Widerstandskraft“ in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1) und Werte einer Normstichprobe (N=3168)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=3168)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Widerstandskraft									
Resignationstendenz bei Misserfolgen^B									
Frauen	188	15.7	4.4	146	16.0	4.4	--	--	--
Männer	59	14.6	3.8	62	16.0	4.5	--	--	--
Gesamt	247	15.5	4.3	208	16.0	4.4	3168	15.4	4.4
Offensive Problembewältigung^B									
Frauen	190	21.0	3.6	147	21.6	3.6	--	--	--
Männer	62	21.3	4.1	62	22.1	3.7	--	--	--
Gesamt	252	21.0	3.7	209	21.8	3.5	3168	22.2	3.5
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit^B									
Frauen	190	19.0	4.7	149	19.1	4.2	--	--	--
Männer	62	20.3	4.1	62	19.9	4.3	--	--	--
Gesamt	252	19.4	4.6	211	19.3	4.2	3168	20.1	4.4

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

Auf keiner der drei Skalen liegen signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der Interventions- und Vergleichsgruppe vor (Tab. 6.20). Entsprechend geben beide Gruppen eine ähnlich ausgeprägte Widerstandskraft im Beruf an. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich der Skala „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“ ist statistisch signifikant ($p = .022$).

Tab. 6.20: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die AVEM-Skalen „Widerstandskraft“ zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Widerstandskraft			
Resignationstendenz bei Misserfolgen			
Gruppe	1	3.030	.082
Geschlecht	1	1.387	.240
Gruppe*Geschlecht	1	1.261	.262

^AANOVA

Fortsetzung der **Tabelle 6.20**:

Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die AVEM-Skalen „Widerstandskraft“ zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Widerstandskraft			
Offensive Problembewältigung			
Gruppe	1	3.733	.054
Geschlecht	1	1.017	.314
Gruppe*Geschlecht	1	0.045	.832
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit			
Gruppe	1	0.133	.715
Geschlecht	1	5.318	.022
Gruppe*Geschlecht	1	0.161	.688

^AANOVA

Emotionen und Wohlbefinden. Die emotionale Situation wird anhand des „Erfolgserlebens im Beruf“, der „Lebenszufriedenheit“ und der „sozialen Unterstützung“ erhoben (Schaarschmidt & Fischer, 2006). Die Patienten beider Gruppen geben auf allen drei Skalen ähnlich hohe Werte an (Tab. 6.21). Das „Erleben sozialer Unterstützung“ wird am höchsten bewertet (Intervention: M=23.0, Vergleich: M=23.2). Auch Männer und Frauen unterscheiden sich in der Höhe ihrer Einschätzungen auf allen drei Skalen kaum voneinander.

Gemessen an den Kennwerten der Normstichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2006) wird bezüglich den Angaben zur Lebenszufriedenheit deutlich, dass die Patienten der vorliegenden Stichprobe über beide Gruppen hinweg signifikant geringere Werte angeben (jeweils T-Tests, Intervention: p=.009, Vergleich: p=.001, siehe im Anhang Tab. A.5 für statistische Kennwerte). Hinsichtlich des Erfolgserlebens im Beruf wiederum unterscheidet sich nur der Durchschnittswert der Vergleichsgruppe signifikant von dem der Norm. So geben die Patienten weniger Erfolgserleben an (p<.001).

Tab. 6.21: Deskriptive Statistik der AVEM-Skalen „Emotionen und Wohlbefinden“ in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1) und Werte einer Normstichprobe (N=3168)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=3168)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Emotionen und Wohlbefinden									
Erfolgserleben im Beruf^B									
Frauen	190	21.6	3.9	149	20.9	4.4	--	--	--
Männer	61	21.8	3.6	61	21.2	3.6	--	--	--
Gesamt	251	21.7	3.8	210	21.0	4.2	3168	22.1	3.9

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

Fortsetzung der **Tabelle 6.21**:

Deskriptive Statistik der AVEM-Skalen „Emotionen und Wohlbefinden“ in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1) und Werte einer Normstichprobe (N=3168)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=3168)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Emotionen und Wohlbefinden									
Lebenszufriedenheit^B									
Frauen	185	21.1	4.3	148	20.8	3.9	--	--	--
Männer	60	20.8	4.0	62	20.8	3.8	--	--	--
Gesamt	245	21.0	4.2	210	20.8	3.9	3168	21.7	3.9
Erleben sozialer Unterstützung^B									
Frauen	168	23.2	4.2	139	22.9	4.4	--	--	--
Männer	57	22.3	4.2	52	23.7	3.0	--	--	--
Gesamt	225	23.0	4.2	191	23.2	4.1	3168	22.7	4.3

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

Varianzanalytische Überprüfungen für die Faktoren Gruppe und Geschlecht hinsichtlich der Mittelwerte auf den drei Skalen führen zu nicht-signifikanten Ergebnissen (Tab. 6.22).

Tab. 6.22: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die AVEM-Skalen „Emotionen und Wohlbefinden“ zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Emotionen und Wohlbefinden			
Erfolgserleben im Beruf			
Gruppe	1	2.791	.096
Geschlecht	1	0.287	.592
Gruppe*Geschlecht	1	0.006	.940
Lebenszufriedenheit			
Gruppe	1	0.049	.824
Geschlecht	1	0.195	.659
Gruppe*Geschlecht	1	0.100	.752
Erleben sozialer Unterstützung			
Gruppe	1	1.574	.210
Geschlecht	1	0.010	.921
Gruppe*Geschlecht	1	3.253	.072

^AANOVA

6.1.3.4 Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)

Bezüglich der Verausgabung am Arbeitsplatz (Ergebnisse der Skala basieren auf der sechs Item-Version, im Englischen „blue-collar (Siegrist et al., 2004)) geben die Interventions- und die Vergleichsgruppe eine gleiche Ausprägung mit durchschnittlich 15.5 Punkten an (Tab. 6.23). Auch auf den Skalen „Belohnung“ und „Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft“ ähneln sich die Angaben beider Gruppen. Die Betrachtung der Belohnungsunterskalen macht deutlich, dass die Patienten die Belohnung durch Anerkennung am höchsten einschätzen (beide $M=22$), während die Unterskala „Arbeitsplatzsicherheit“ mit $M=8.2$ (Intervention) bzw. $M=8.0$ (Vergleich) die geringsten Durchschnittswerte aufweist. Die Berechnung des Risiko-Index (Summenwert der 6-Itemskala „Verausgabung“/Summenwert „Belohnung“) zeigt auf, dass die Teilnehmer beider Gruppen im Mittel unter dem Cut-Off-Wert von 1 liegen und somit kein Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise aufweisen (Intervention: $M=0.61$, Vergleich: $M=0.66$).

Eine getrennte Betrachtung der Ergebnisse von Frauen und Männern zeigt auf, dass diese sich auf allen Skalen kaum voneinander unterscheiden (Tab. 6.23). So geben beide Geschlechter durchschnittlich bezüglich der Verausgabung einen Wert von 15 Punkten an. Hinsichtlich der Belohnung berichten Frauen wie Männer ähnlich hohe Werte bezüglich der erhaltenen Anerkennung (Frauen und Männer: $M=22$), der Bezahlung bzw. der vorhandenen Aufstiegschancen (Frauen: $M=16$, Männer: $M=17$) und der Arbeitsplatzsicherheit (Frauen und Männer: $M=8$). Von maximal 24 Punkten, die erreicht werden können und auf eine hohe Verausgabungsbereitschaft hindeuten, erreichen die Frauen im Durchschnitt $M=14.4$ Punkte und die Männer $M=14.0$ Punkte. Mit einem Risiko-Index von $M=0.64$ liegen die Frauen im Mittel unter dem Cut-Off-Wert von 1. Dies trifft auch auf die Männer zu, die mit einem Durchschnittswert von $M=0.63$ ebenfalls kein besonderes Risiko für eine berufliche Gratifikationskrise aufweisen.

Der Vergleich der Ergebnisse mit der Normstichprobe (Kudielka et al., 2004) bezüglich der drei Hauptskalen und des Risiko-Index führt zu unterschiedlichen Ergebnissen (jeweils T-Tests, siehe im Anhang Tab. A.6 für statistische Kennwerte). Die Verausgabung betreffend geben die Patienten der vorliegenden Studie durchschnittlich nicht weniger oder mehr Verausgabung im Beruf an im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Hinsichtlich der Gesamtskala „Belohnung“ unterscheiden sich sowohl die Patienten der Interventions- wie Vergleichsgruppe signifikant von der Normstichprobe (jeweils T-Test, Intervention: $p<.001$. Vergleich: $p=.003$). Insgesamt geben die Personen der Normstichprobe an, weniger Belohnungen im beruflichen Bereich zu erhalten ($M=44.8$) als die Patienten der vorliegenden Studie (Intervention: $M=47.6$, Vergleich: $M=46.5$). Die Verausgabungsbereitschaft liegt im Mittel bei der Normstichprobe bei einem Wert von $M=14.2$. Dieser unterscheidet sich nicht signifikant

von den Ergebnissen der beiden Studiengruppen. Der Risiko-Index fällt mit $M=0.65$ in der Normstichprobe im Vergleich zu $M=0.61$ in der Interventionsgruppe signifikant höher aus (T-Test mit $p=.047$).

Tab. 6.23: Deskriptive Statistik der ERI-Skalen und des Risiko-Index in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern ($N=477$) zu Beginn der Rehabilitation (T1) und Werte eine Normstichprobe ($N=709$)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)			Normstichprobe ^A (N=709)		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Verausgabung^B									
Frauen	191	15.1	5.6	146	15.9	5.4	--	--	--
Männer	60	15.1	4.5	62	15.3	4.7	--	--	--
Gesamt	251	15.1	5.4	208	15.7	5.2	709	15.0	4.0
Belohnung^C									
Frauen	174	47.7	7.3	129	46.6	7.9	--	--	--
Männer	56	47.2	6.1	54	46.3	7.6	--	--	--
Gesamt	230	47.6	7.0	183	46.5	7.8	709	44.8	7.9
Risiko-Index^D									
Frauen	173	0.61	0.32	127	0.66	0.31	--	--	--
Männer	55	0.59	0.22	54	0.66	0.27	--	--	--
Gesamt	228	0.61	0.30	181	0.66	0.30	709	0.65	.28
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft^E									
Frauen	187	14.1	3.9	150	14.7	3.9	--	--	--
Männer	63	13.9	3.4	61	14.1	4.1	--	--	--
Gesamt	250	14.1	3.8	211	14.5	4.0	709	14.2	3.0
Unterskalen der Skala „Belohnung“^C									
Anerkennung									
Frauen	187	22.3	3.6	138	21.8	4.1	--	--	--
Männer	59	22.4	3.3	56	22.2	3.8	--	--	--
Gesamt	246	22.3	3.5	194	21.9	4.0	--	--	--
Bezahlung/Aufstieg									
Frauen	182	17.0	2.9	137	16.6	3.3	--	--	--
Männer	58	16.7	2.8	58	16.2	3.4	--	--	--
Gesamt	240	17.0	2.9	195	16.5	3.3	--	--	--
Arbeitsplatzsicherheit									
Frauen	190	8.2	2.5	143	8.0	2.5	--	--	--
Männer	61	8.2	2.1	61	8.0	2.5	--	--	--
Gesamt	251	8.2	2.4	204	8.0	2.5	--	--	--

^A(Kudielka et al., 2004), ^B6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabung), ^C11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung), ^Derhöhtes Frühberentungsrisiko ab einem Wert ≥ 1 , ^E6 Items mit 4-stufiger Likert-Skala (je höher der Wert, desto höher die Verausgabungsbereitschaft)

Die varianzanalytische Überprüfung der berichteten Daten hinsichtlich der Faktoren Gruppe und Geschlecht führt auf keiner der Skalen zu einem signifikanten Ergebnis (Tab. 6.24). Entsprechend geben die Teilnehmer der Interventions- und Vergleichsgruppe ähnlich hohe Verausgabungs- und Belohnungswerte am Arbeitsplatz an und wodurch sich ein Risiko-Index mit gleicher Ausprägung ergibt. Dies gilt ebenfalls für Frauen und Männer.

Tab. 6.24: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die drei Hauptskalen und den Risiko-Index des Fragebogens zur Erhebung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI) sowie auf die Unterskalen der Skala „Belohnung“ zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Verausgabung			
Gruppe	1	0.747	.388
Geschlecht	1	0.348	.556
Gruppe*Geschlecht	1	0.217	.641
Belohnung			
Gruppe	1	1.472	.226
Geschlecht	1	0.264	.608
Gruppe*Geschlecht	1	0.010	.922
Risiko-Index			
Gruppe	1	2.685	.102
Geschlecht	1	0.152	.697
Gruppe*Geschlecht	1	0.167	.683
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft			
Gruppe	1	0.789	.375
Geschlecht	1	1.113	.292
Gruppe*Geschlecht	1	0.204	.652
Unterskalen der Skala „Belohnung“			
Anerkennung			
Gruppe	1	0.734	.392
Geschlecht	1	0.386	.535
Gruppe*Geschlecht	1	0.259	.611
Bezahlung/Aufstieg			
Gruppe	1	1.942	.164
Geschlecht	1	1.057	.305
Gruppe*Geschlecht	1	0.002	.967
Arbeitsplatzsicherheit			
Gruppe	1	0.473	.492
Geschlecht	1	0.064	.801
Gruppe*Geschlecht	1	0.003	.955

^AANOVA

Risiko einer beruflichen Gratifikationskrise. Insgesamt weisen knapp 10% der Interventionsgruppe und 13% der Vergleichsgruppe einen Risiko-Index-Wert von über 1 auf. Diese unterschiedliche Verteilung ist nicht statistisch signifikant (Chi²-Test mit $\chi^2(1)=1.318$, $p=.251$). Dies gilt ebenfalls für die geschlechtsspezifische Datenbetrachtung (Chi²-Test mit $\chi^2(1)=0.640$, $p=.424$). So erreichen 12% der Frauen und 9% der Männer einen Gesamtwert von über 1.

6.1.4 Rehabilitationsmotivation und Erwartungen

6.1.4.1 Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20)

Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe erreichen im Durchschnitt auf allen sechs Skalen des PAREMO-20 sehr ähnliche Ergebnisse (Range der Mittelwerte 1-4, Tab. 6.25). Die höchsten Werte ergeben sich hinsichtlich der Skala „Informationsstand bzgl. der Rehabilitationsmaßnahme“ (Intervention: M=3.3, Vergleich: M=3.4). Doch auch auf den Skalen „Skepsis“ sowie „Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn“ liegen die Ergebnisse mit Durchschnittswerten zwischen M=2.7 und M=2.8 hoch.

Tab. 6.25: Deskriptive Statistik zur Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477)

Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)		
	n	M	SD	n	M	SD
Seelischer Leidensdruck^A						
Frauen	193	2.2	0.9	154	2.1	0.9
Männer	65	1.9	0.8	64	1.8	0.8
Gesamt	258	2.1	0.9	218	2.0	0.9
Körperbedingte Einschränkungen^A						
Frauen	193	2.2	0.8	154	2.2	0.7
Männer	65	2.4	0.7	64	2.3	0.8
Gesamt	258	2.3	0.8	218	2.3	0.8
Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn^A						
Frauen	193	2.7	0.7	154	2.7	0.8
Männer	65	2.8	0.7	64	2.9	0.7
Gesamt	258	2.7	0.7	218	2.8	0.8
Änderungsbereitschaft^A						
Frauen	193	2.2	0.9	154	2.3	0.9
Männer	65	2.3	0.7	64	2.3	0.8
Gesamt	258	2.2	0.8	218	2.3	0.9

^ABildung von Mittelwerten basierend auf den Angaben auf einer 4-stufigen Likertskala (1=stimmt nicht bis 4=stimmt)

Fortsetzung **Tabelle 6.25:**

Deskriptive Statistik zur Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei Frauen und Männern (N=477)

Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20)	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)		
	n	M	SD	n	M	SD
Informationsstand bzgl. der Rehabilitationsmaßnahme^A						
Frauen	193	3.4	0.8	154	3.5	0.6
Männer	65	3.2	0.8	64	3.3	0.7
Gesamt	258	3.3	0.8	218	3.4	0.7
Skepsis^A						
Frauen	193	2.8	0.5	154	2.8	0.5
Männer	65	2.8	0.5	64	2.9	0.4
Gesamt	258	2.8	0.5	218	2.8	0.4

^ABildung von Mittelwerten basierend auf den Angaben auf einer 4-stufigen Likertskala (1=stimmt nicht bis 4=stimmt)

Frauen berichten mit einem Mittelwert von 2.1 einen höheren seelischen Leidensdruck als Männer mit einem Ergebnis von durchschnittlich 1.9. Auf der Skala „Informationsstand bzgl. Rehabilitationsmaßnahme“ werden marginale Unterschiede deutlich. So geben Frauen mit einem Mittelwert von 3.4 einen etwas höheren Informationsstand an als die Männer mit M= 3.2 (Tab. 6.25).

Die varianzanalytischen Überprüfungen der Ergebnisse hinsichtlich der Gruppe und des Geschlechts führen zu signifikanten Ergebnissen auf den Skalen „Seelischer Leidensdruck“ und „Informationsstand“ bei Männern und Frauen (Tab. 6.26). Frauen geben in beiden Fällen signifikant höhere Werte an als die Männer (Leidensdruck: $p=.007$, Informationsstand: $p=.003$).

Tab. 6.26: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Seelischer Leidensdruck			
Gruppe	1	1.905	.169
Geschlecht	1	7.355	.007
Gruppe*Geschlecht	1	0.001	.978
Körperbedingte Einschränkungen			
Gruppe	1	0.410	.417
Geschlecht	1	2.986	.085
Gruppe*Geschlecht	1	0.694	.405
Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn			
Gruppe	1	0.956	.329
Geschlecht	1	2.072	.151
Gruppe*Geschlecht	1	0.213	.644

^AANOVA

Fortsetzung **Tabelle 6.26:**

Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Rehabilitationsmotivation (PAREMO-20) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Änderungsbereitschaft			
Gruppe	1	0.900	.343
Geschlecht	1	0.194	.659
Gruppe*Geschlecht	1	0.555	.457
Informationsstand bzgl. der Rehabilitationsmaßnahme			
Gruppe	1	2.330	.128
Geschlecht	1	8.634	.003
Gruppe*Geschlecht	1	0.006	.937
Skepsis			
Gruppe	1	2.749	.098
Geschlecht	1	1.045	.307
Gruppe*Geschlecht	1	0.428	.513

^AANOVA

6.1.4.2 Erwartungen an die Rehabilitation

Die Patienten wurden darum gebeten, anzugeben, inwiefern sie sich in insgesamt sieben verschiedenen Bereichen Hilfe von Seiten der Rehabilitationsmaßnahme erwarten (siehe Tab. 6.27). Am meisten Hilfe erwarten sich die Patienten hinsichtlich der Verbesserung der körperlichen Gesundheit (M=4.0), während in den Bereichen Schmerzen, seelisches Befinden und Arbeit und Beruf jeweils ein Mittelwert von 3.0 („mittlere Erwartung“) erreicht wird. Wenig Hilfe wird in den Bereichen Familie/Partnerschaft (M=2.1) sowie hinsichtlich des Kontakts mit anderen (M=2.6) und in sonstigen Bereichen (M=2.7) erwartet.

Frauen geben auf der Skala „Seelisches Befinden“ im Durchschnitt mit 3.2 eine höhere Erwartungshaltung an als Männer mit einem Mittelwert von 2.6.

Tab. 6.27: Deskriptive Statistik zu den Erwartungen an die Rehabilitation in bestimmten Bereichen zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

Bereiche, in denen Hilfe im Rahmen der Rehabilitation erwartet wird	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)		
	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Gesundheit^A						
Frauen	191	4.0	0.9	152	4.0	0.8
Männer	64	3.9	0.9	64	4.0	0.9
Gesamt	255	4.0	0.9	216	4.0	0.8
Schmerzen^A						
Frauen	183	3.0	1.4	148	3.1	1.2
Männer	64	2.8	1.2	64	3.1	1.3
Gesamt	247	3.0	1.3	212	3.1	1.2

^ASkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Fortsetzung **Tabelle 6.27:**

Deskriptive Statistik zu den Erwartungen an die Rehabilitation in bestimmten Bereichen zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

Bereiche, in denen Hilfe im Rahmen der Rehabilitation erwartet wird	Interventionsgruppe (N=259)			Vergleichsgruppe (N=218)		
	n	M	SD	n	M	SD
Familie/Partnerschaft^A						
Frauen	190	2.0	1.2	150	2.2	1.3
Männer	64	2.3	1.2	63	2.1	1.3
Gesamt	254	2.1	1.2	213	2.2	1.3
Kontakt mit anderen^A						
Frauen	190	2.6	1.2	151	2.7	1.2
Männer	65	2.6	1.1	64	2.6	1.2
Gesamt	255	2.6	1.2	215	2.7	1.2
Seelisches Befinden^A						
Frauen	191	3.2	1.2	151	3.2	1.3
Männer	65	2.7	1.2	64	2.6	1.2
Gesamt	256	3.0	1.2	215	3.0	1.3
Arbeit und Beruf^A						
Frauen	193	3.2	1.2	151	2.9	1.3
Männer	65	3.2	1.3	64	2.8	1.3
Gesamt	258	3.2	1.2	215	2.9	1.3
Sonstiges^A						
Frauen	171	2.7	1.3	142	2.7	1.2
Männer	61	2.9	1.0	59	2.8	1.2
Gesamt	232	2.7	1.2	201	2.7	1.2

^ASkala 1: „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Bezüglich der Skala „Arbeit und Beruf“ zeigt eine Varianzanalytische Überprüfung der Daten einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf ($p=.019$, Tab. 6.28). Die Patienten der Interventionsgruppe erwarten mit durchschnittlich 3.2 mehr Hilfe bezüglich dieser Thematik als die Patienten der Vergleichsgruppe ($M=2.9$). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des seelischen Befindens ist ebenfalls signifikant ($p<.001$).

Tab. 6.28: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Erwartungen an die Rehabilitation in bestimmten Bereichen zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Körperliche Gesundheit			
Gruppe	1	0.181	.670
Geschlecht	1	0.363	.547
Gruppe*Geschlecht	1	0.207	.650

^AANOVA

Forstsetzung **Tabelle 6.28:**

Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Erwartungen an die Rehabilitation in bestimmten Bereichen zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Schmerzen			
Gruppe	1	1.186	.277
Geschlecht	1	0.182	.670
Gruppe*Geschlecht	1	0.430	.512
Familie/Partnerschaft			
Gruppe	1	0.048	.827
Geschlecht	1	0.579	.447
Gruppe*Geschlecht	1	2.735	.099
Kontakt mit anderen			
Gruppe	1	0.355	.551
Geschlecht	1	0.527	.468
Gruppe*Geschlecht	1	0.600	.439
Seelisches Befinden			
Gruppe	1	0.010	.920
Geschlecht	1	17.191	<.001
Gruppe*Geschlecht	1	0.179	.672
Arbeit und Beruf			
Gruppe	1	5.511	.019
Geschlecht	1	0.319	.573
Gruppe*Geschlecht	1	0.349	.555
Sonstiges			
Gruppe	1	0.522	.704
Geschlecht	1	1.011	.551
Gruppe*Geschlecht	1	1.465	.407

^AANOVA

6.1.5 Fazit zur Ausgangssituation zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Psychosoziale Situation. Hinsichtlich der psychosozialen Ausgangssituation finden sich kaum signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe.

Bezüglich Angst und Depressivität weisen in beiden Gruppen 43% der Patienten eine erhöhte Angstsymptomatik auf und knapp 24% der Patienten sind im Hinblick auf Depressivität klinisch relevant belastet. Im Vergleich zur Norm leiden die Patienten dieser Studie an einer erhöhten Angstsymptomatik. Die Gruppen unterscheiden sich wiederum in Bezug auf die subjektive Belastung (DT). Insgesamt ist mit 59% ein größerer Anteil an Interventionspatienten von einer klinisch relevanten Belastung betroffen als die Vergleichsgruppenpatienten mit 51%.

Auch in Bezug auf die krebsspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) sind kaum gruppenspezifische Unterschiede zu finden (Ausnahme Symptomskala *Atemnot*). Im

Vergleich zu einer deutschen Bevölkerungsstichprobe zeigen die Patienten dieser Studie deutlich höhere Belastungen auf allen Funktions- wie Symptomskalen auf.

Die geschlechtsspezifischen Auswertungen ergeben Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Frauen weisen im Vergleich zu Männern eine erhöhte Angstsymptomatik auf sowie ein höheres Funktionsniveau auf den EORTC-Skalen Rollenfunktion und Globale Lebensqualität. Die Männer hingegen sind weniger belastet hinsichtlich ihrer Emotionalen Funktion, geben mehr finanzielle Probleme an und weniger Probleme auf der Skala Schlaflosigkeit.

Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit. Bezüglich der von den Patienten selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit ergeben sich teilweise Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe. Die Patienten der Vergleichsgruppe beurteilen ihre Leistungsfähigkeit im Allgemeinen als stärker eingeschränkt als Patienten der Interventionsgruppe und planen eine spätere Rückkehr zur Arbeit. Auch die tägliche Arbeitskraft wird im Vergleich zur der Interventionsgruppe weniger hoch eingeschätzt. Weiterhin geht ein weit geringerer Anteil an Patienten der Vergleichsstichprobe davon aus, seine letzte berufliche Tätigkeit zukünftig ausüben zu können, was sich in einer höheren Bereitschaft widerspiegelt, einen frühzeitigen Rentenantrag zu stellen. Bis zur Rente dennoch theoretisch erwerbsfähig bleiben zu können, bejahen sowohl die Mehrheit der Interventions- wie Vergleichsstichprobe.

Das Geschlecht wiederum scheint keinen Unterschied hinsichtlich der subjektiven Leistungseinschätzung zu bewirken. Hier ergibt sich lediglich eine unterschiedliche Einschätzung der täglichen Arbeitskraft, da Männer im Gegensatz zu Frauen zu einem größeren Anteil davon ausgehen, künftig mehr als sechs Stunden arbeiten zu können.

Berufliche Belastung und Bedarf an beruflichen Angeboten. Die berufliche Belastung betreffend weisen Interventions- und Vergleichsgruppe kaum unterschiedliche Ausprägungen auf. Deutliche Ausnahmen bilden das Frühberentungsrisiko sowie die klinische Bedarfseinschätzung, erhoben durch den SIBAR (Screening-Instrument Beruf und Arbeit). Hier zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

So weist mit knapp 28% ein höherer Anteil an Patienten der Vergleichsgruppe ein Risiko auf, verfrüht Rente zu beantragen (Interventionsgruppe mit 18%). Bezüglich der klinischen Bedarfseinschätzung ergeben die Analysen, dass in beiden Gruppen zwar Unterschiede bestehen. Diese gehen jedoch hauptsächlich darauf zurück, dass mehr Patienten der Vergleichsgruppe zu einem beruflichen Angebot motiviert werden sollten, während in der Interventionsgruppe mehr Patienten prophylaktisch Hilfe angeboten bekommen sollten. Bezüglich des Anteils an Patienten, die keinerlei Hilfe benötigen oder aufgrund ihrer beruflichen Belastung, des eigenen Bedarfs und eines erhöhten Rentenrisikos Interventionen

durchlaufen sollten, unterscheiden sich die Gruppen wiederum nicht voneinander (jeweils ca. 50% ohne Bedarf, ca. 12% mit Bedarf).

Aus den weiteren Daten ist zu schlussfolgern, dass die Patienten beider Gruppen im Durchschnitt zufrieden sind mit ihrer beruflichen Situation, jedoch knapp ein Fünftel der Stichprobe eine berufliche Belastung angibt. Die Gefahr einer beruflichen Gratifikationskrise und somit einer erhöhten beruflichen Belastung trifft auf ca. 10% bis 13% der Patienten zu. Insgesamt beurteilt ein Viertel der Patienten berufsorientierte Angebote im Rahmen der Rehabilitation als hilfreich. Im Vergleich mit anderen Stichproben weisen die Patienten der vorliegenden Studie über alle Instrumente hinweg kaum starke Abweichungen auf.

Männer und Frauen unterscheiden sich über alle Instrumente hinweg zwar an einzelnen Stellen, aber nicht maßgeblich voneinander.

Rehabilitationsmotivation und Erwartungen. Die Rehamotivation unterscheidet sich in beiden Gruppen nicht voneinander und auch bezüglich der Erwartungen an die Rehabilitation gibt es kaum Unterschiede. Patienten der Interventionsgruppe erhoffen sich mehr Unterstützung im beruflichen Bereich. Aber ähnlich wie die Patienten der Vergleichsgruppe liegen die Erwartung nicht sehr hoch. Am meisten Hoffnung legen alle Patienten in die Verbesserung der körperlichen Gesundheit.

Frauen und Männer wiederum unterscheiden sich auf einigen Skalen des PAREMO-20. So geben die Frauen im Schnitt einen höheren seelischen Leidensdruck und einen höheren Wissensstand bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme an. Ersteres spiegelt sich sodann auch in den Erwartungen an die Rehabilitation wieder. So erhoffen sich Frauen mehr Hilfe bezüglich des seelischen Befindens als Männer.

6.1.6 Psychische Belastungen und berufliche Leistungseinschätzung in Abhängigkeit der Rehabilitationsart

Wie bereits in Kapitel 5.2 Stichprobenbeschreibung beschrieben, weisen Interventions- und Vergleichsgruppe eine unterschiedliche Verteilung der Patienten hinsichtlich der Rehabilitationsart auf. So befanden sich 43% der Interventionspatienten in einer AHB, während dies auf 73% der Vergleichsgruppe zutrifft ($p < .001$, Tab. 5.5). Es ist davon auszugehen, dass Patienten einer AHB-Maßnahme eine höhere psychische Belastung aufweisen, da der Zeitraum zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sehr viel kürzer ist als bei anderen Formen der Rehabilitation. Eine höhere Belastung könnte den geplanten Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit verzögern bzw. negativ beeinflussen.

Im Folgenden wird anhand der Ergebnisse der HADS, des DT und des EORTC QLQ-C30 überprüft, inwiefern Unterschiede in diesen Parametern vorliegen.

Zeit seit Diagnosestellung. Im Schnitt liegt der Zeitraum seit Diagnosestellung bei den AHV-Patienten bei 15 Monaten. AHB-Patienten haben ihre Diagnose vor durchschnittlich 7 Monaten erhalten ($t(457)=-8.341, p<.001$).

6.1.6.1 Psychische Belastung (HADS, DT)

Die AHB-Patienten weisen mit durchschnittlich 6.7 Punkten eine weniger hohe Ausprägung der Angstwerte (HADS) auf als AHV-Patienten ($M=7.8$, Tab. 6.29). In beiden Fällen liegen die Mittelwerte im klinisch unauffälligen Bereich, wobei die AHV-Patienten nur knapp den Cut-Off-Wert von 8 Punkten verfehlen. Die Depressivitätswerte fallen in beiden Gruppen im Vergleich zur Angst weniger hoch aus (AHB: $M=5.3$, AHV: $M=5.2$). Auch hinsichtlich der subjektiven Belastung liegen die Ergebnisse der beiden Patientengruppen im klinisch unauffälligen Bereich (AHB: $M=4.5$, AHV: $M=4.9$).

Tab. 6.29: Deskriptive Statistik zu Angst- und Depressivitätswerten (HADS) sowie der subjektiven Belastung (DT) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt nach erhaltener Rehabilitationsart (N=462)

Psychische Belastung (HADS, DT)	Interventionsgruppe (N=257)			Vergleichsgruppe (N=205)		
	n	M	SD	n	M	SD
Angst (HADS)^A						
AHB	106	6.7	3.8	146	6.7	4.1
AHV	145	7.8	4.2	55	8.0	3.5
Gesamt	251	7.3	4.1	201	7.1	4.0
Depressivität (HADS)^A						
AHB	105	5.4	3.5	147	5.2	4.1
AHV	145	5.4	3.9	55	4.7	2.9
Gesamt	250	5.4	3.7	202	5.1	3.8
Subjektive Belastung (DT)^B						
AHB	109	4.8	2.3	149	4.2	2.3
AHV	144	5.0	2.2	55	4.7	2.4
Gesamt	253	4.9	2.3	204	4.4	2.4

^Aklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Bklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Eine varianzanalytische Überprüfung der Daten zeigt auf, dass die AHB- und AHV-Patienten das gleiche Ausmaß an Depressivität und subjektiver Belastung angeben (Tab. 6.30). Hinsichtlich der empfundenen Angst liegt ein signifikanter Unterschied vor ($p=.002$). AHV-Patienten geben eine signifikant höhere Belastung durch Angst an als AHB-Patienten.

Tab. 6.30: Einfluss der Variablen Gruppe und Rehabilitationsart auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie auf die subjektive Belastung (DT) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Angst (HADS)			
Gruppe	1	0.073	.787
Rehaform	1	9.930	.002
Gruppe* Rehaform	1	0.052	.819
Depressivität (HADS)			
Gruppe	1	1.357	.245
Rehaform	1	0.267	.606
Gruppe* Rehaform	1	0.428	.513
Subjektive Belastung			
Gruppe	1	3.447	.064
Rehaform	1	1.843	.175
Gruppe* Rehaform	1	0.491	.484

^AANOVA

Eine Übersicht über die Aufteilung der AHB- und AHV-Patienten in klinisch belastete und unbelastete Patienten nach den gängigen Cut-Off-Werten der HADS (Hermann et al., 1995) und des Distressthermometers (Mehnert et al., 2006) gibt Tabelle 6.31.

Tab. 6.31: Angst- und Depressivitätssymptomatik (HADS) sowie subjektive Belastung (DT) getrennt nach erhaltener Rehabilitationsart zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462), Angaben in %

Psychische Belastung (HADS, DT)	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p ^A
	n	%	n	%	
Angstsymptomatik	252		200		
unauffällig (0-7)		61.1		51.5	
grenzwertig (8-10)		22.6		23.5	.048
auffällig (≥11)		16.3		25.0	
Depressivitätssymptomatik	252		200		
unauffällig (0-7)		74.2		77.5	
grenzwertig (8-10)		14.7		15.0	.428
auffällig (≥11)		11.1		7.5	
Subjektive Belastung	258		199		
geringe Belastung (< 5)		50.4		37.7	
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)		49.6		62.3	.007

^AChi²-Test

Während 61% der AHB-Patienten eine unauffällige Angstsymptomatik aufweisen, trifft dies auf 52% der AHV-Patienten zu. Dieser Unterschied in der Verteilung ist statistisch knapp signifikant (p=.048). Hinsichtlich der Depressivität unterscheiden sich die beiden Patientengruppen nicht voneinander. 74% der AHB-Patienten und 78% der AHV-Patienten können

bezüglich ihrer Depressivitätswerte als klinisch unauffällig eingestuft werden. Die subjektive Belastung betreffend geben die AHB-Patienten zu einem signifikant geringeren Anteil eine mittlere bis starke Belastung an im Vergleich zu den AHV-Patienten (AHB: 50%, AHV: 62%, $p=.007$).

6.1.6.2 Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)

Funktionsskalen. Auf vier der Funktionsskalen weisen die AHV-Patienten im Vergleich zu den AHB-Patienten höhere Funktionswerte auf (Tab. 6.32). Der größte Unterschied zeigt sich auf der Skala Rollenfunktion. Hier geben die AHV-Patienten mit 64 Punkten ein deutlich höheres Funktionsniveau an als die AHB-Patienten mit durchschnittlich 51 Punkten. Ein ebenfalls größerer Unterschied ergibt sich hinsichtlich der Skala Soziale Funktion (AHV: $M=65$, AHB: $M=58$). Auch hier geben die AHB-Patienten eine höhere Belastung an. Weiterhin schätzen die AHB-Patienten ihre globale Lebensqualität sowie ihre körperlichen Funktionen geringer ein als die AHV-Patienten. In diesen Fällen handelt es sich allerdings um Unterschiede zwischen 4.1 (globale Lebensqualität) und 7 Punkten (körperliche Funktion).

Tab. 6.32: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt nach erhaltener Rehabilitationsart (N=462)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Interventionsgruppe (N=257)			Vergleichsgruppe (N=205)		
	n	M	SD	n	M	SD
Funktionsskalen						
Globale Lebensqualität^A						
AHB	110	54.4	19.7	150	59.7	19.5
AHV	146	60.9	18.0	55	61.5	16.7
Körperliche Funktion^A						
AHB	110	69.8	19.4	150	72.9	19.7
AHV	146	79.0	18.2	55	77.7	19.8
Rollenfunktion^A						
AHB	110	47.3	31.1	150	54.8	27.6
AHV	146	63.9	30.0	55	63.3	29.5
Emotionale Funktion^A						
AHB	110	62.1	25.3	150	62.1	25.4
AHV	146	56.8	25.2	55	57.7	26.1
Kognitive Funktion^A						
AHB	110	72.7	24.1	150	72.2	24.3
AHV	146	68.7	27.2	55	63.3	30.0
Soziale Funktion^A						
AHB	110	55.3	28.0	150	60.8	27.5
AHV	146	65.8	30.0	55	65.1	25.3

^ASkala von 0 bis 100 (100 \cong volles Funktionsniveau)

Auf der Skala Kognitive Funktion ergibt sich ein umgekehrtes Bild. In diesem Falle erreichen die AHB-Patienten einen höheren Durchschnittswert mit 73 als die AHV-Patienten (M=66). Die Skala Emotionale Funktion betreffend liegen die Angaben der AHB-Patienten marginal über denen der AHV-Patienten.

Die statistische Überprüfung der Mittelwertsunterschiede führt zu dem Ergebnis, dass die AHB-Patienten auf den Skalen globale Lebensqualität ($p=.029$), körperliche Funktion ($p<.001$), Rollenfunktion ($p<.001$) und soziale Funktion ($p=.010$) signifikant schlechtere Werte erzielen als die AHV-Patienten. Im Gegensatz dazu erreichen die AHV-Patienten auf der Skala kognitive Funktion statistisch signifikant geringere Punktwerte und weisen dadurch ein geringeres Funktionsniveau im Vergleich zu den AHB-Patienten auf ($p=.014$, Tab. 6.33).

Die Zugehörigkeit zu Interventions- oder Vergleichsgruppe führt zu keinen signifikanten Mittelwertsunterschieden.

Tab. 6.33: Einfluss der Variablen Gruppe und Rehabilitationsart auf die globale Lebensqualität und die Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Funktionsskalen			
Globale Lebensqualität			
Gruppe	1	2.450	.118
Rehaform	1	4.783	.029
Gruppe*Rehaform	1	1.543	.215
Körperliche Funktion			
Gruppe	1	0.216	.643
Rehaform	1	13.213	<.001
Gruppe*Rehaform	1	1.341	.247
Rollenfunktion			
Gruppe	1	1.351	.246
Rehaform	1	17.969	<.001
Gruppe*Rehaform	1	1.854	.174
Emotionale Funktion			
Gruppe	1	0.030	.862
Rehaform	1	3.526	.061
Gruppe*Rehaform	1	0.028	.866
Kognitive Funktion			
Gruppe	1	1.263	.262
Rehaform	1	6.045	.014
Gruppe*Rehaform	1	0.867	.352
Soziale Funktion			
Gruppe	1	0.732	.393
Rehaform	1	6.775	.010
Gruppe*Rehaform	1	1.138	.287

^AANOVA

Symptomskalen. Die höchsten Ausprägungen werden im Schnitt auf den Skalen Fatigue (AHV: M=49, AHB: M=52), Schlaflosigkeit (AHV: M=47, AHB: M=46) und Finanzielle Probleme (AHV: M=40, AHB: M=39) erreicht (Tab. 6.34). AHB-Patienten geben darüber hinaus auf der Skala Übelkeit höhere Werte an (M=9) als die AHV-Patienten (M=4).

Tab. 6.34: Deskriptive Statistik zu den Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt nach erhaltener Rehabilitationsart (N=462)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)	Interventionsgruppe (N=257)			Vergleichsgruppe (N=205)		
	n	M	SD	n	M	SD
Symptomskalen						
Fatigue^A						
AHB	110	52.2	26.4	150	51.1	25.8
AHV	146	48.9	25.3	55	48.3	28.3
Übelkeit^A						
AHB	110	10.5	20.3	150	8.2	20.6
AHV	146	3.7	9.5	55	3.9	11.5
Schmerzen^A						
AHB	110	36.8	30.4	150	33.6	29.8
AHV	146	33.8	29.7	55	34.2	27.9
Atemnot^A						
AHB	110	28.5	34.3	150	34.7	33.2
AHV	146	20.1	24.0	55	32.1	36.3
Schlaflosigkeit^A						
AHB	110	43.6	33.1	150	48.0	37.1
AHV	146	51.1	36.1	55	42.4	36.5
Appetitlosigkeit^A						
AHB	110	20.3	31.3	150	14.4	24.9
AHV	146	10.7	23.5	55	16.4	30.0
Verstopfung^A						
AHB	110	15.2	29.1	150	8.9	24.3
AHV	146	8.4	21.7	55	12.1	22.6
Durchfall^A						
AHB	110	12.4	26.7	150	11.6	27.0
AHV	146	10.5	22.4	55	10.9	22.3
Finanzielle Probleme^A						
AHB	110	38.8	35.1	150	40.7	36.1
AHV	146	41.3	35.1	55	36.4	34.6

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ maximale Einschränkung)

Auf der Skala Atemnot geben die Patienten der Interventionsgruppe eine höhere Belastung an als die Patienten der Vergleichsgruppe (siehe auch Kap. 6.1.1 Psychosoziale Belastung).

Die varianzanalytische Überprüfung zeigt eine signifikante Wechselwirkung der Faktoren Rehabilitationsart und Gruppenzugehörigkeit auf den Skalen Appetitlosigkeit und Verstopfung auf (Tab. 6.35). So geben in der Interventionsgruppe die AHB-Patienten auf beiden Skalen eine höhere Symptombelastung an als die AHV-Patienten (Appetitlosigkeit AHB: M=20 vs. AHV: M=11, p=.034; Verstopfung AHB: M=15 vs. AHV: M=8, p=.046). Im Rahmen der Vergleichsgruppe ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Hier sind die AHV-Patienten belasteter als die AHB-Patienten (Appetitlosigkeit AHB: M=14 vs. AHV: M=16, p=.034; Verstopfung AHB: M=9 vs. AHV: M=12, p=.046).

Tab. 6.35: Einfluss der Variablen Gruppe und Rehabilitationsart auf die Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Symptomskalen			
Fatigue			
Gruppe	1	0.107	.744
Rehaform	1	1.364	.244
Gruppe*Rehaform	1	0.012	.914
Übelkeit			
Gruppe	1	0.330	.566
Rehaform	1	10.724	.001
Gruppe*Rehaform	1	0.554	.457
Schmerzen			
Gruppe	1	0.220	.639
Rehaform	1	0.153	.696
Gruppe*Rehaform	1	0.384	.536
Atemnot			
Gruppe	1	8.313	.004
Rehaform	1	2.999	.084
Gruppe*Rehaform	1	0.857	.355
Schlaflosigkeit			
Gruppe	1	0.362	.548
Rehaform	1	0.071	.790
Gruppe*Rehaform	1	3.270	.071
Appetitlosigkeit			
Gruppe	1	0.002	.967
Rehaform	1	2.005	.158
Gruppe*Rehaform	1	4.520	.034
Verstopfung			
Gruppe	1	0.271	.603
Rehaform	1	0.488	.485
Gruppe*Rehaform	1	3.999	.046

^AANOVA

Fortsetzung der **Tabelle 6.35:**

Einfluss der Variablen Gruppe und Rehabilitationsart auf die Symptomskalen (EORTC QLQ-C30) zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Symptomskalen			
Durchfall			
Gruppe	1	0.009	.926
Rehaform	1	0.269	.604
Gruppe*Rehaform	1	0.066	.797
Finanzielle Probleme			
Gruppe	1	0.180	.672
Rehaform	1	0.064	.800
Gruppe*Rehaform	1	0.928	.336

^AANOVA

Der Mittelwertsunterschied bezüglich der Angaben zur Übelkeit zwischen AHB- und AHV-Patienten wird ebenfalls signifikant ($p=.001$, Tab. 6.35). Entsprechend sind AHB-Patienten belasteter als AHV-Patienten. Auch die unterschiedliche Einschätzung der Atemnot in Interventions- und Vergleichsgruppe ist signifikant ($p=.004$). Interventionspatienten leiden weniger unter Atemnot.

6.1.7 Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit

Im Vergleich zu 15% der AHB-Patienten planen 36% der AHV-Patienten, sofort nach der Rehabilitation wieder zur Arbeit zurückzukehren (Tab. 6.36). Der größte Anteil beider Patientengruppen möchte innerhalb eines halben Jahres die berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen (AHB: 71%, AHV: 56%). Jeweils 6% der AHB-Patienten und 5% der AHV-Patienten wollen gar nicht mehr arbeiten.

Der Unterschied hinsichtlich der Verteilung ist statistisch signifikant ($p<.001$).

Tab. 6.36: Geplanter Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit bei AHB- und AHV-Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p ^A
	n	%	n	%	
sofort	38	14.9	72	36.2	
innerhalb von 6 Monaten	181	71.0	112	56.3	
innerhalb von 12 Monaten	15	5.9	1	0.5	<.001
nach einem Jahr	7	2.7	5	2.5	
gar nicht mehr	14	5.5	9	4.5	

^AChi²-Test

Die momentane Leistungsfähigkeit betreffend geben die beiden Patientengruppen unterschiedliche Einschätzungen ab (Tab. 6.37). Zwar gibt in beiden Fällen die Mehrheit an, eingeschränkt leistungsfähig zu sein (AHB: 77%, AHV: 73%), mit 15% bezeichnet sich jedoch ein signifikant größerer Anteil an AHV-Patienten als voll leistungsfähig im Vergleich zu 8% der AHB-Patienten ($p=.031$).

Tab. 6.37: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit bei AHB- und AHV-Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) (N=462)

	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p ^A
	n	%	n	%	
voll leistungsfähig	20	7.8	30	15.2	
eingeschränkt leistungsfähig	195	76.5	144	73.1	.031
gar nicht leistungsfähig	40	15.7	23	11.7	

^AChi²-Test

21% der AHB- und 18% der AHV-Patienten planen einen Rentenantrag. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

6.1.8 Fazit der psychischen Belastungen und beruflichen Leistungseinschätzung in Abhängigkeit der Rehabilitationsart

Psychische Belastung. Patienten, die im Rahmen einer AHB in die Rehabilitation kommen, sind in ihrer Lebensqualität vor allem in den Funktionsbereichen stärker beeinträchtigt als die Patienten einer AHV. Dies wird vor allem auf den Skalen der Rollenfunktion und der körperlichen Funktion deutlich. In anderen Bereichen liegen auch Unterschiede vor, die allerdings weniger hoch ausfallen. Auch wenn die AHV-Patienten im Bereich der kognitiven Funktionen eine höhere Belastung aufweisen, so lässt sich dennoch zusammenfassen, dass die AHB-Patienten zu einem größeren Anteil bezüglich ihrer körperlichen, sozialen und psychischen Funktionen eingeschränkt sind.

Auf den Symptomskalen zeigt sich dieser Trend nicht so deutlich. Zwar geben die AHB-Patienten eine höhere Symptombelastung hinsichtlich der Übelkeit an, auf allen anderen Skalen lassen sich jedoch keine Unterschiede aufzeigen, die spezifisch auf die Rehabilitationsart zurückzuführen sind. Vielmehr zeigen sich noch Wechselwirkungen zwischen der Rehabilitationsart und der Gruppenzugehörigkeit auf den Skalen Appetitlosigkeit und Verstopfung.

Hinsichtlich der psychischen Belastung gemessen anhand der HADS und des DT ergibt sich ein anderes Bild. So unterscheiden sich die Patientengruppen die Depressivität betreffend

nicht voneinander, bezüglich der Angstwerte und der subjektiven Belastung ist jedoch ein höherer Anteil an AHV-Patienten klinisch relevant betroffen.

Berufliche Leistungsfähigkeit. Die Mehrheit der AHB- und AHV-Patienten möchte innerhalb eines halben Jahres und somit zeitnah nach Rehabilitationsende wieder in den Beruf zurückkehren. Ein kleiner Teil plant den sofortigen Wiedereinstieg. Dieser fällt bei den AHV-Patienten signifikant höher aus als bei den AHB-Patienten. Bezüglich der eingeschätzten Leistungsfähigkeit sind die AHV-Patienten optimistischer und geben zu einem höheren Prozentsatz an, voll leistungsfähig zu sein. Der Anteil derer, die verfrüht einen Rentenantrag stellen möchten, ist in beiden Gruppen gleich groß.

6.2 Therapeutische Leistungen (KTL-Daten)

Die therapeutischen Leistungen werden anhand der übergeordneten Leistungsgruppen „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“ zusammengefasst und hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Intensität untersucht.

Die Behandlungshäufigkeit wird durch die Anzahl an Patienten definiert, die während der Gesamtdauer ihrer Rehabilitation mindestens eine therapeutische Maßnahme der Leistungsgruppe erhalten haben. Die Intensität setzt sich aus der Anzahl an Leistungen pro Woche zusammen, die die Betroffenen während ihres Aufenthaltes im Rahmen einer der Leistungsgruppen in Anspruch genommen haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für Männer und Frauen sowie getrennt für Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten dargestellt. Eine getrennte Aufführung der KTL-Daten für AHB- und AHV-Patienten ist im Anhang in der Tabelle A.7 zu finden.

Sehr häufig erbrachte Leistungen (Def.: mindestens 75% der Patienten in einer Untersuchungsgruppe haben Leistung erhalten). Information und Schulung stellt die einzige Leistungsgruppe dar, die alle Patienten erhalten haben (Tab. 6.38). Ähnlich verhält es sich bei der Physiotherapie (96% der Interventions- und 97% der Vergleichsgruppe). Allerdings unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Intensität beider Leistungen. Während die Patienten in der Interventionsgruppe mit 5.6 Leistungen pro Woche signifikant mehr Schulungen als die Patienten der Vergleichsgruppe mit einer Anzahl von 1.9 Schulungen erhalten haben ($p < .001$), wurden die Patienten der Vergleichsgruppe mit 5.2 Sitzungen etwas häufiger physiotherapeutisch behandelt als die Patienten der Interventionsgruppe mit 4.8 Terminen ($p = .001$). Hinsichtlich der Sport- und Bewegungstherapie haben mit 99% signifikant mehr Patienten der Interventionsgruppe Leistungen erhalten als die Patienten der Vergleichsgruppe mit knapp 85% ($p < .001$). Auch in der Intensität liegen signifikante Unterschiede vor. So hat die Interventionsgruppe nicht nur zu einem größeren Anteil Leistungen dieser Gruppe bekommen, sondern mit 11.6 Leistungen pro Woche auch mehr Therapie erhalten als die Patienten der Vergleichsgruppe mit 6.8 Leistungen ($p < .001$). Die psychologische Unterstützung betreffend haben 97% der Interventionsgruppe und 83% der Vergleichsgruppe Leistungen erhalten ($p < .001$), wobei bei letzteren knapp weniger Sitzungen pro Woche zu verzeichnen sind ($p = .025$). Weiterhin zeigt sich, dass ebenfalls häufig von beiden Gruppen physikalische Therapie erhalten wurde (Intervention: 80%, Vergleich: 89%, $p = .009$). Hier haben die Interventionspatienten im Schnitt weniger Sitzungen erhalten als die Vergleichsgruppenpatienten (Intervention: 3.0 Leistungen, Vergleich: 4.6 Leistungen, $p < .001$).

Frauen und Männer unterscheiden sich in der Häufigkeit der genannten therapeutischen Leistungen mit Ausnahme der psychologischen Behandlungen nicht signifikant voneinander (Tab. 6.38). So haben mit knapp 95% deutlich mehr Frauen psychologische Unterstützung in Anspruch genommen als Männer mit knapp 79% ($p < .001$). Weiterhin liegen die Frauen mit 2.4 Leistungen pro Woche knapp über den Männern mit 1.9 Leistungen ($p = .005$). Bezüglich der Behandlungsintensität ergeben die Analysen, dass die Frauen signifikant mehr Physiotherapie ($p < .001$) erhalten haben als die Männer, während diese im Schnitt mehr Leistungen im Bereich der Sport- und Bewegungstherapie ($p = .029$) bekommen haben.

AHB- und AHV-Patienten unterscheiden sich lediglich in der Häufigkeit von Sporttherapie ($p = .011$) und psychologischer Unterstützung ($p = .002$). In beiden Fällen hat ein größerer Anteil der AHV-Patienten die Leistungen erhalten (Sporttherapie: AHB mit 90% vs. AHV mit 97%; psychologische Unterstützung: AHB mit 87% vs. AHV mit 95%, siehe im Anhang Tab. A.7).

Häufig erbrachte Leistungen (Def.: mindestens 50% der Patienten in einer Untersuchungsgruppe haben Leistung erhalten). Mit 62% in der Vergleichsgruppe und 71% in der Interventionsgruppe wurden Leistungen aus der klinischen Sozialarbeit häufig in den Reha-Kliniken erbracht. Die Patienten beider Gruppen unterscheiden sich aber sowohl in der Häufigkeit ($p = .027$) wie auch in der Intensität ($p < .001$) signifikant voneinander. Patienten der Vergleichsgruppe haben etwas mehr Leistungen pro Woche erhalten als die Patienten der Interventionsgruppe. Auch bezüglich der Rekreationstherapie zeigt sich, dass die Vergleichsstichprobe zu einem höheren Anteil Leistungen bekommen hat (Vergleich: 74%, Intervention: 52%, $p < .001$). Bezüglich der Intensität ergeben sich keine Unterschiede.

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes und der Intensität an erhaltenen Leistungen der Sozialarbeit nicht voneinander. Bezüglich der Rekreationstherapie wird jedoch deutlich, dass Frauen mit durchschnittlich 2.0 Leistungen signifikant mehr Therapie erhalten haben als Männer mit im Mittel 0.9 Leistungen pro Woche ($p = .002$).

AHB- und AHV-Patienten unterscheiden sich nur hinsichtlich der Häufigkeit an Sozialarbeit. AHB-Patienten haben zu einem signifikant höheren Anteil Unterstützung erhalten (AHB: 71%, AHV: 61%, $p = .036$, siehe im Anhang Tab. A.7).

Selten erbrachte Leistungen (Def.: weniger als 30% der Patienten in einer Untersuchungsgruppe haben Leistung erhalten). In der Interventionsgruppe haben mit 15% signifikant mehr Patienten Leistungen der Reha-Pflege erhalten als die Vergleichsgruppe mit 5% ($p < .001$, Tab. 6.38).

Tab. 6.38: Häufigkeit und Intensität der therapeutischen Leistungen bei Männern und Frauen sowie in Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477)

Therapeutische Leistungen	Männer (N=129)		Frauen (N=348)		p	Interventionsgruppe (N=259)		Vergleichsgruppe (N=218)		p
	n	%/M(SD)	n	%/M(SD)		n	%/M(SD)	n	%/M(SD)	
Sport- und Bewegungstherapie										
Leistung erhalten (%)	123	95.3	319	91.7	.171 ^A	257	99.2	185	84.9	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	118	10.2 (4.6)	311	9.4 (4.8)	.029 ^B	255	11.6 (4.6)	174	6.8 (3.4)	<.001 ^B
Physiotherapie										
Leistung erhalten (%)	121	93.8	338	97.1	.090 ^A	248	95.8	211	96.8	.554 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	116	4.1 (2.0)	327	5.3 (2.3)	<.001 ^B	246	4.8 (2.5)	197	5.2 (1.9)	.001 ^B
Information, Motivation und Schulung										
Leistung erhalten (%)	129	100	348	100	-	259	100	218	100	-
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	124	3.9 (2.9)	337	4.0 (2.8)	.768 ^B	257	5.6 (2.7)	204	1.9 (0.9)	<.001 ^B
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie										
Leistung erhalten (%)	83	64.3	235	67.5	.512 ^A	184	71.0	134	61.5	.027 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	80	0.7 (0.5)	226	0.6 (0.4)	.085 ^B	182	0.5 (0.3)	124	0.8 (0.5)	<.001 ^B
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie										
Leistung erhalten (%)	71	55.0	233	67.0	.016 ^A	236	91.1	68	31.2	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	68	2.5 (1.7)	229	2.6 (2.0)	.954 ^B	234	2.7 (2.0)	63	2.2 (1.5)	.307 ^B
Klinische Psychologie, Neuropsychologie										
Leistung erhalten (%)	102	79.1	330	94.8	<.001 ^A	252	97.3	180	82.6	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	97	1.9 (1.0)	319	2.4 (1.3)	.005 ^B	250	2.4 (1.4)	166	2.1 (1.1)	.025 ^B
Reha-Pflege										
Leistung erhalten (%)	17	13.2	31	8.9	.168 ^A	38	14.7	10	4.6	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	17	1.6 (2.3)	31	1.6 (1.7)	-	38	1.9 (2.0)	10	0.5 (0.3)	-
Physikalische Therapie										
Leistung erhalten (%)	102	79.1	300	86.2	.057 ^A	208	80.3	194	89.0	.009 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	98	4.4 (2.8)	290	3.5 (2.3)	.009 ^B	206	3.0 (2.0)	182	4.6 (2.6)	<.001 ^B
Rekreationstherapie										
Leistung erhalten (%)	47	36.4	248	71.3	<.001 ^A	134	51.7	161	73.9	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	44	0.9 (0.8)	237	2.0 (1.8)	.002 ^B	133	1.8 (1.8)	148	1.9 (1.7)	.473 ^B
Ernährung										
Leistung erhalten (%)	91	70.5	230	66.1	.357 ^A	252	97.3	69	31.7	<.001 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	89	6.7 (1.2)	222	6.7 (1.3)	.932 ^B	250	6.6 (0.9)	61	7.1 (2.2)	.027 ^B

^AChi²-Test; ^BANOVA mit Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und Rehabilitationsform als feste Faktoren;

grau hinterlegt: aufgrund der geringen Fallzahl in einer oder mehreren Untergruppen war keine Signifikanzprüfung möglich

Männern und Frauen unterscheiden sich nicht voneinander (Männer: 13%, Frauen: 9%). Dies trifft ebenfalls auf die Behandlungshäufigkeit bei AHB- und AHV-Patienten hinsichtlich der Reha-Pflege zu (AHB: 10%, AHV: 11%, siehe im Anhang Tab. A.7).

Eine statistische Überprüfung der Behandlungsintensität ist in allen Gruppen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich.

Unterschiedlich häufige Leistungen. Im Hinblick auf die Leistungen der Ergotherapie ergibt sich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ein sehr unterschiedliches Bild. So haben die Patienten der Interventionsgruppe mit 91% im Vergleich zu 31% in der Vergleichsgruppe weit häufiger Leistungen der Ergotherapie erhalten ($p < .001$). Die Intensität betreffend ergeben sich allerdings keine Unterschiede. Weiterhin haben die Patienten der Interventionsgruppe zu 97% Leistungen aus dem Bereich Ernährung erhalten. Dies betrifft in der Vergleichsgruppe lediglich 32% ($p < .001$). Im Hinblick auf die Intensität haben die Interventionspatienten jedoch weniger Leistungen pro Woche erhalten ($p = .027$).

Mehr Frauen als Männer haben Ergotherapie erhalten (Frauen: 67%, Männer: 55%, $p = .016$), allerdings findet sich kein Unterschied hinsichtlich der Behandlungsintensität. In Bezug auf die Ernährung ähneln sich Männer und Frauen sowohl in Häufigkeit wie Intensität.

AHB- und AHV-Patienten weisen unterschiedliche Häufigkeiten im Rahmen der beiden diskutierten Leistungsbereiche auf, nicht aber unterschiedliche Behandlungsintensitäten. In beiden Fällen hat ein größerer Teil der AHV-Patienten Leistungen erhalten (Ergotherapie AHB: 56%, AHV: 75%, $p < .001$; Ernährung AHB: 60%, AHV: 78%, $p < .001$, siehe im Anhang Tab. A.7).

6.2.1 Fazit

Die größten Unterschiede in den erbrachten Leistungen bezüglich der Interventions- und Vergleichsgruppe werden im Bereich der Ergotherapie und Ernährung deutlich. In beiden Fällen hat die Interventionsgruppe zu einem dreifach höheren Anteil Leistungen erhalten. Bezüglich der Behandlungsintensität unterscheiden sich die beiden Gruppen vor allem hinsichtlich der Sport- und Bewegungstherapie und der Schulungen. Hier haben die Interventionspatienten mehr Leistungen in der Woche erhalten.

Männer und Frauen unterscheiden sich zwar in einigen Punkten, die größte Differenz besteht bezüglich der Behandlungshäufigkeit hinsichtlich der Rekreationstherapie. Hier haben fast drei Viertel der Frauen Leistungen bekommen, während dies nur auf ein Drittel der Männer zutrifft. Zwischen AHB- und AHV-Patienten bestehen ähnlich wie beim Geschlecht einige Unterschiede, die jedoch nicht sehr stark ausgeprägt sind. Hier zeigen sich die größten Unterschiede in den Leistungen aus den Bereichen der Ernährung und Ergotherapie, die häufiger AHV-Patienten erhalten haben.

6.3 Ärztliche Angaben zur Erwerbsfähigkeit

Im Folgenden werden Angaben zum sozialmedizinischen Leistungsbild der Patienten berichtet. Diese Daten stammen aus den von Seiten der Ärzte verfassten Entlassberichten, die routinemäßig nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme für jeden Patienten angefertigt werden. Es werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate dargestellt, die ärztlichen Einschätzungen der momentanen Arbeitsfähigkeit sowie des positiven und negativen Leistungsvermögens und die darauf basierenden Einschätzungen hinsichtlich der zukünftigen Tätigkeitsausübung (bspw. Arbeitsschwere und -haltung). Die Daten werden getrennt für Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt sowie aufgeschlüsselt nach Rehabilitationsart (AHB und AHV).

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten ist im Anhang in den Tabellen A.8 bis A.10 aufgeführt. Männer und Frauen unterscheiden sich in nur wenigen Punkten voneinander (Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation und Arbeitsschwere).

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate. 78% der Patienten der Vergleichsgruppe weisen Arbeitsunfähigkeitszeiten von über 3 Monaten auf, während dies in der Interventionsgruppe auf 62% zutrifft. Von den AHV-Patienten sind 66% über 3 Monate arbeitsunfähig gewesen und 71% AHB-Patienten.

In beiden Fällen sind die Verteilungsunterschiede zwischen den Gruppen signifikant (Intervention und Vergleich: $p < .001$; AHB und AHV: $p < .001$; Tab. 6.39).

Sozialmedizinisches Leistungsbild. Im Vergleich zu 17% der Vergleichsgruppe werden mit 39% mehr Patienten der Interventionsgruppe als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen. 68% der Interventionsgruppe weisen auch nach der Rehabilitationsmaßnahme noch wesentliche Einschränkungen hinsichtlich ihres Leistungsvermögens auf. Dies trifft ebenso auf 94% der Vergleichsgruppe zu. Am häufigsten werden Einschränkungen des Bewegungs- und Halteapparats im Entlassbericht angegeben (Intervention: 55%, Vergleich: 77%). Auch Belastungs- und Gefährdungsfaktoren werden mit 44% in der Interventionsgruppe und 77% in der Vergleichsgruppe bei vielen Patienten dokumentiert. Bei 61% der Vergleichsgruppenpatienten geben die Ärzte an, dass die geistige bzw. psychische Belastbarkeit eingeschränkt ist. In der Interventionsgruppe trifft dies auf nur 10% der Patienten zu (Tab. 6.39).

Die ärztlichen Einschätzungen unterscheiden sich für AHB- und AHV-Patienten ebenfalls in einigen Punkten. So wird im Vergleich zu 16% der AHB-Patienten mit 46% ein sehr viel größerer Anteil an AHV-Patienten aus der Rehabilitation als arbeitsfähig entlassen. Bezüglich des Leistungsvermögens weisen mehr AHV- als AHB-Patienten keine wesentlichen Einschränkungen auf (AHB: 14%, AHV: 29%), wobei sich die Gruppen hinsichtlich der Gründe für die vorhandenen Einschränkungen ähneln. Ein Drittel aller Patienten ist weniger psy-

chisch belastbar und über die Hälfte weist Gefährdungs- und Belastungsfaktoren auf. Den Bewegungs- und Halteapparat betreffend zeigt sich allerdings, dass mehr AHB-Patienten von Einschränkungen betroffen sind (AHB: 72%, AHV: 56%).

Die berichteten Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe sind statistisch signifikant. Es werden mehr Interventionspatienten als arbeitsfähig entlassen ($p < .001$), ein geringerer Anteil dieser Gruppe weist Einschränkungen des Leistungsvermögens auf ($p < .001$) und die Patienten der Vergleichsgruppe leiden zu einem höheren Anteil an Einschränkungen der psychischen Belastbarkeit ($p < .001$), des Halte- und Bewegungsapparats ($p < .001$) und weisen mehr Gefährdungs- und Belastungsfaktoren auf ($p < .001$).

AHV-Patienten werden zu einem signifikant höheren Anteil als arbeitsfähig entlassen ($p < .001$) und weisen zu einem geringeren Anteil wesentliche Einschränkungen des Leistungsvermögens auf ($p < .001$). Gründe für ein negatives Leistungsvermögen sind bei den AHB-Patienten im Vergleich zu den AHV-Patienten vor allem Einschränkungen des Halte- und Bewegungsapparats ($p < .001$, Tab. 6.39).

Tab. 6.39: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der momentanen Arbeitsfähigkeit sowie des positiven und negativen Leistungsvermögens bei AHB- und AHV-Patienten und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p^A	Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		p^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme										
keine	4	1.6	17	8.8	<.001	11	4.4	11	5.4	<.001
bis unter 3 Monate	67	27.3	49	25.3		84	33.7	33	16.2	
3 bis unter 6 Monate	66	26.9	27	13.9		47	18.9	48	23.5	
6 und mehr Monate	108	44.1	101	52.1		107	43.0	112	54.9	
Als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen										
ja	39	15.8	91	45.5	<.001	97	38.6	36	17.2	<.001
Positives Leistungsvermögen (Arbeitsschwere, -haltung, -organisation)										
keine wesentlichen Einschränkungen	34	13.6	56	28.6	<.001	80	32.1	13	6.1	<.001
Negatives Leistungsvermögen durch Einschränkungen der/des										
geistigen/psychischen Belastbarkeit	89	35.5	59	29.9	.219	24	9.6	131	61.2	<.001
Sinnesorgane	5	2.0	7	3.6	.310	6	2.4	7	3.3	.587
Bewegungs- und Halteapparats	181	72.1	110	55.8	<.001	138	55.4	164	76.6	<.001
Gefährdungs- und Belastungsfaktoren	155	61.8	107	54.3	.113	109	43.8	164	76.6	<.001

^AChi²-Test

Eine Betrachtung der ärztlichen Einschätzungen hinsichtlich der zukünftigen Arbeitsschwere und -haltung im Beruf zeigt auf, dass die Interventionspatienten in allen Punkten als leistungsfähiger eingeschätzt werden als die Vergleichsgruppenpatienten (Tab. 6.40). So sollte fast die Hälfte der Vergleichsgruppe (44%) zukünftig nur noch körperlich leichte Arbeitsaufgaben ausführen, während dies lediglich auf 19% der Interventionsgruppenpatienten zutrifft. Auch eine ständige Arbeitshaltung im Stehen oder Gehen ist mit 21 bzw. 25% für eine größere Anzahl in der Interventionsgruppe möglich im Vergleich zu jeweils 7% der Vergleichsgruppe. Bezüglich des ständigen Sitzens bei der Arbeit ergibt sich der größte Unterschied in den ärztlichen Einschätzungen. 96% der Interventionspatienten sollten künftig ständig im Sitzen arbeiten können, während in der Vergleichsgruppe mit 8% ein weitaus geringerer Anteil diese Arbeitshaltung ständig einnehmen sollte.

Tab. 6.40: Einschätzungen des positiven Leistungsvermögens hinsichtlich Arbeitsschwere und -haltung bei AHB- und AHV-Patienten und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p ^A	Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Körperliche Arbeitsschwere										
schwer bis mittelschwer	35	14.3	33	16.9	.678	57	22.9	13	6.3	<.001
mittelschwer bis leicht	134	54.7	107	54.9		144	57.8	102	49.5	
leicht	76	31.0	55	28.2		48	19.3	91	44.2	
Arbeitshaltung im Stehen										
ständig	30	12.2	35	17.9	<.001	52	20.9	14	6.8	<.001
überwiegend	130	53.1	129	66.2		168	67.5	100	48.5	
zeitweise	85	34.7	31	15.9		29	11.6	92	44.7	
Arbeitshaltung im Gehen										
ständig	32	13.1	43	22.1	<.001	62	24.9	14	6.8	<.001
überwiegend	135	55.1	127	65.1		171	68.7	100	48.5	
zeitweise	78	31.8	25	12.8		16	6.4	92	44.7	
Arbeitshaltung im Sitzen										
ständig	109	44.5	143	73.3	<.001	239	96.0	16	7.8	<.001
überwiegend	136	55.5	52	26.7		10	4.0	190	92.2	

^AChi²-Test

Zwischen AHB- und AHV-Patienten zeigen sich vor allem die Arbeitshaltung betreffend Unterschiede in den ärztlichen Einschätzungen. So sollten 16 bzw. 13% der AHV-Patienten lediglich zeitweise im Stehen oder Gehen arbeiten, während dies mit 35 bzw. 32% auf doppelt so viele AHB-Patienten zutrifft. Auch bezüglich der Arbeitshaltung im Sitzen wird deut-

lich, dass die AHV-Patienten im Vergleich zu den AHB-Patienten zu einem größeren Anteil ständig in der Lage sein sollten, im Sitzen zu arbeiten (AHB: 45%, AHV: 73%). Hinsichtlich der Arbeitsschwere wird in beiden Gruppen mehrheitlich von ärztlicher Seite eingeschätzt, dass die Patienten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten verrichten können (Tab. 6.40).

Die statistischen Analysen zeigen auf, dass sich die Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten über alle diskutierten Punkte hinweg signifikant voneinander unterscheiden (jeweils $p < .001$). Die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitshaltungen AHB- und AHV-Patienten betreffend sind statistisch ebenfalls signifikant (jeweils $p < .001$). Hinsichtlich der Arbeitsschwere zeigt sich allerdings kein signifikanter Unterschied in der Verteilung.

Arbeitsfähigkeit im Rahmen der letzten Tätigkeit und im Allgemeinen. Im Rahmen des sozialmedizinischen Leistungsbildes 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 (Tab. 6.41). Bezüglich der Arbeitskraft im Rahmen der zuletzt ausgeführten Tätigkeit können 93% der Interventionspatienten künftig über sechs Stunden am Tag ihre Tätigkeiten ausführen. Dies ist in der Vergleichsgruppe bei deutlich weniger Patienten der Fall (63%). Die allgemeine Arbeitskraft betreffend gilt für 96% der Interventionsgruppe und 90% der Vergleichsgruppe, dass künftig mehr als sechs Stunden Arbeit am Tag möglich sind.

Tab. 6.41: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der letzten beruflichen Tätigkeit sowie der Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen bei AHB- und AHV-Patienten und in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	AHB (N=261)		AHV (N=201)			Interventions- gruppe (N=259)		Vergleichs- gruppe (N=218)		
	n	%	n	%	p ^A	n	%	n	%	p ^A
Einschätzung der täglichen Arbeitskraft im Rahmen der letzten Tätigkeit										
≥ 6 Stunden	189	75.3	168	84.8		231	92.8	134	62.3	
3 bis 6 Stunden	9	3.6	6	3.0	.037	4	1.6	13	6.0	<.001
< 3 Stunden	53	21.1	24	12.1		14	5.6	68	31.6	
Einschätzung der allgemeinen Arbeitskraft als Folge des positiven und negativen Leistungsvermögens										
≥ 6 Stunden	232	93.5	183	92.9	.784	239	96.4	190	89.6	.004
< 6 Stunden	16	6.5	14	7.1		9	3.6	22	10.4	

^AChi²-Test

AHB- und AHV-Patienten unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der verbliebenen Arbeitskraft für den vor der Erkrankung ausgeführten Beruf. Mit 85% können AHV-Patienten im Vergleich zu 75% der AHB-Patienten weiterhin ihren alten Beruf über sechs Stunden am Tag

ausführen. Beiden Gruppen ist allerdings gemein, dass die allgemeine Arbeitskraft unabhängig vom Beruf bei 93 bis 94% über sechs Stunden am Tag liegt.

Die berichteten Ergebnisse für die Interventions- und Vergleichsgruppe sind statistisch signifikant. Entsprechend ist ein signifikant höherer Anteil der Interventionspatienten im Vergleich zu den Patienten in der Vergleichsgruppe in der Lage mehr als sechs Stunden am Tag zu arbeiten (bzgl. letzter Tätigkeit $p < .001$, bzgl. allgemeiner Tätigkeit $p = .004$). Hinsichtlich der AHB- und AHV- Patienten liegt nur ein signifikanter Unterschied bezüglich der täglichen Arbeitskraft im Rahmen des zuletzt ausgeführten Berufs vor ($p = .037$).

6.3.1 Fazit zu den ärztlichen Angaben der Erwerbsfähigkeit

Die Patienten der Vergleichsstichprobe werden hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der Interventionsstichprobe fast durchgehend als wesentlich eingeschränkter beurteilt. Folglich wird ein weitaus geringerer Anteil der Vergleichsstichprobe als bereits arbeitsfähig aus der Rehabilitationsmaßnahme entlassen. Auch bezogen auf die Arbeitshaltung und -schwere weisen die Patienten der Vergleichsstichprobe größere Einschränkungen auf. Dennoch wird deutlich, dass die Mehrheit beider Gruppen nach ärztlicher Einschätzung zukünftig in der Lage sein wird, dem allgemeinen Arbeitsmarkt über sechs Stunden Arbeitskraft am Tag zur Verfügung zu stellen.

AHB- und AHV-Patienten unterscheiden sich ebenfalls voneinander, wobei die AHB-Patienten als weniger leistungsfähig nach der Rehabilitation eingeschätzt werden. Aber auch in diesem Fall machen die Daten deutlich, dass bezogen auf die allgemeine Arbeitskraft der Großteil beider Patientengruppen nach ärztlicher Einschätzung künftig noch über sechs Stunden am Tag arbeiten kann.

6.4 Nonresponderanalyse 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende

Zum ersten Katamnesezeitpunkt ein halbes Jahr nach Beendigung der Rehabilitation (T2) antworteten insgesamt 390 Patienten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 82% (Tab. 6.42). Dabei antworteten 84% der Patienten in der Interventionsgruppe und 79% der Patienten in der Vergleichsgruppe.

Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) schickten insgesamt 336 Patienten den Fragebogen ausgefüllt zurück, was im Vergleich zur Ausgangsstichprobe zu Beginn der Rehabilitation (T1) einer Gesamtrücklaufquote von 70% entspricht (71% der Patienten der Interventionsgruppe, 70% der Patienten der Vergleichsgruppe).

Tab. 6.42: Rücklaufquoten der Katamnesebefragung 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende für die Patienten der Interventions- und Vergleichsstichprobe im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (T1) (N=477)

		Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Katamnese nach 6 Monaten (T2)	ja	218	84.2	172	78.9	390	81.8
	nein	41	15.8	46	21.1	87	18.2
	gesamt	259		218		477	
Katamnese nach 12 Monaten (T3)	ja	183	70.7	153	70.2	336	70.4
	nein	76	29.3	65	29.8	141	29.6
	gesamt	259		218		477	

6.4.1 Nonresponderanalyse der Interventionsgruppe 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende

Die Tabellen 6.43 und 6.44 geben einen Überblick über die soziodemographischen und medizinischen Daten der Responder und Nonresponder in der Interventionsgruppe zu den Messzeitpunkten T2 (ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation) und T3 (ein Jahr nach Ende der Rehabilitation). Zur Überprüfung der kategorialen Variablen auf Unterschiede in den einzelnen Gruppen mittels Chi²-Test, werden aufgrund der zum Teil kleinen Fallzahlen wenn möglich Kategorien zusammengefasst. In den Fällen, in denen dies nicht möglich ist und die Voraussetzungen für einen Chi²-Test nicht erfüllt sind, wird der exakte Test nach Fisher berechnet.

Soziodemographische Daten. Hinsichtlich der soziodemographischen Daten unterscheiden sich die Responder von den Nonrespondern 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2) kaum voneinander (Tab. 6.43). Nur bezüglich des Schulabschlusses und des monatlichen Familieneinkommens zeigen sich signifikante Unterschiede in den beiden Gruppen.

So weisen die Patienten, die aus der Studie ausgeschieden sind, mit 34% signifikant häufiger einen Hauptschulabschluss auf als die Responder mit 18% ($p=.021$). Letztere haben im Vergleich die Schulausbildung häufiger mit einer Fachhochschulreife oder dem Abitur abgeschlossen. Allerdings ähneln sich die beiden Gruppen bezüglich der Tatsache, dass jeweils die Mehrheit angibt, einen Abschluss der mittleren Reife absolviert zu haben (Nonresponder mit 51%, Responder mit 50%).

Das monatliche Familieneinkommen unterscheidet sich in beiden Gruppen, indem signifikant mehr Patienten in der Respondergruppe (63%) im Vergleich zu der Nonrespondergruppe (36%) ein Nettoeinkommen über 2000 Euro aufweisen ($p=.002$).

Die Betrachtung der Daten 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) machen deutlich, dass sich die Responder und Nonresponder zu T3 in keinem der demographischen Merkmale mehr signifikant voneinander unterscheiden (Tab. 6.43). Die Verteilungen bezüglich des Schulabschlusses und des Nettoeinkommens nähern sich ein Jahr nach Ende der Maßnahme einander an.

Tab. 6.43: Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Interventionsgruppe (N=259)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		
	Responder	Non-Responder	p	Responder	Non-Responder	p
	n	n		n	n	
Alter (M, SD)	218	41		183	76	
	49.8 (7.1)	48.0 (8.9)	.167 ^A	50.0 (7.2)	48.1 (7.8)	.058 ^A
Geschlecht (%)	218	41		183	76	
weiblich	74.8	75.6	.909 ^B	77.0	69.7	.216 ^B
Familienstand (%)	216	41		181	76	
ledig	19.0	14.6		17.1	21.1	
verheiratet	60.6	53.7	.268 ^B	63.0	51.3	.210 ^B
in Trennung/ geschieden/verwitwet	20.4	31.7		19.9	27.6	
Schulabschluss (%)	214	41		179	76	
Hauptschulabschluss/ sonstiges ^D	18.2	34.1		19.6	23.7	
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	50.0	51.2	.021 ^B	50.8	48.7	.756 ^B
Fachhochschulreife/ Abitur	31.8	14.6		29.6	27.6	

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

^DSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Hauptschulabschluss*

^ESonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *arbeitslos*

^FBeamten/Beamter mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Angestellte/r*

Fortsetzung der **Tabelle 6.43:**

Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Interventionsgruppe (N=259)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		
	Responder	Non-Responder		Responder	Non-Responder	
	n	n	p	n	n	p
Berufliche Situation (%)	212	38		178	72	
erwerbstätig	92.9	81.6	.054 ^C	92.1	88.9	.412 ^B
arbeitslos/sonstiges ^E	7.1	18.4		7.9	11.1	
Berufliche Position (%)	213	41		179	75	
Arbeiter/in	8.9	22.0	.057 ^C	10.1	13.3	.549 ^B
Angestellte/r/ Beamtin/Beamter ^F	86.4	75.6		84.9	84.0	
Selbstständige/r	4.7	2.4		5.0	2.7	
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	201	39		169	71	
bis 1000 €	4.0	15.4	.002 ^B	4.1	9.9	.059 ^B
1000- 2000 €	33.3	48.7		32.5	43.7	
2000- 3000 €	35.3	12.8		35.5	22.5	
über 3000 €	27.4	23.1		27.8	23.9	

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

^DSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Hauptschulabschluss*

^ESonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *arbeitslos*

^FBeamtin/Beamter mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Angestellte/r*

Medizinische Daten. Eine Analyse der medizinischen Daten macht deutlich, dass sich die Patienten beider Gruppen 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2) nicht voneinander unterscheiden (Tab. 6.44). Alle statistischen Analysen bleiben ohne signifikante Ergebnisse.

Zwölf Monate nach Rehabilitationsende (T3) fallen die Daten ähnlich aus wie bereits für den zweiten Messzeitpunkt ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme (T2) berichtet. Es liegen auch hier über alle medizinischen Merkmale hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen Nonrespondern und Respondern vor.

Tab. 6.44: Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Interventionsgruppe (N=259)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		
	Responder	Non-Responder	p	Responder	Non-Responder	p
	n	n		n	n	
Diagnose (%) BN der/des..	218	41		183	76	
Brustdrüse	37.6	36.6		39.9	31.6	
Verdauungsorgane	26.6	24.4		26.8	25.0	
weiblichen/männliche Genitalorgane	12.8	9.8		12.6	11.8	
lymphatischen und blutbildenden Gewebes	6.0	4.9	.546 ^A	4.9	7.9	.295 ^A
Schilddrüse	5.0	2.4		3.8	6.6	
Atmung	2.8	9.8		2.2	7.9	
sonstiges	9.2	12.2		9.8	9.2	
Art der Erkrankung (%)	205	40		174	71	
Ersterkrankung	95.1	97.5	1.00 ^A	96.0	94.4	.734 ^A
Rezidiv oder Progress	4.9	2.5		4.0	5.6	
	211	40		178	73	
Zweit- oder Mehrfachmalignome	2.4	0.0	1.00 ^A	1.7	2.7	.630 ^A
T- Klassifikation (%)	193	38		163	68	
Tx/T0/Tis/Ta ^C	9.3	15.8		10.4	10.3	
T1	46.1	39.5	.662 ^B	46.0	42.6	.911 ^B
T2	23.2	23.7		22.1	26.5	
T3 oder T4	21.2	21.1		21.5	20.6	
UICC-Stadium (%)	205	39		174	70	
Stadium 0	3.9	2.6		4.6	1.4	
Stadium 1	38.0	30.8		36.8	37.1	
Stadium 2	23.4	25.6	.924 ^A	24.7	21.4	.728 ^B
Stadium 3	11.2	15.4		10.3	15.7	
Stadium 4	8.3	7.7		8.0	8.6	
Stadium nicht definiert	15.1	17.9		15.5	15.7	
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)	216	41		182	75	
0-3 Monate	25.0	19.5		24.7	22.7	
3-6 Monate	16.2	12.2		17.0	12.0	
6-12 Monate	34.7	48.8	.553 ^B	36.3	38.7	.545 ^B
1-2 Jahre	16.7	14.6		14.3	21.3	
mehr als 2 Jahre	7.4	4.9		7.7	5.3	

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test; ^Cspezielle Kennzeichnung bei C 67 „Nichtinvasiv papilläres Karzinom“

Fortsetzung der **Tabelle 6.44:**

Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Interventionsgruppe (N=259)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)						
	Responder	Non-Responder		Responder	Non-Responder					
	n	n	p	n	n	p				
Vollremission (%)	218	41		183	76					
ja	93.1	90.2		94.0	89.5					
nein	3.7	2.4	.409 ^A	3.8	2.6	.111 ^A				
noch nicht beurteilbar	3.2	7.3		2.2	7.9					
Therapien in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Rehabilitation (%)										
Operation	158	73.1	29	70.7	.932 ^B	137	75.3	50	67.6	.208 ^B
Chemotherapie	86	39.4	18	45.0	.511 ^B	74	40.4	30	40.0	.948 ^B
Bestrahlung	76	35.0	15	36.6	.848 ^B	64	35.2	27	35.5	.956 ^B
Hormontherapie	44	22.0	10	26.3	.560 ^B	40	23.8	14	20.0	.523 ^B
Art der Reha (%)	218	41		182		75				
AHB	44.9	34.1		45.1		38.7				
Erste Rehabehandlung	38.9	51.2	.323 ^B	39.6		44.0			.643 ^B	
Wiederholte Rehabehandlung	16.2	14.6		15.4		17.3				

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test; ^Cspezielle Kennzeichnung bei C 67 „Nichtinvasiv papilläres Karzinom“

Psychische Belastung. Weiterhin werden die Responder und Nonresponder hinsichtlich ihrer psychischen Belastung, die zu Beginn der Rehabilitation (T1) vorlag, miteinander verglichen (Tab. 6.45). Zu diesem Zweck werden die Ergebnisse der HADS (Angst- und Depressivitätssymptomatik) sowie des Distressthermometers (subjektive Belastung) herangezogen.

Die Analysen der Daten der Patienten, die ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) geantwortet haben im Vergleich zu den Nonrespondern, machen deutlich, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer psychischen Ausgangssituation nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Das gleiche Bild stellt sich 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) dar. Die Analysen machen deutlich, dass weder die Nonresponder noch die Responder zum ersten Messzeitpunkt signifikant häufiger psychisch belastet waren.

Tab. 6.45: Stichprobenvergleich der psychischen Belastung von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Interventionsgruppe (N=259)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)		Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		p ^A
	Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
	n	n	n	n	
Angstsymptomatik (%)	212	41	178	75	
unauffällig (0-7)	59.4	43.9	60.1	49.3	
grenzwertig (8-10)	21.2	26.8	21.3	24.0	.147
auffällig (≥11)	19.3	29.3	18.5	26.7	
Depressivitätssymptomatik (%)	201	41	177	75	
unauffällig (0-7)	76.8	70.7	79.1	68.0	
grenzwertig (8-10)	15.6	12.2	13.6	18.7	.234
auffällig (≥11)	7.6	17.1	7.3	13.3	
Subjektive Belastung (%)	214	41	180	75	
geringe Belastung (<5)	40.2	39.0	40.0	40.0	
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)	59.8	61.0	60.0	60.0	1.00

^AChi²-Test

Fazit ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). Bezüglich der soziodemographischen Daten bestehen zwischen Respondern und Nonrespondern ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung und des Nettoeinkommens. Da diese Aspekte bezüglich der folgenden Analysen und der Beurteilung der Rückkehr zur Arbeit eine untergeordnete Rolle spielen, kann die Katamnesestichprobe der Interventionsgruppe bezüglich soziodemographischer Daten als repräsentativ für die ursprüngliche Stichprobe zu Beginn der Rehabilitation (T1) angesehen werden. Dies gilt ebenfalls für die Beurteilung der medizinischen Daten und der psychischen Belastung zum ersten Messzeitpunkt (T1). In beiden Fällen unterscheiden sich Responder und Nonresponder nicht voneinander.

Fazit ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). 12 Monate nach Rehabilitationsende kann die Stichprobe der Interventionsgruppe die soziodemographischen Daten betreffend als repräsentativ für die ursprüngliche Stichprobe zu Beginn der Rehabilitation (T1) beurteilt werden. Auch hinsichtlich medizinischer Daten und psychischer Belastung bestehen zwischen Respondern und Nonrespondern keine signifikanten Unterschiede.

6.4.2 Nonresponderanalyse der Vergleichsgruppe 6 Monate (T2) und 12 Monate (T3) nach Rehabilitationsende

Die Tabellen 6.46 und 6.47 geben einen Überblick über die soziodemographischen und medizinischen Daten der Responder und Nonresponder in der Vergleichsgruppe zu den Messzeitpunkten T2 (ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation) und T3 (ein Jahr nach Ende der Rehabilitation).

Soziodemographische Daten. Sechs Monate nach Rehabilitationsende (T2) unterscheiden sich die Responder und Nonresponder der Vergleichsgruppe nur hinsichtlich beruflicher Aspekte signifikant voneinander (Tab. 6.46). Während knapp 89% der noch teilnehmenden Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) erwerbstätig gewesen sind, betrifft dies mit 73% signifikant weniger Patienten der ausgeschiedenen Teilnehmer ($p=.011$). Die Mehrheit der Responder ist angestellt (63%), während die Mehrheit der Nonresponder als Arbeiter tätig ist (52%). Dieser Verteilungsunterschied ist signifikant ($p=.031$).

12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) besteht kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den beruflichen Positionen, die die Teilnehmer einnehmen. Der Unterschied hinsichtlich der Erwerbstätigkeit bleibt jedoch erhalten ($p=.001$, Tab. 6.46).

Tab. 6.46 Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Vergleichsgruppe (N=218)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)						
	Responder		Non-Responder	Responder		Non-Responder				
	n		n	p	n	n	p			
Alter (M, SD)	172	48.6 (7.4)	46	46.4 (9.7)	.174 ^A	153	48.6 (7.4)	65	46.9 (9.1)	.148 ^A
Geschlecht (%)	172		46			153		65		
weiblich		72.7		63.0	.203 ^B		74.5		61.5	.054 ^B
Familienstand (%)	172		45			152		63		
ledig		14.7		24.2			13.8		23.8	
verheiratet		63.5		53.3	.270 ^B		63.8		55.6	.201 ^B
in Trennung/geschieden/ verwitwet		21.8		22.2			22.4		20.6	

^AT-Test; ^BChi²-Test

^CSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Hauptschulabschluss*

^DSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *arbeitslos*

^EBeamtin/Beamter mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Angestellte/r*

Fortsetzung der **Tabelle 6.46:**

Stichprobenvergleich der soziodemographischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Vergleichsgruppe (N=218)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		
	Responder	Non-Responder		Responder	Non-Responder	
	n	n	p	n	n	p
Schulabschluss (%)	168	45		151	62	
Hauptschulabschluss/ sonstiges ^C	22.0	33.3		20.5	33.9	
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	53.0	48.9	.251 ^B	53.6	48.4	.097 ^B
Fachhochschulreife/Abitur	25.0	17.8		25.8	17.7	
Berufliche Situation (%)	165	45		146	64	
erwerbstätig	88.5	73.3		90.4	73.4	
arbeitslos/sonstiges ^D	11.5	26.7	.011 ^B	9.6	26.6	.001 ^B
Berufliche Position (%)	168	44		150	62	
Arbeiter/in	31.0	52.3		30.7	46.8	
Angestellte/r/ Beamten/Beamter ^E	63.1	43.2	.031 ^B	64.0	46.8	.063 ^B
Selbstständige/r	6.0	4.5		5.3	6.5	
Monatliches Familiennettoeinkommen (%)	169	41		151	59	
bis 1000 €	12.4	14.6		10.6	18.6	
1000- 2000 €	31.4	34.1		31.1	33.9	
2000- 3000 €	34.3	24.4	.668 ^B	37.1	20.3	.087 ^B
über 3000 €	21.9	26.8		21.2	27.1	

^AT-Test; ^BChi²-Test

^CSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Hauptschulabschluss*

^DSonstiges mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *arbeitslos*

^EBeamten/Beamter mit zu kleiner Fallzahl, daher Zusammenfassung mit *Angestellte/r*

Medizinische Daten. 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2) weisen Responder und Non-responder nur einen signifikanten Unterschied bezüglich der Verteilung in den UICC-Stadien auf (p=.024, Tab. 6.47). So sind mit 22% signifikant weniger der Responder einem UICC-Stadium von 3 oder 4 zuzuordnen, als die Nonresponder mit knapp 45%.

12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) werden neben den signifikanten Unterschieden bezüglich der UICC-Stadien (p=.001) zudem signifikante Unterschiede hinsichtlich der Diagnosen und der Hormonbehandlungen deutlich (Tab. 6.47). So besteht fast die Hälfte der Responder aus Brustkrebspatientinnen, während in der Nonrespondergruppe keine Diagnose eine solch deutliche Mehrheit einnimmt (p=.018). Weiterhin haben die Responder zu ei-

nem signifikant höheren Anteil (38%) in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Rehabilitation eine Hormonbehandlung erhalten im Vergleich zu 19% der Nonresponder ($p=.010$).

Tab. 6.47 Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Vergleichsgruppe (N=218)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		
	Responder	Non-Responder		Responder	Non-Responder	
	n	n	p	n	n	p
Diagnose (%) BN der/des..	172	46		153	65	
Brustdrüse	46.5	26.1		49.0	26.2	
Verdauungsorgane	12.8	13.0		10.5	18.5	
weiblichen/männliche Genitalorgane	9.9	15.2		10.5	12.3	
lymphatischen und blutbildenden Gewebes	15.7	17.4	.073 ^A	15.0	18.5	.018 ^A
Schilddrüse	2.3	-		2.6	-	
Atmung	2.9	6.5		3.3	4.6	
sonstiges	9.9	21.7		9.2	20.0	
Art der Erkrankung (%)	155	39		137	57	
Ersterkrankung	94.8	89.7	.264 ^A	95.6	89.5	.141 ^A
Rezidiv oder Progress	5.2	10.3		4.4	10.5	
Zweit- oder Mehrfachmalignome	158	40	1.00 ^A	140	58	.676 ^A
	3.8	2.5		4.3	1.7	
T- Klassifikation (%)	136	33		124	45	
Tx/T0/Tis/Ta ^C	3.7	3.0		4.0	2.2	
T1	43.4	39.4	.925 ^A	45.2	35.6	.346 ^A
T2	35.3	36.4		35.5	35.6	
T3 oder T4	17.6	21.2		15.3	26.7	
UICC-Stadium (%)	149	38		133	54	
Stadium 0	1.3	2.6		1.5	1.9	
Stadium 1	35.6	23.7		38.3	20.4	
Stadium 2	28.9	15.8	.024 ^A	30.1	16.7	.001 ^A
Stadium 3	16.8	23.7		15.8	24.1	
Stadium 4	5.4	21.1		4.5	18.5	
Stadium nicht definiert	12.1	13.2		9.8	18.5	
Zeitraum seit Diagnosestellung (%)	172	45		153	64	
0-3 Monate	14.0	15.6		13.7	15.6	
3-6 Monate	23.3	24.4		22.2	26.6	
6-12 Monate	43.0	37.8	.953 ^B	44.4	35.9	.849 ^B
1-2 Jahre	11.6	11.1		11.1	12.5	
mehr als 2 Jahre	8.1	11.1		8.5	9.5	

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test

Fortsetzung der **Tabelle 6.47**:

Stichprobenvergleich der medizinischen Daten von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Vergleichsgruppe (N=218)

	Katamnese 6 Monate nach Re- habilitationsende (T2)			Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)						
	Responder		Non- Responder	Responder		Non- Responder				
	n		n	p	n	n	p			
Vollremission (%)	169		46		151	64				
ja		87.6		84.8		88.7	82.8			
nein		7.7		8.7	.806 ^A	6.6	10.9			
noch nicht beurteilbar		4.7		6.5		4.6	6.3			
Therapien in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Rehabilitation (%)										
Operation	122	71.8	29	64.4	.340 ^B	110	72.4	41	65.1	.287 ^B
Chemotherapie	93	54.4	29	63.0	.293 ^B	84	54.9	38	59.4	.545 ^B
Bestrahlung	103	60.6	23	50.0	.196 ^B	94	61.8	32	50.0	.107 ^B
Hormontherapie	57	35.0	10	22.2	.105 ^B	55	37.7	12	19.4	.010^B
Art der Reha (%)	163		42			145		60		
AHB		74.2		69.0			74.5		70.0	
Erste Rehabehandlung		15.3		21.4	.639 ^B		15.2		20.0	.698 ^B
Wiederholte Rehabehandlung		10.4		9.5			10.3		10.0	

^AExakter Test nach Fisher; ^BChi²-Test

Psychische Belastung. Hinsichtlich der psychischen Belastung zum Beginn der Rehabilitation (T1) unterscheiden sich die Responder und Nonresponder 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2) nicht signifikant voneinander (Tab. 6.48).

Die Angaben 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) variieren kaum von den berichteten Daten ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme. Die Analysen machen deutlich, dass weder Nonresponder noch Responder signifikant zu einem größeren Anteil zum ersten Messzeitpunkt psychisch belastet waren.

Tab. 6.48 Stichprobenvergleich der psychischen Belastung von Respondern und Nonrespondern 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende der Vergleichsgruppe (N=218)

	Katamnese 6 Monate nach Rehabilitationsende (T2)		Katamnese 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3)		p ^A
	Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
	n	n	n	n	
Angstsymptomatik (%)	169	45	150	64	
unauffällig (0-7)	55.0	66.7	56.0	60.9	
grenzwertig (8-10)	26.0	13.3	26.0	17.2	.362
auffällig (≥11)	18.9	20.0	18.0	21.9	
Depressivitätssymptomatik (%)	169	46	150	65	
unauffällig (0-7)	72.8	87.0	74.7	78.5	
grenzwertig (8-10)	15.4	10.9	14.0	15.4	.499
auffällig (≥11)	11.8	2.2	11.3	6.2	
Subjektive Belastung (%)	171	46	152	65	
geringe Belastung (< 5)	48.5	52.2	47.4	53.8	
mittlere bis starke Belastung (≥ 5)	51.5	47.8	52.6	46.2	.382

^AChi²-Test

Fazit ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). Die Unterschiede bezüglich des Erwerbsstatus und der beruflichen Position zwischen Respondern und Nonrespondern sind für die weiteren Auswertungen nicht relevant. Die medizinischen Daten betreffend zeigen sich Unterschiede hinsichtlich des UICC-Stadiums. So sind in der Nonrespondergruppe mehr Patienten vertreten, die einem UICC-Stadium von 3 oder 4 zuzuordnen sind. Dass gesundheitlich höher belastete Patienten im Laufe der Erhebung ausscheiden, ist jedoch zu erwarten und schränkt die Interpretationsmöglichkeiten der Analysen nicht wesentlich ein. Responder und Nonresponder sind weiterhin als ähnlich psychisch belastet anzusehen. Letztlich sind die Responder der Vergleichsgruppe als repräsentativ für die ursprüngliche Stichprobe zu Beginn der Rehabilitation (T1) zu beurteilen.

Fazit ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). 12 Monate nach Rehabilitationsende bestehen weiterhin Unterschiede zwischen Respondern und Nonrespondern den Erwerbsstatus betreffend. Wie bereits diskutiert führt dieser Unterschied jedoch nicht zu einer Einschränkung der Interpretationsmöglichkeiten in den Analysen. Auf die medizinischen Daten bezogen unterscheiden sich Responder und Nonresponder ein Jahr nach Ende der Rehabilitation nur wenig voneinander. Zwar überwiegt noch immer der Anteil an Patienten mit einem höheren UICC-Stadium in der Nonrespondergruppe, doch dies wird für die Beantwortung der zu untersuchenden Fragestellungen als nicht problematisch bewertet. Auch die weiteren Unter-

schiede (Diagnose, Hormonbehandlung) werden als nicht relevant eingeschätzt. Wie bereits ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende, können die zu T3 verbliebenen Studienteilnehmer (Responder) als repräsentativ für die ursprüngliche Stichprobe zu Beginn der Rehabilitation angesehen werden.

6.5 Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht

Die folgenden Angaben wurden von den teilnehmenden Patienten ein halbes Jahr nach der Rehabilitation (T2) gemacht. Neben der Bewertung der Rehabilitation hinsichtlich Verbesserungen in verschiedenen persönlichen Bereichen, beantworteten die Patienten Fragen zu den vermittelten Inhalten in der Rehabilitation und deren Umsetzbarkeit bzw. Praktikabilität im Alltag. Schließlich wurden die Teilnehmer gebeten, die ärztliche, pflegerische und psychologische Betreuung sowie strukturelle Aspekte der Rehabilitationseinrichtung zu beurteilen. Die Ergebnisse werden getrennt für Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt sowie für Männer und Frauen.

6.5.1 Bewertung der Rehabilitationseffekte

Insgesamt schätzten die Patienten in den Bereichen körperliche Gesundheit, Schmerzen, Familie/Partnerschaft, Kontakt mit anderen, seelisches Befinden, Arbeit/Beruf und Freizeit ein, inwiefern die Rehabilitation zur Verbesserung beigetragen hat.

Hinsichtlich aller sieben Bereiche geben die Patienten der Interventions- wie Vergleichsgruppe ähnliche Bewertungen ab. Am besten wird die Hilfe bezüglich der körperlichen Gesundheit mit durchschnittlich 3.7 bis 3.8 Punkten eingeschätzt, während die Patienten die Hilfe im Bereich Familie/Partnerschaft mit 2.6 bis 2.7 Punkten am geringsten beurteilen.

Frauen und Männer beurteilen die Bereiche Hilfe bezüglich des Kontakts mit anderen und Hilfe bezüglich des seelischen Befindens unterschiedlich. So geben die Frauen in beiden Fällen an, mehr Hilfe erhalten zu haben als die Männer (Kontakt mit anderen: Frauen: $M = 3.4$ vs. Männer: $M = 2.9$; seelisches Befinden: Frauen: $M = 3.3$ vs. Männer: $M = 2.9$). Ansonsten beurteilen sowohl Männer als auch Frauen die Hilfe hinsichtlich der körperlichen Gesundheit mit durchschnittlich 3.8 (Frauen) und 3.6 (Männer) Punkten am höchsten und wie bereits im Rahmen von Interventions- und Vergleichsgruppe angeführt, die Hilfe bezüglich der Familie/Partnerschaft am geringsten (Frauen: 2.7, Männer: 2.6).

Die statistische Analyse der Ergebnisse zeigt, dass sich Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe in der Höhe ihrer Beurteilungen nicht signifikant voneinander unterscheiden (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tab. A.11).

Der berichtete Unterschied bei Männern und Frauen hinsichtlich der Einschätzung, inwiefern die Rehabilitation bezüglich des Kontakts mit anderen und des seelischen Wohlbefindens weitergeholfen habe, ist statistisch signifikant (Tab. A.11). Frauen geben in diesen Bereichen signifikant höhere Werte in der Beurteilung ab. In allen anderen Bereiche unterscheiden sie sich nicht voneinander.

Tab. 6.49: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der Rehabilitationseffekte 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Bereiche, in denen die Rehabilitation geholfen hat	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Gesundheit^A						
Frauen	162	3.8	0.9	124	3.7	0.9
Männer	55	3.6	0.9	47	3.6	0.8
Gesamt	217	3.8	0.9	171	3.7	0.9
Schmerzen^A						
Frauen	144	2.9	1.2	116	3.0	1.1
Männer	53	2.6	1.2	43	3.0	1.0
Gesamt	197	2.8	1.2	159	3.0	1.1
Familie/Partnerschaft^A						
Frauen	154	2.6	1.2	119	2.7	1.4
Männer	54	2.3	1.2	45	2.8	1.2
Gesamt	208	2.6	1.3	164	2.7	1.4
Kontakt mit anderen^A						
Frauen	159	3.3	1.1	122	3.5	1.2
Männer	55	2.7	1.1	44	3.0	1.1
Gesamt	214	3.1	1.2	166	3.3	1.1
Seelisches Befinden^A						
Frauen	159	3.3	1.1	120	3.3	1.0
Männer	55	2.8	1.1	46	3.1	1.0
Gesamt	214	3.2	1.1	166	3.3	1.0
Arbeit und Beruf^A						
Frauen	159	3.0	1.2	124	2.8	1.2
Männer	55	2.8	1.3	45	2.7	1.3
Gesamt	214	2.9	1.2	166	2.8	1.3
Freizeit^A						
Frauen	160	3.1	1.1	122	3.2	1.1
Männer	55	2.9	1.2	45	3.1	1.0
Gesamt	215	3.1	1.1	167	3.2	1.1

^ASkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

Weiterhin bewerteten die Patienten vier Aussagen zur Praktikabilität bzw. Umsetzung der in der Rehabilitation gelernten Dinge im Alltag (Tab. 6.50).

Die Beurteilungen aller Aussagen liegen bei Patienten der Interventions- wie Vergleichsgruppe im Durchschnitt zwischen 3 („trifft teilweise zu“) und 4 („trifft überwiegend zu“) Punkten. Dennoch geben die Patienten der Interventionsgruppe mit 3.8 Punkten in einem etwas höheren Maße an, im Rahmen der Rehabilitation besprochen zu haben, wie das Erlernete im Alltag umzusetzen sei (Vergleich: M=3.5). Auch bezüglich der Frage, inwiefern der berufliche Einstieg thematisiert worden war, äußern sich die Patienten der Interventionsgruppe etwas zufriedener (Intervention: M=3.8, Vergleich: M=3.1). Frauen und Männer geben über alle

Aussagen hinweg sehr ähnliche Bewertungen ab, die jeweils zwischen 3.0 und 3.9 Punkten liegen.

Tab. 6.50: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der Praktikabilität bzw. Umsetzung der Rehabilitationsinhalte im Alltag 6 Monate nach Rehabilitationseende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Aussagen über die Rehabilitation	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
Das in der Reha Gelernte war für den Alltag geeignet.^A						
Frauen	163	3.8	0.8	123	3.6	1.0
Männer	55	3.6	0.8	47	3.5	0.8
Gesamt	218	3.7	0.8	170	3.6	0.9
Es wurde besprochen, wie man das in der Reha Gelernte im Alltag umsetzen kann.^A						
Frauen	162	3.9	0.8	124	3.6	1.1
Männer	55	3.6	1.0	46	3.5	0.9
Gesamt	217	3.8	0.9	170	3.5	1.0
Es wurden Probleme besprochen, die beim Übergang in den Alltag entstehen können.^A						
Frauen	163	3.6	1.0	123	3.1	1.2
Männer	55	3.4	1.1	46	3.3	0.9
Gesamt	218	3.6	1.1	169	3.1	1.2
Es wurde besprochen, wie der berufliche Wiedereinstieg gestaltet werden soll.^A						
Frauen	161	3.8	1.1	122	3.1	1.3
Männer	54	3.6	1.1	47	3.0	1.2
Gesamt	215	3.8	1.1	169	3.1	1.3

^ASkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Eine Überprüfung der Mittelwertsunterschiede macht deutlich, dass die unterschiedlichen Ausprägungen bei Interventions- und Vergleichsgruppe zum Teil statistisch signifikant sind (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.12). So beurteilen die Interventionspatienten im Schnitt die Hilfe hinsichtlich der Umsetzung des Erlernten im Alltag ($p=.037$), die Besprechung etwaiger Probleme im Alltag ($p=.016$) sowie die Thematisierung des beruflichen Wiedereinstiegs ($p<.001$) als besser im Vergleich zu den Patienten der Vergleichsgruppe.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht voneinander, es liegt allerdings eine Wechselwirkung zwischen Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht vor ($p=.047$), da Frauen ($M=3.6$) der Interventionsgruppe die Besprechung von Problemen bei dem Übergang in den Alltag

besser beurteilen als Männer (M=3.4). In der Vergleichsgruppe ergibt sich das umgekehrte Bild (Frauen: M= 3.1 vs. Männer: M=3.3).

Zuletzt wurden die Patienten gebeten, anhand eines offenen Antwortformats Angaben dazu zu machen, welche Hilfestellungen ihnen zum Thema Beruf im Rahmen der Rehabilitation am hilfreichsten erschienen sind. Abbildung 6.1 fasst die Bereiche zusammen, die in diesem Zusammenhang aufgeführt werden. Insgesamt äußern sich 21 Patienten der Vergleichs- und 53 Patienten der Interventionsstichprobe. Dabei wird deutlich, dass von beiden Gruppen vor allem die Hilfestellungen durch die Sozialdienste an den Kliniken als hilfreich empfunden werden. In der Interventionsklinik wird im Gegenteil zur Vergleichsgruppe auch die Ergotherapie als nützlich hervorgehoben. Nach den genannten Bereichen folgt die psychologische Beratung. Hier schätzen die Patienten häufig die Themen „Grenzen setzen“ und „Nein sagen“. Zuletzt wird auch die Physiotherapie genannt, die anhand konkreter Beispiele und Bewegungsabläufe im Beruf Hilfestellungen geleistet hat.

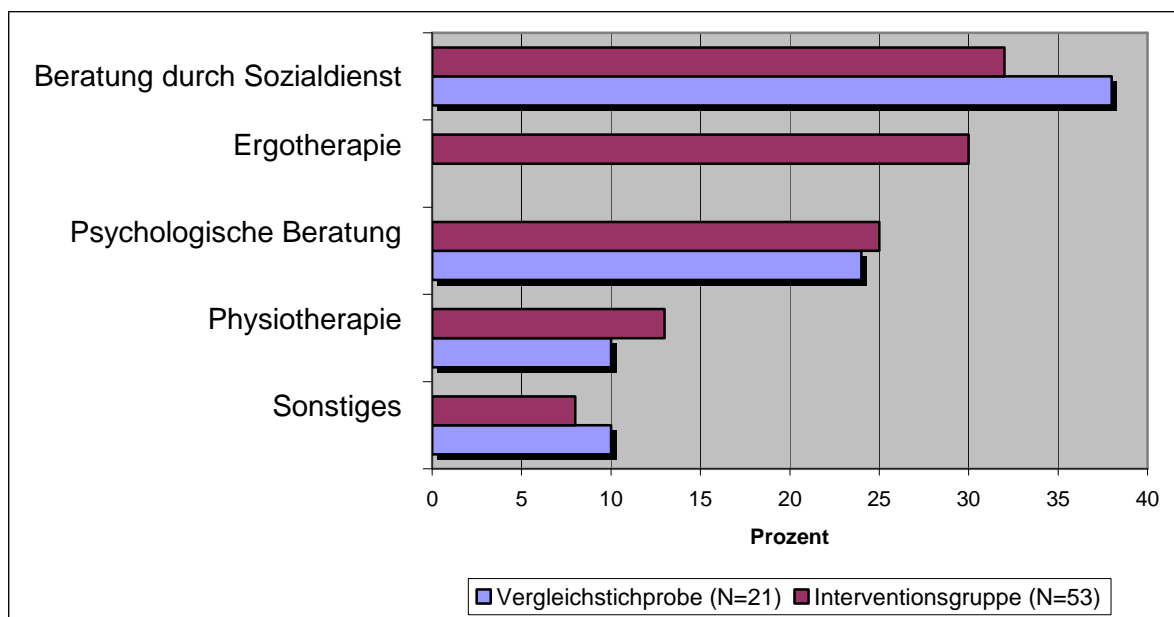


Abb. 6.1: Angaben zu den Bereichen, die als besonders hilfreich zum Thema Beruf empfunden wurden, Angaben in % getrennt für Interventions- und Vergleichsgruppe (N=74)

6.5.2 Bewertung der Rehabilitationseinrichtung

6.5.2.1 Bewertung der Betreuung (Ärzte, Pfleger, Psychologen)

Die ärztliche Betreuung wird durchweg als positiv beurteilt (Tab. 6.51). So empfanden die Patienten während der Maßnahme bspw. *überwiegend* Einfühlsamkeit und Verständnis auf Seiten der Ärzte (M=4.0) oder hatten *überwiegend* den Eindruck, dass die richtigen Therapien und Behandlungen veranlasst worden waren (M=4.0). Dies gilt sowohl für Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie für Männer und Frauen.

Entsprechend sind die geringen Unterschiede zwischen den Mittelwerten nicht signifikant (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.13). Hinsichtlich der Beurteilung, inwiefern zu wenig ärztliche Beratung angeboten worden ist, liegt allerdings eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht vor ($p=.009$). So erreichen die Frauen der Interventionsgruppe an dieser Stelle mit 1.8 einen geringeren Wert als die Männer mit 2.1 und die Frauen der Vergleichsgruppe einen höheren Wert mit 1.9 als die Männer mit 1.6 (Tab. 6.51). Niedrigere Werte entsprechen einer besseren Bewertung der ärztlichen Betreuung.

Tab. 6.51: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der ärztlichen Betreuung 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
„Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.“^A						
Frauen	163	1.8	1.0	124	1.9	1.2
Männer	55	2.1	1.0	47	1.6	0.9
Gesamt	218	1.8	1.0	171	1.9	1.1
„Die Ärztin/der Arzt war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“^A						
Frauen	163	4.0	1.1	124	4.1	1.1
Männer	54	4.1	0.9	47	4.2	1.1
Gesamt	217	4.0	1.1	171	4.1	1.1
„Die Ärztin/der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich gemacht.“^A						
Frauen	163	4.0	1.1	124	4.1	1.0
Männer	55	3.9	1.0	47	3.9	1.2
Gesamt	218	4.0	1.1	171	4.0	1.1
„Die Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.“^A						
Frauen	163	3.9	1.2	124	4.1	1.0
Männer	55	3.9	1.0	47	4.0	1.1
Gesamt	218	3.9	1.2	171	4.1	1.1

^ASkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Auch die pflegerische Betreuung wird über Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Männer und Frauen hinweg als positiv beurteilt (Tab. 6.52). So geben die Patienten bspw. im Durchschnitt an, dass es *überwiegend zutrefte* ($M=4.0$), dass die Pflegekräfte sehr gut betreut und beraten sowie einfühlsam und verständnisvoll reagiert hätten.

Eine varianzanalytische Auswertung der Daten zeigt entsprechend keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen auf (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.14).

Tab. 6.52: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der pflegerischen Betreuung während der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Pflegerische Betreuung während der Rehabilitation	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
„Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.“^A						
Frauen	155	1.5	1.0	120	1.6	1.0
Männer	54	1.7	0.9	45	1.5	0.9
Gesamt	209	1.6	1.0	165	1.6	1.0
„Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.“^A						
Frauen	157	4.0	1.1	116	4.0	1.2
Männer	54	3.7	1.3	45	4.0	1.2
Gesamt	211	3.9	1.2	161	4.0	1.2
„Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.“^A						
Frauen	157	4.0	1.1	117	4.0	1.1
Männer	54	3.7	1.3	45	4.0	1.2
Gesamt	211	4.0	1.2	162	4.0	1.2

^ASkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

Die psychologische Betreuung wurde jeweils nur von dem Teil der Patienten bewertet, die therapeutischen Kontakt während der Rehabilitationsmaßnahme hatten. Dies betrifft 54% der Interventionspatienten und 34% der Patienten aus der Vergleichsgruppe. Insgesamt haben 50% der Frauen und 33% der Männer psychologische Betreuung während des Rehabilitationsaufenthaltes gehabt.

Die Unterschiede hinsichtlich des Anteils an Betreuung in den Gruppen sind signifikant (Interventions- und Vergleichsgruppe: Chi²-Test mit $\chi^2(1)=15.971$, $p<.001$; Männer und Frauen: Chi²-Test mit $\chi^2(1)=8.436$, $p=.004$).

Die psychologische Betreuung wird sowohl in der Interventions- wie auch Vergleichsgruppe als positiv eingestuft (Tab. 6.53). Dies gilt auch für die Beurteilung durch Männer und Frauen. Am besten wird die Einfühlsamkeit und das Verständnis der psychologischen Betreuung eingeschätzt (gesamt: M=4.2).

Die varianzanalytische Untersuchung der Ergebnisse von Interventions- und Vergleichsgruppe sowie zwischen Männern und Frauen führt zu keinen signifikanten Ergebnissen (Ergeb-

nistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.15). Entsprechend ähneln sich die Teilnehmer in ihren Angaben.

Tab. 6.53: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der psychologischen Betreuung 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=174, Anzahl an Patienten, die eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen haben)

Psychologische Betreuung während der Rehabilitation	Interventionsgruppe (N=117)			Vergleichsgruppe (N=57)		
	n	M	SD	n	M	SD
„Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.“^A						
Frauen	95	2.1	1.2	46	2.4	1.5
Männer	22	2.4	1.3	11	2.6	1.7
Gesamt	117	2.1	1.2	57	2.4	1.5
„Die Psychologin/der Psychologe war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“^A						
Frauen	95	4.3	1.1	45	3.9	1.3
Männer	22	4.2	0.8	11	4.1	0.5
Gesamt	117	4.3	1.0	56	3.9	1.2
„Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten.“^A						
Frauen	95	3.9	1.3	46	3.4	1.5
Männer	22	3.6	1.1	11	3.6	0.8
Gesamt	117	3.9	1.2	57	3.5	1.4

^ASkala 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „trifft teilweise zu“, 4 „trifft überwiegend zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“

6.5.2.2 Bewertung struktureller Aspekte

Im Rahmen der Bewertung struktureller Aspekte in den Kliniken wurden die Patienten gebeten, Angaben zur Leistung der Verwaltung zu machen, zur Größe und Ausstattung der Zimmer, dem Essen und der Organisation der Abläufe.

Insgesamt werden alle Aspekte von den Patienten positiv bewertet (Mittelwerte variieren zwischen 3.6 und 4.5, Tab. 6.54). Dennoch finden sich zum Teil marginale Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe, die statistisch signifikant sind (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.16). So werden die Leistung der Verwaltung ($p=.014$), die Zimmer ($p=.047$) sowie die Organisation der Abläufe ($p<.001$) in der Vergleichsgruppe etwas besser beurteilt. Das Essen wiederum wird in der Interventionsgruppe deutlich besser beurteilt ($p<.001$).

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Bewertungen nicht signifikant voneinander.

Tab. 6.54: Deskriptive Statistik zur Beurteilung der strukturellen Aspekte während der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Strukturelle Aspekte während der Rehabilitation	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
Leistung der Verwaltung^A						
Frauen	163	4.0	0.8	124	4.1	0.7
Männer	55	3.9	0.7	47	4.3	0.6
Gesamt	218	4.0	0.8	171	4.2	0.7
Größe und Ausstattung des Zimmers^A						
Frauen	163	3.9	0.9	124	4.2	0.7
Männer	55	4.0	0.8	47	4.1	0.9
Gesamt	218	3.9	0.9	171	4.2	0.8
Essen/Ernährung^A						
Frauen	163	4.5	0.7	124	4.0	1.0
Männer	55	4.3	0.8	46	4.1	1.0
Gesamt	218	4.5	0.7	170	4.0	1.0
Organisation der Abläufe^A						
Frauen	163	3.9	0.8	124	4.0	0.8
Männer	55	3.6	1.1	47	4.1	0.8
Gesamt	218	3.8	0.9	171	4.0	0.8

^ASkala 1 „sehr schlecht“, 2 „schlecht“, 3 „weder schlecht noch gut“, 4 „gut“, 5 „sehr gut“

6.5.2.3 Gesamtbeurteilung

Nach den Einzelbeurteilungen stuften die Patienten ihren Aufenthalt global nochmals auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 10 („ausgezeichnet“) ein. Die Interventionspatienten bewerten den Aufenthalt positiv mit durchschnittlich 7.5 Punkten und die Vergleichsgruppenpatienten im Mittel mit 7.8 Punkten (Tab. 6.55).

Eine Überprüfung der Mittelwertsunterschiede führt in beiden Gruppen nicht zu signifikanten Ergebnissen (Ergebnistabelle zum Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht siehe im Anhang Tabelle A.17).

Tab. 6.55: Deskriptive Statistik zur Gesamtbeurteilung der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=390)

Gesamtbeurteilung der Rehabilitation ^A	Interventionsgruppe (N=218)			Vergleichsgruppe (N=172)		
	n	M	SD	n	M	SD
Frauen	163	7.6	1.9	123	7.7	2.0
Männer	55	7.2	2.1	47	8.0	1.3
Gesamt	218	7.5	2.0	170	7.8	1.8

^ASkala 0 „sehr schlecht“ bis 10 „ausgezeichnet“

6.5.3 Fazit der Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme aus Patientensicht

Hinsichtlich der Rehabilitationseffekte geben die Patienten der Interventionsstichprobe in einem signifikant höheren Maße an, im Rahmen der Rehabilitation besprochen zu haben, wie das Erlernte im Alltag umzusetzen ist und welche Probleme dabei auftreten können. Weiterhin berichten sie häufiger, dass der berufliche Einstieg im Rahmen der Maßnahme thematisiert wurde.

Frauen und Männer unterscheiden sich vor allem darin, dass Frauen mehr Unterstützung in den Bereichen des seelischen Befindens und des Kontakts mit anderen angeben.

Schließlich wurden die Patienten gebeten, eine Einschätzung darüber abzugeben, welche Bereiche in der Rehabilitation ihnen für den Wiedereinstieg in den Beruf weitergeholfen haben. In beiden Gruppen wird am häufigsten die Beratung durch den Sozialdienst genannt. Während weiterhin die psychologische Beratung sowie die Physiotherapie ähnlich häufig in beiden Gruppen angegeben werden, erwähnen nur die Interventionspatienten zusätzlich die Ergotherapie als wichtige Unterstützungsquelle.

Bezüglich der Bewertung der Rehabilitationseinrichtung finden sich hinsichtlich der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Betreuung durchweg positive Ergebnisse. Allerdings zeigen sich gruppen- wie geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß an psychologischer Betreuung. Mit 54% erhielten mehr Patienten der Interventionsgruppe psychologische Betreuung als die Patienten der Vergleichsgruppe mit knapp 34%. Frauen (50%) haben mehr psychologische Beratung in Anspruch genommen als Männer (33%).

Die strukturellen Aspekte der Einrichtungen werden in Interventions- und Vergleichsgruppe statistisch signifikant unterschiedlich bewertet. Während die Patienten der Vergleichsgruppe die Leistung der Verwaltung, die Zimmer und die Organisation der Abläufe besser beurteilen, wird das Essen in der Interventionsgruppe positiver beurteilt. Im Durchschnitt erreichen die Beurteilungen in beiden Gruppen jedoch durchweg positive und hohe Werte.

Schließlich fällt die Gesamtbeurteilung der Rehabilitationsmaßnahme durchschnittlich bei allen Patienten positiv aus.

6.6 Veränderungen im Katamnesezeitraum

Die Ergebnisse werden für die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt sowie für AHB- und AHV-Patienten. Die Analysen für Männer und Frauen sind im Anhang in den Tabellen A.18 bis A.25 zu finden und werden an dieser Stelle weniger ausführlich dargestellt.

6.6.1 Veränderungen seit Rehabilitationsende

Die Patienten machten ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation (T2) Angaben darüber, inwiefern Veränderungen in den Bereichen Familie/Partnerschaft sowie Beruf erlebt wurden. Weiterhin gaben sie an, ob sie sich an besonders belastende oder positiv wirkende Ereignisse seit Ende der Rehabilitation erinnern würden. Ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) gaben die Patienten nochmals Auskunft zu diesen Themen, allerdings bezogen auf die Monate 7 bis 12 seit Rehabilitationsende. Die Patienten hatten die Möglichkeit, im Rahmen eines offenen Antwortformats die Veränderungen zu beschreiben.

Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). Sowohl die Patienten der Interventions- wie auch der Vergleichsgruppe geben am häufigsten an, dass es zu Ereignissen gekommen sei, die bis zum Zeitpunkt der Befragung positiv wirken (Intervention: 41%, Vergleich: 33%, Tab. 6.56). Die wenigsten Veränderungen werden im Rahmen der Familie, Ehe oder Partnerschaft erlebt. Hier geben 20% der Interventionspatienten Veränderungen an, während dies auf 12% der Vergleichsgruppenpatienten zutrifft. Von Veränderungen im Beruf sind in beiden Gruppen jeweils ein Drittel der Patienten betroffen, was ebenso für belastende Ereignisse in den letzten 6 Monaten seit Rehabilitationsende zutrifft.

Auch AHB- und AHV-Patienten berichten mit 37% mehrheitlich von positiven Ereignissen seit der Rehabilitationsmaßnahme und mit 17% am wenigsten von familiären Veränderungen. 37% der AHV-Patienten geben zudem Veränderungen im Beruf an, während dies mit 32% auf einen etwas geringeren Anteil an AHB-Patienten zutrifft. Belastende Ereignisse werden von einem Drittel der Patienten in beiden Gruppen berichtet.

Eine statistische Analyse der Daten ergibt, dass sich Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten mehrheitlich nicht in ihren Angaben voneinander unterscheiden. Lediglich hinsichtlich der Veränderungen in Familie und Partnerschaft berichten die Interventionspatienten zu einem größeren Teil von Veränderungen ($p=.038$). AHB- und AHV-Patienten unterscheiden sich in keiner der vier Bereiche signifikant voneinander.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten ist im Anhang Tabelle A.18 zu finden. Es wird deutlich, dass Frauen mit 41% signifikant häufiger positive Ereignisse seit Rehabilitationsende angeben als Männer mit 28% ($p=.031$). Ansonsten zeigen sich keine weiteren Unterschiede.

Tab. 6.56: Veränderungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=390)

Veränderungen seit der Rehabilitation	AHB (N=218)		AHV (N=161)		p ^A	Interventionsgruppe (N=218)		Vergleichsgruppe (N=172)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Veränderung bzgl. Familie, Ehe oder Partnerschaft	33	15.3	30	18.8	.384	43	20.1	21	12.2	.038
Veränderung bzgl. Beruf	68	31.5	59	36.9	.274	75	34.9	55	32.0	.547
Ereignisse, die bis heute belasten	66	30.6	53	33.1	.596	72	33.3	48	28.1	.266
Ereignisse, die bis heute positiv wirken	78	36.1	60	37.7	.747	87	40.5	57	33.3	.150

^AChi²-Test

Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Aus den Monaten 7 bis 12 nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme berichten die Interventionspatienten mit 43% vor allem von positiven Ereignissen (Tab. 6.57). Die Patienten der Vergleichsgruppe geben zum Teil zwar auch an, Positives erlebt zu haben (26%), der größere Anteil dieser Patienten beschreibt allerdings belastende Ereignisse (36%). Auch zu T3 werden am seltensten familiäre Veränderungen in beiden Gruppen beschrieben (Intervention: 14%, Vergleich: 8%). Berufliche Veränderungen werden von einem Drittel der Interventionspatienten und einem Viertel der Vergleichsgruppenpatienten erlebt.

Die Art der Rehabilitation betreffend zeigt sich ebenfalls ein Unterschied hinsichtlich belastender und positiver Ereignisse. Während AHB-Patienten am häufigsten von belastenden Ereignissen berichten (36%), haben AHV-Patienten am häufigsten positive Ereignisse erlebt (41%, Tab. 6.57). Dennoch beschreibt mit 39% auch ein großer Teil der AHV-Patienten belastende Ereignisse. Bezüglich beruflicher Veränderungen werden von 26% der AHB- und 31% der AHV-Patienten Angaben gemacht. Veränderungen in der Familie oder Partnerschaft erleben im Vergleich zur Befragung ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende weniger Patienten beider Gruppen (AHB: 10%, AHV: 13%).

Die statistischen Auswertungen zeigen, dass sich die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe lediglich signifikant in der Häufigkeit ihrer Angaben hinsichtlich der positiv wirkenden Ereignisse unterscheiden ($p=.002$). Dies trifft auch auf die Betrachtung der Ergebnisse von AHB- und AHV-Patienten zu. Hier geben die AHV-Patienten signifikant häufiger positive Ereignisse an ($p=.048$).

Frauen und Männer ähneln sich ebenfalls bezüglich der meisten Angaben. Allerdings berichten Männer wie bereits ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende signifikant weniger häufig von positiven Ereignissen als Frauen ($p=.011$, Ergebnistabellen siehe im Anhang Tab. A.19).

Tab. 6.57: Veränderungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=336)

Veränderungen seit der Rehabilitation	AHB (N=190)		AHV (N=137)		p ^A	Interventionsgruppe (N=183)		Vergleichsgruppe (N=153)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Veränderung bzgl. Familie, Ehe oder Partnerschaft	19	10.1	18	13.2	.382	26	14.4	12	7.8	.059
Veränderung bzgl. Beruf	49	26.3	42	31.1	.350	53	29.8	39	25.7	.406
Ereignisse, die bis heute belasten	65	35.7	52	38.5	.609	67	37.9	53	35.6	.670
Ereignisse, die bis heute positiv wirken	56	30.1	55	40.7	.048	76	42.7	40	26.3	.002

^AChi²-Test

Inhaltliche Angaben zu den Veränderungen (offenes Antwortformat). Bezüglich *familiärer Veränderungen* berichten die Patienten über alle Gruppen hinweg zu beiden Messzeitpunkten (T2- ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende und T3- ein Jahr nach Rehabilitationsende) am häufigsten davon, dass sich die Beziehungen zu Familienmitgliedern verschlechtert haben (T2: n=28, T3: n=12). Dabei wird vor allem die Beeinträchtigung der Partnerschaft hervorgehoben:

„Die Reha wurde als Abschluss der Behandlung der Krankheit betrachtet, es sollte alles wieder wie früher sein. Das führte zu Spannungen.“

Ein Teil der Patienten wiederum gibt an, positive Veränderungen hinsichtlich familiärer Beziehungen erlebt zu haben (T2: n=15, T3: n=7).

„Es wird von der Familie teilweise mehr Rücksicht genommen. Ich werde nicht mehr so viel gefordert.“

Weiterhin sind einige der Patienten von negativen Familienereignissen betroffen (T2: n= 10, T3: n=13) wie beispielsweise Arbeitslosigkeit in der Familie, Erkrankungen oder Todesfälle. Aber auch positive Familienereignisse wie Schwangerschaften oder die Heirat der Kinder werden genannt (T2: n=3, T3: n=7).

Berufliche Veränderungen werden zu beiden Messzeitpunkten vor allem hinsichtlich der Leistungsfähigkeit beschrieben (T2: n=76, T3: n=32). Viele Patienten erleben Einschränkungen, sind weiterhin krank geschrieben oder haben die täglichen Arbeitszeiten gekürzt, um die Belastungen zu reduzieren.

„Ich habe meine Führungsposition aufgegeben und bin „zurück ins Glied“ gegangen. Die Belastung war zuviel für mich.“

„Habe nicht viel Kraft, fühle mich schlapp, kann nicht ständig arbeiten.“

Weiterhin werden strukturelle Veränderungen erlebt (T2: n= 44, T3: n=31). Ein Teil der Patienten berichtet von neuen Stellen oder Kündigungen von Seiten der Arbeitgeber. Einige wenige sind aus dem Beruf ausgestiegen oder haben eine Umschulung begonnen.

„Man traut mir meine Tätigkeit nicht mehr zu, daher kein neuer Zeitvertrag.“

„Ich darf meine erlernten Berufe nicht mehr ausüben und muss nun einen Neuanfang (Umschulung) starten.“

Während einige von Arbeitszeitkürzungen berichten, haben andere Patienten neue Tätigkeitsfelder und mehr Verantwortung hinzubekommen (T2: n=7, T3: n=8). Nur wenige Angaben werden hinsichtlich der Rücksichtnahme von Kollegen und Vorgesetzten gemacht. Dabei werden unterschiedliche Erfahrungen beschrieben (T2: n=5, T3: n=2).

„Es wird sehr fürsorglich auf den Arbeitszuschnitt eingegangen - wirklich vorbildlich - Arbeitsmenge und -umfang werden schrittweise erhöht.“

„Zunächst etwas Rücksichtnahme; dann jedoch der gleiche Stress. Viel Arbeit, keine Rücksicht!“

Belastende Ereignisse betreffend, machen die Patienten am häufigsten Angaben bezüglich Familie und Partnerschaft (T2: n=47, T3: n=47). So wird auch in diesem Zusammenhang Arbeitslosigkeit, Erkrankung und Tod von Familienmitgliedern aufgegriffen sowie Trennungen oder Probleme mit dem Partner.

„Tod meines Vaters vor sechs Monaten und Sorgen um meine Mutter, da sie ebenfalls an Krebs erkrankt ist.“

„Ich glaube, mein Mann ist Alkoholiker geworden.“

Ebenfalls häufig werden Belastungen durch die Krebserkrankung thematisiert (T2: n=42, T3: n=41) wie beispielsweise Nachuntersuchungen, weitere Behandlungen, körperliche Folgeerkrankungen oder Metastasierungen.

„Die regelmäßigen Nachuntersuchungen sind gut, aber vor dem Termin bin ich immer sehr belastet.“

„Therapiemisserfolg und Beginn einer neuen Therapie; viele neu hinzugekommene Leber- und Knochenmetastasen.“

Darüber hinaus werden berufliche und finanzielle Veränderungen als belastend erlebt (T2: n=32, T3: n=16). Fehlende Unterstützung des Arbeitgebers, Verlust des Arbeitsplatzes oder die Entscheidung, eine vorzeitige Rente zu beantragen werden berichtet. Hinzu kommen fehlende Unterstützung von den Vorgesetzten und eine Verschlechterung der finanziellen Situation.

„Die fehlende Unterstützung des Arbeitgebers. Wer nicht mehr so belastbar ist, wird aussortiert!“

„Versteigerung unseres Hauses und die damit verbundenen Restschulden.“

Ein kleinerer Teil gibt an, sich psychisch belastet zu fühlen und soziale Probleme zu haben (T2: n=15, T3: n=5). Hierzu zählen beispielsweise depressive Verstimmungen, Überforderung und Rückzug aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Weiterhin wird von negativen Veränderungen im Kontakt mit Freunden berichtet.

Positive Ereignisse erleben die Patienten am häufigsten im Rahmen des sozialen Umfeldes und der Familie (T2: n=70, T3: n=68). Neben der Geburt von Kindern oder Enkelkindern, berichten einige von neuen Beziehungen oder wieder aufgenommenen Kontakten zu Familienmitgliedern. Weiterhin wird Unterstützung durch Freunde und Bekannte sowie durch die Familie als positiv erlebt.

Besonders ein halbes Jahr nach der Rehabilitation berichtet ein Teil der Patienten von den positiven Wirkungen, die die wieder erlangte Gesundheit und eine häufig damit verbundene neue Lebenseinstellung auf den Alltag haben (T2: n=45, T3: n=18).

„Ich nehme intensiver am Leben teil, denke mehr an mich und freue mich an Kleinigkeiten.“

„Sicher freue ich mich, quasi mit einem blauen Auge davon gekommen zu sein, dass ich meinen Alltag so weiter führen kann wie vor der Erkrankung, dafür bin ich dankbar.“

Auch berufliche Veränderungen und Erlebnisse werden als positiv eingeschätzt (T2: n=25, T3: n=23). Das Gefühl, ohne Einschränkungen wieder voll arbeiten zu können, Anerkennung aus dem Arbeitsumfeld zu erhalten und Unterstützung von den Kollegen sind einige Aspekte, die genannt werden.

Ein Teil der Patienten gibt an, in der Zwischenzeit Urlaub genommen zu haben, was sich noch immer positiv auf das Befinden auswirkt (T2: n=16, T3: n= 13)

Auch die Rehabilitationsmaßnahme wird als noch immer positiv auf den Alltag wirkend beurteilt (T2: n=5, T3: n=5).

„Alle Anwendungen haben sehr gut getan, besonders die Entspannungstherapie wende ich heute noch an.“

6.6.2 Gesundheitliche Situation im Katamnesezeitraum

Die Patienten machten ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende Angaben über die Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation im Katamnesezeitraum.

Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe geben mehrheitlich eine positive Entwicklung ihrer Gesundheit an (Tab. 6.58). So sind 85% der Interventionspatienten auch nach den Behandlungen tumorfrei, was ebenfalls auf 87% der Vergleichsgruppenpatienten zutrifft. Bei weiteren 4% der Interventionspatienten und 6% der Vergleichsgruppenpatienten bildete sich der noch vorhandene Tumor zurück. Ein negativer Verlauf ist bei 6% der Patienten aus der Interventionsgruppe zu verzeichnen und bei 4% in der Vergleichsgruppe. In diesen Fällen ist entweder der ursprüng-

liche Tumor wiederaufgetreten oder es haben sich Metastasen gebildet. Von weiteren neben der Krebserkrankung bestehenden Erkrankungen, die die Lebensführung stark beeinträchtigen, berichtet knapp ein Drittel der Patienten in beiden Gruppen.

Auch zwischen AHB- und AHV-Patienten ergibt sich ein ähnliches Bild. Bei 86% der Patienten über beide Gruppen hinweg ist keine erneute Tumorerkrankung aufgetreten, bei im Mittel 5% der Patienten bildet sich der noch vorhandene Tumor zurück. Während 5% der AHB-Patienten von einem erneuten Auftreten des ursprünglichen Tumors oder Metastasierung berichten, trifft dies ebenfalls auf 4% der AHV-Patienten zu. 26% der AHB-Patienten leiden neben der Krebserkrankung zusätzlich unter einer weiteren beeinträchtigenden Erkrankung sowie 29% der AHV-Patienten.

Die statistische Überprüfung der Verteilungen zeigt, dass es zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe sowie zwischen AHB- und AHV-Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt. Entsprechend ist der Krankheitsverlauf in beiden Gruppen als ähnlich anzusehen.

Männer und Frauen unterscheiden sich vor allem dahingehend, dass mehr Frauen (90%) als Männer (75%) zum Zeitpunkt der Befragung tumorfrei sind ($p < .001$, Ergebnistabelle siehe im Anhang Tab. A.20).

Tab. 6.58: Entwicklung der Krebserkrankung in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=390)

Entwicklung der Krebserkrankung	AHB (N=218)		AHV (N=161)		p ^A	Interventionsgruppe (N=218)		Vergleichsgruppe (N=172)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
weiterhin kein Tumor nachweisbar	185	85.6	137	86.7	.560	183	84.7	147	87.0	.450
Zurückbildung der Tumorerkrankung	9	4.2	9	5.7		8	3.7	10	5.9	
Wiederauftreten des ursprünglichen Tumors	3	1.4	-	-		2	0.9	2	1.2	
Metastasierung	8	3.7	6	3.8		10	4.6	5	3.0	
Sonstiges	11	5.1	6	3.8		13	6.0	5	3.0	
Auftreten anderer, stark beeinträchtigender Erkrankungen	56	25.8	47	29.4	.442	62	28.6	44	26.7	.533

^AChi²-Test

Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). In den Monaten 7 bis 12 nach Rehabilitationsende ergibt sich ein ähnliches Bild wie ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) (Tab. 6.59). Die Mehrheit der Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe berichtet von einem positiven Krankheitsverlauf. 91% der Interventionspatienten und 90% der Patienten in der Vergleichsgruppe sind tumorfrei bzw. der noch vorhandene Tumor bildet sich zurück

(betrifft 3% in beiden Gruppen). Jeweils 2% aller Patienten berichten von einem Wiederauftreten des Tumors und weitere 3% von Metastasenbildung. An weiteren beeinträchtigenden Erkrankungen leidet ein Drittel aller Patienten.

Mit 90% gibt ein etwas größerer Anteil der AHV-Patienten an, weiterhin tumorfrei zu sein als die AHB-Patienten mit 85%. In beiden Gruppen werden von 4% negative Verläufe berichtet. Nach der statistischen Analyse wird deutlich, dass auch ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) kein Unterschied im Krankheitsverlauf zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe besteht. Dies trifft auf die AHB- und AHV-Patienten nicht vollkommen zu. Zwar zeigt sich in der Krebserkrankung ein ähnlicher Verlauf, die AHV-Patienten weisen ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) allerdings zu einem größeren Anteil eine weitere beeinträchtigende Erkrankung auf ($p=.037$).

Frauen und Männer betreffend bleibt der bereits ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) bestehende Unterschied erhalten. Während Frauen zu einem größeren Prozentsatz angeben, tumorfrei zu sein, gibt ein höherer Anteil der Männer eine Zurückbildung des Tumors an ($p=.018$, Ergebnistabelle siehe im Anhang Tab. A.21).

Tab. 6.59: Entwicklung der Krebserkrankung in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=336)

Entwicklung der Krebserkrankung	AHB (N=190)		AHV (N=137)		p	Interventionsgruppe (N=183)		Vergleichsgruppe (N=153)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
weiterhin kein Tumor nachweisbar	160	85.1	121	90.3	.225 ^B	156	87.2	131	86.2	.972 ^A
Zurückbildung der Tumorerkrankung	6	3.2	5	3.7		6	3.4	5	3.3	
Wiederauftreten des ursprünglichen Tumors	4	2.1	1	0.7		3	1.7	3	2.0	
Metastasierung	4	2.1	4	3.0		6	3.4	4	2.6	
Sonstiges	14	7.4	3	3.3		8	4.5	9	5.9	
Auftreten anderer, stark beeinträchtigender Erkrankungen	47	25.7	49	36.6	.037 ^A	56	31.6	42	28.2	.499 ^B

^AExakter Test nach Fisher, ^BChi²-Test

6.6.3 Behandlungen seit Rehabilitationsende

Neben der gesundheitlichen Situation gaben die Patienten Informationen darüber, inwiefern sie im Katamnesezeitraum krebsspezifische und medizinische Behandlungen durchlaufen haben und ob psycho-soziale Angebote wahrgenommen wurden.

Krebsspezifische Behandlungen: Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). In beiden Gruppen berichten die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe am häufigsten davon, im vergangenen halben Jahr eine Hormonbehandlung erhalten zu haben (Intervention: 24%, Vergleich: 34%, Tab. 6.60). Am zweithäufigsten machten die Patienten der Interventionsgruppe eine Chemotherapie (9%), während in der Vergleichsgruppe Schmerzmedikation als zweithäufigste krebsspezifische Behandlung angegeben wird (16%). Mit 11% in der Interventionsgruppe und 14% in der Vergleichsgruppe war ein kleiner Teil nochmals stationär in einem Krankenhaus aufgenommen.

AHV-Patienten haben im Vergleich zu AHB-Patienten ein halbes Jahr nach Rehabilitationseende (T2) zu einem höheren Prozentsatz eine Hormonbehandlung erhalten (AHB: 23%, AHV: 36%), allerdings weniger häufig eine Schmerzmedikation aufgrund der Krebserkrankung (AHB: 14%, AHV: 10%). Weiterhin gibt ein größerer Anteil an AHB-Patienten an, noch eine Chemotherapie im letzten halben Jahr erhalten zu haben als dies bei den AHV-Patienten der Fall ist (AHB: 10%, AHV: 3%).

Tab. 6.60: Krebsspezifische Behandlungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=390)

Krebsspezifische Behandlungen	AHB (N=218)		AHV (N=161)		p	Interventionsgruppe (N=218)		Vergleichsgruppe (N=172)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Behandlung										
Operation	10	5.0	9	6.0	.694 ^A	10	4.9	10	6.4	.521 ^A
Chemotherapie	21	10.4	5	3.3	.011 ^A	19	9.2	8	5.1	.145 ^A
Strahlentherapie	9	4.5	4	2.7	.366 ^A	7	3.4	6	3.9	.832 ^A
Hormonbehandlung	46	22.8	55	35.7	.007 ^A	50	24.4	55	34.0	.044 ^A
Schmerzmedikation	26	13.5	16	9.9	.409 ^A	17	8.5	25	16.2	.026 ^A
Andere	30	15.6	23	15.6	.996 ^A	27	13.6	29	19.2	.154 ^A
Stationäre Aufenthalte										
Rehabilitationseinrichtung	4	2.0	2	1.3	.702 ^B	3	1.5	3	1.8	1.00 ^B
Krankenhaus	28	13.7	15	10.3	.352 ^A	23	11.4	22	13.9	.470 ^A

^AChi²-Test; ^BExakter Test nach Fisher

Die statistische Überprüfung der Daten zeigt, dass die Gruppenunterschiede zum Teil signifikant sind. Interventionspatienten haben im Vergleich zu den Patienten der Vergleichsgruppe

statistisch signifikant weniger häufig eine Hormonbehandlung ($p=.044$) sowie eine Schmerzmedikation erhalten ($p=.026$). In allen anderen Bereichen ähneln sich die Patienten beider Gruppen hinsichtlich der krebsspezifischen Behandlungen.

Während AHB-Patienten statistisch signifikant häufiger eine Chemotherapie erhalten haben ($p=.011$), haben prozentual mehr AHV-Patienten eine Hormonbehandlung erhalten ($p=.007$). Weitere statistisch signifikante Unterschiede finden sich nicht.

Männer und Frauen unterscheiden sich vor allem darin, dass letztere deutlich häufiger eine Hormonbehandlung erhalten haben als Männer ($p<.001$), während Männer zu einem größeren Anteil eine Chemotherapie ($p=.002$), Strahlentherapie ($p=.001$) oder Schmerzmedikation angeben ($p=.009$, Ergebnistabelle siehe im Anhang Tab. A.22). Weiterhin sind Männer mit 19% signifikant häufiger in den letzten sechs Monaten im Krankenhaus gewesen als Frauen mit 10% ($p=.016$).

Krebsspezifische Behandlungen: Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). In den Monaten 7 bis 12 nach Rehabilitationsende nähert sich das Ausmaß an krebsspezifischen Behandlungen in Interventions- und Vergleichsgruppe einander an (Tab. 6.61). Beide Gruppen haben am häufigsten seit der letzten Befragung zu T2 Hormone zur Behandlung eingenommen (Intervention: 21%, Vergleich: 34%) und am zweithäufigsten auf Schmerzmedikation zurückgegriffen (Intervention: 7%, Vergleich: 10%). Mit 2% in der Interventionsgruppe sowie 4% in der Vergleichsgruppe haben die wenigsten Patienten eine Strahlentherapie erhalten.

Für AHB- und AHV-Patienten ergibt sich das gleiche Bild. Am häufigsten geben die Patienten eine Hormonbehandlung (jeweils ein Viertel beider Gruppen) und am seltensten eine Strahlentherapie (AHV: 1%, AHB: 3%) an.

Entsprechend ergeben sich kaum signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Lediglich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ist der Unterschied bezüglich des Ausmaßes an Hormonbehandlungen in beiden Gruppen signifikant. So haben Vergleichsgruppenpatienten insgesamt zu einem höheren Prozentsatz eine Hormontherapie erhalten ($p=.011$). Ansonsten ähneln sich Interventions- und Vergleichsgruppe sowie AHB- und AHV-Patienten.

In den Monaten 7 bis 12 nach Rehabilitationsende sind Frauen zu einem größeren Anteil in Hormonbehandlung ($p<.001$), während Männer häufiger eine Strahlentherapie durchlaufen ($p=.028$, siehe Ergebnistabelle im Anhang Tab. A.23). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Chemotherapie und Schmerzmedikation bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 6.61: Krebspezifische Behandlungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=336)

Krebspezifische Behandlungen	AHB (N=190)		AHV (N=137)		p	Interventionsgruppe (N=183)		Vergleichsgruppe (N=153)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Behandlung										
Operation	7	3.9	7	5.5	.516 ^A	8	4.8	6	4.1	.780 ^A
Chemotherapie	12	6.7	4	3.1	.164 ^A	11	6.4	8	5.6	.754 ^A
Strahlentherapie	6	3.4	1	0.8	.245 ^B	3	1.8	5	3.5	.476 ^B
Hormonbehandlung	48	26.5	34	26.4	.974 ^A	36	21.1	50	33.8	.011 ^A
Schmerzmedikation	15	8.5	10	7.8	.835 ^A	11	6.5	14	9.7	.296 ^A
Andere	23	13.6	15	12.8	.847 ^A	21	13.1	18	13.1	.938 ^A
Stationäre Aufenthalte										
Rehabilitationseinrichtung	22	12.0	12	8.9	.380 ^A	18	10.2	16	10.6	.913 ^A
Krankenhaus	18	10.5	8	6.6	.239 ^A	15	9.4	12	8.4	.751 ^A

^AChi²-Test; ^BExakter Test nach Fisher

Ambulante Behandlungen: Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2).

Patienten der Vergleichsgruppe haben sich zu einem höheren Prozentsatz als die Patienten der Interventionsgruppe von Hausärzten, Onkologen und anderen Ärzten behandeln lassen (Tab. 6.62). Der häufigste Kontakt wurde mit Ärzten gehalten, die nicht Hausärzte oder Onkologen sind (72%). Wenige Patienten haben einen Heilpraktiker aufgesucht (8%). Die Patienten der Interventionsgruppe suchten am häufigsten den Hausarzt auf (64%). Bezüglich ambulanter psycho-sozialer Angebote wird deutlich, dass die Patienten beider Gruppen vor allem Termine mit niedergelassenen Psychotherapeuten wahrgenommen haben (Intervention: 16%, Vergleich: 21%). Neben einem kleinen Anteil in beiden Gruppen, der sich Selbsthilfegruppen (Intervention: 5%, Vergleich: 7%) oder Krebsberatungsstellen (Intervention: 5%, Vergleich: 3%) zugewandt hat, suchten mehr Patienten der Vergleichsgruppe zusätzlich eine berufliche Beratung auf (Intervention: 10%, Vergleich: 17%).

AHB- und AHV-Patienten ähneln sich in ihrem Ausmaß der Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Behandlungen größtenteils. Allerdings suchten mit 73% mehr AHB-Patienten den Kontakt zu den Hausärzten im Vergleich zu 59% der AHV-Patienten. Beide Gruppen nahmen mit 66% häufig Termine mit Ärzten wahr, die nicht als Hausärzte oder Onkologen tätig gewesen sind. Psycho-soziale Angebote werden von AHB- wie AHV-Patienten ähnlich häufig wahrgenommen. Ungefähr ein Fünftel der Patienten in beiden Gruppen hat im letzten halben Jahr nach Rehabilitationsende einen niedergelassenen Psychotherapeuten in Anspruch genommen, am zweithäufigsten suchten sie eine berufliche Beratung auf (AHB: 11%, AHV: 14%).

Tab. 6.62: Ambulante Behandlungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=390)

	AHB (N=218)		AHV (N=161)		p ^A	Interventions- gruppe (N=218)		Vergleichs- gruppe (N=172)		p ^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ambulante medizinische Behandlungen										
Hausarzt	143	73.3	89	58.6	.004	130	64.4	108	70.1	.252
Onkologe	103	54.8	72	49.7	.352	92	47.9	90	59.6	.031
anderer Arzt	127	65.5	96	66.2	.887	121	61.1	110	72.4	.028
Heilpraktiker	14	9.2	14	10.7	.678	19	11.0	10	8.4	.469
Lymphdrainage	42	25.6	41	29.1	.497	41	22.8	46	34.1	.026
Ambulante psycho-soziale Behandlungen										
niedergelassener Psychotherapeut	40	18.5	27	17.1	.722	34	15.7	35	20.7	.207
Selbsthilfegruppe	13	6.3	9	5.7	.816	10	4.7	12	7.3	.287
Krebsberatungsstelle	6	3.0	9	5.8	.182	11	5.2	4	2.5	.190
berufliche Beratung	23	11.4	22	14.0	.456	20	9.5	27	16.9	.035
anderes	11	7.7	8	8.2	.894	11	7.5	8	7.9	.911

^AChi²-Test

Die Überprüfung der Daten führt zum Teil zu signifikanten Ergebnissen. Vergleichsgruppenpatienten haben signifikant häufiger Termine mit Onkologen ($p=.31$) und anderen Ärzten ($p=.028$) wahrgenommen. Zusätzlich geben sie signifikant häufiger an, Lymphdrainagen erhalten zu haben ($p=.026$). Weiterhin suchten die Patienten der Vergleichsgruppe signifikant häufiger Hilfe einer beruflichen Beratung nach der Rehabilitation auf ($p=.035$).

Zwischen AHB- und AHV-Patienten besteht lediglich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Hausarztbesuche, welche signifikant häufiger von den AHB-Patienten gemacht wurden ($p=.004$).

Frauen und Männer unterscheiden sich hauptsächlich darin, dass Frauen signifikant häufiger eine Lymphdrainage erhalten haben ($p<.001$) sowie häufiger einen Arzt aufgesucht haben, der nicht Hausarzt oder Onkologe gewesen ist ($p<.001$, Ergebnistabelle siehe im Anhang Tab. A.24). Psycho-soziale Angebote betreffend sind ebenfalls Frauen häufiger bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten gewesen ($p=.002$).

Ambulante Behandlungen: Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). In den Monaten 7 bis 12 nach Rehabilitationsende gibt jeweils knapp die Hälfte der Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten an, Kontakt mit dem Hausarzt, einem Onkologen oder einem anderen Arzt gehabt zu haben (Tab. 6.63). Hinsichtlich psycho-sozialer Angebote liegt die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe über alle Patienten hinweg bei 19%, während die Inanspruchnahme an Selbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen sehr viel geringer ist. Bezüglich der beruflichen Beratung bleibt ein Unterschied zwischen Interventions-

und Vergleichsgruppe bestehen. Mit 14% in der Vergleichsgruppe haben doppelt so viele Patienten als in der Interventionsgruppe mit 7% Hilfe aufgesucht.

Auch AHB- und AHV-Patienten nehmen im zweiten Halbjahr nach Rehabilitationsende noch knapp zur Hälfte Kontakt zu einem Hausarzt, Onkologen oder anderen Arzt auf. AHV-Patienten nehmen mit 12% etwas häufiger Termine bei einem Heilpraktiker wahr als AHB-Patienten (5%). Die psycho-sozialen Angebote betreffend zeigt sich zwischen den Patientengruppen eine ähnliche Inanspruchnahme. Knapp ein Fünftel hat einen Psychotherapeuten aufgesucht, während sich die Patienten am zweithäufigsten berufliche Beratung eingeholt haben (AHB: 12%, AHV: 9%).

Eine statistische Signifikanz liegt bezüglich der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen bei Interventions- und Vergleichsgruppen vor. Letztere nehmen dieses Angebote signifikant häufiger wahr ($p=.026$). Bezüglich der AHB- und AHV-Patienten zeigt sich, dass letztere signifikant öfter einen Heilpraktiker aufgesucht haben als die AHB-Patienten ($p=.040$).

Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen macht deutlich, dass Frauen häufiger als Männer zur Lymphdrainage gegangen sind ($p=.001$; Ergebnistabelle siehe im Anhang Tab. A.25) und einen Arzt aufsuchten, der nicht Hausarzt oder Onkologe ist ($p<.001$). Männer hingegen haben signifikant häufiger Kontakt zu einem Hausarzt gesucht ($p=.045$).

Tab. 6.63: Ambulante Behandlungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie bei AHB- und AHV-Patienten (N=336)

	AHB (N=190)		AHV (N=137)		p	Interventions- gruppe (N=183)		Vergleichs- gruppe (N=153)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ambulante medizinische Behandlungen										
Hausarzt	91	52.9	55	44.0	.130 ^A	80	43.8	70	49.6	.880 ^A
Onkologe	78	45.1	57	47.1	.732 ^A	75	46.9	67	46.9	.997 ^A
anderer Arzt	91	53.8	62	50.4	.561 ^A	81	49.7	77	50.3	.261 ^A
Heilpraktiker	7	4.7	13	11.5	.040^A	14	9.5	8	6.5	.375 ^A
Lymphdrainage	33	21.0	27	22.9	.711 ^A	29	19.5	32	23.7	.385 ^A
Ambulante psycho-soziale Behandlungen										
niedergelassener Psychotherapeut	38	20.3	24	17.9	.590 ^A	32	18.0	31	20.4	.578 ^A
Selbsthilfegruppe	8	4.3	3	2.3	.535 ^B	2	1.1	9	6.2	.026^B
Krebsberatungsstelle	6	3.3	4	3.1	1.00 ^B	7	4.0	3	2.0	.356 ^B
berufliche Beratung	22	12.3	11	8.5	.282 ^A	13	7.4	20	14.0	.056 ^A
anderes	6	5.3	3	3.6	.736 ^B	5	4.4	4	4.4	1.00 ^B

^AChi²-Test; ^BExakter Test nach Fisher

6.6.4 Fazit zur Situation im Katamnesezeitraum

Auch wenn die Patienten von Veränderungen im Katamnesezeitraum berichten, so ergeben die Analysen keine relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass Interventions- oder Vergleichsgruppenpatienten sowie AHB- und AHV-Patienten ungleich häufig von Ereignissen betroffen sind, die die Rückkehr zur Arbeit beeinflussen könnten. Auch bezüglich der Krankheitsentwicklung wird deutlich, dass die Patienten über alle Gruppen hinweg eine ähnliche Verteilung aufweisen. Somit befinden sich in keiner der zu untersuchenden Gruppen signifikant häufiger Patienten, die einen negativen oder positiven Krankheitsverlauf aufweisen, was ebenfalls einen Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit haben könnte.

Hinsichtlich der krebsspezifischen Behandlungen zeigt sich vor allem ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2), dass es Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. Da noch laufende Chemotherapien oder Schmerzmedikationen die Rückkehr zur Arbeit negativ beeinflussen können, sollten diese Aspekte bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für den Vergleich von Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie für Patienten der AHB und AHV.

Auch wenn die ambulante medizinische Versorgung vor allem ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) in den Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt ist, ist nicht davon auszugehen, dass die Arztkontakte einen großen Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit haben. Der sich ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) zeigende Unterschied bezüglich der beruflichen Beratung von Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sollte jedoch für die Interpretation der Daten herangezogen werden.

6.7 Effekte der Rehabilitation

Die Rückkehraten und Katamneseergebnisse zur psychosozialen und beruflichen Situation werden für die Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt. Da sich auch ein Jahr nach Beginn der Rehabilitation (T3) mit 75% in der Vergleichsgruppe noch zu einem höheren Anteil AHV-Patienten als in der Interventionsgruppe mit 45% befinden (Abb. 6.2) und es sich bei AHB- und AHV-Patienten um sehr heterogene Patientengruppen handelt, werden zusätzlich Subgruppenanalysen für die AHB-Patienten vorgenommen.

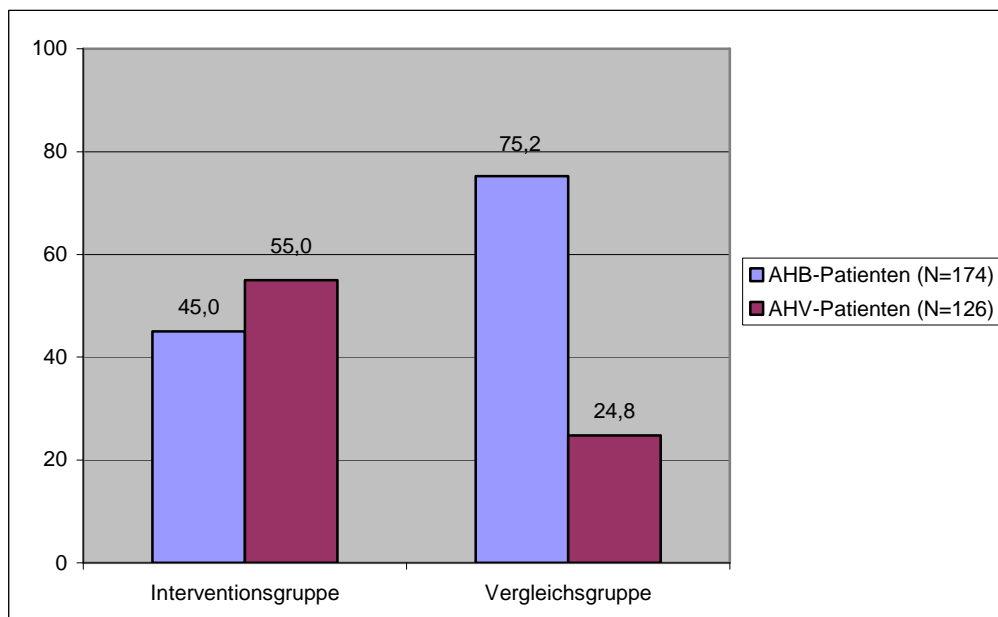


Abb. 6.2: Prozentualer Anteil an AHB- und AHV-Patienten in der Interventions- und Vergleichsgruppe 12 Monate nach der Rehabilitation (N=300), Angaben in %

Durch die unabhängige Betrachtung der Angaben der AHB-Patienten von den Angaben der AHV-Patienten kann der Vergleich einer homogenen Patientengruppe ermöglicht werden. Auf Einzelanalysen der Daten der AHV-Patienten wird verzichtet, da AHV-Patienten selbst untereinander sehr heterogen sind und somit kaum vergleichbar (unterschiedlich vergangene Zeit seit Diagnosestellung, wiederholte Rehabilitation vs. erstes Heilverfahren etc.). Zudem reichen die Fallzahlen der AHV-Patienten nicht aus, um die geplanten statistischen Analysen durchführen zu können.

6.7.1 Berufliche Situation über den Katamnesezeitraum hinweg

Sowohl in Interventions- wie auch Vergleichsgruppe ist über die drei Messzeitpunkte hinweg erkennbar, dass sich der Anteil an Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation als erwerbstätig gelten, über den Katamnesezeitraum verändert (Abb. 6.3). Als erwerbstätig gelten Patienten, die in Voll- oder Teilzeit beschäftigt sind oder eine Umschulung/Ausbildung machen.

Insgesamt betrachtet wird deutlich, dass der Gesamtanteil an erwerbstätigen Patienten über die drei Messzeitpunkte hinweg stetig geringer wird.

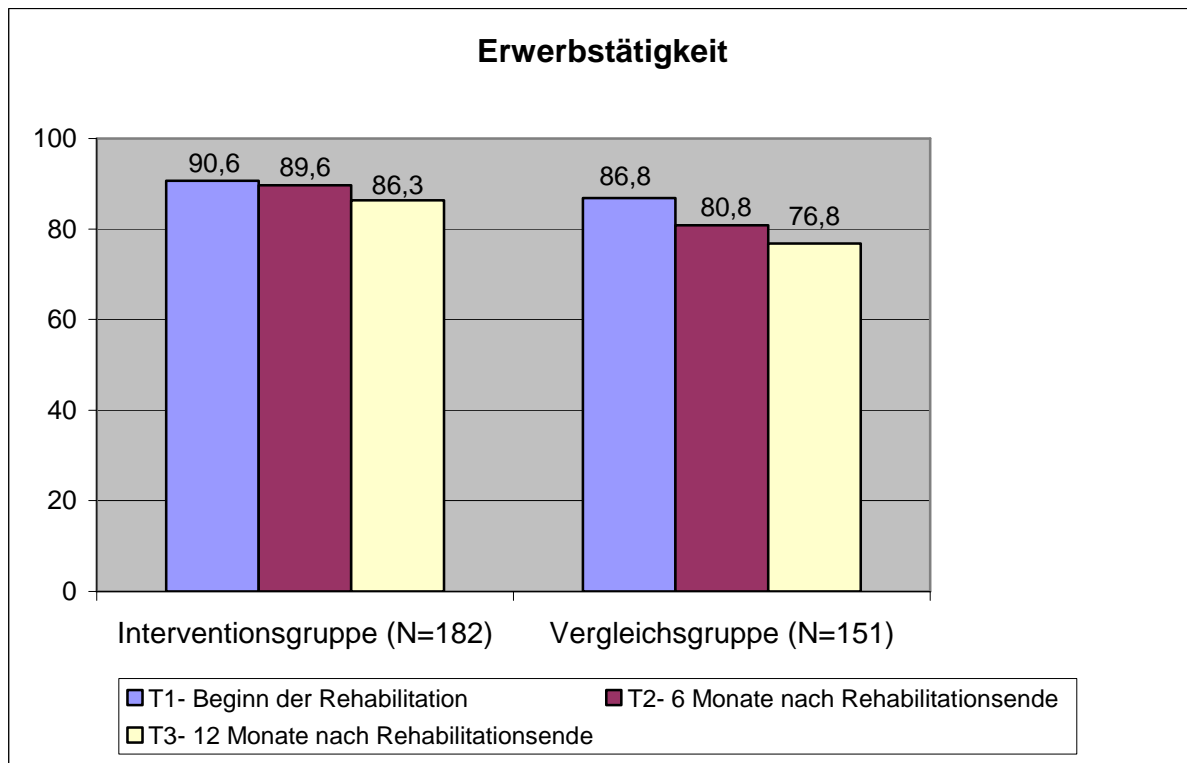


Abb. 6.3: Erwerbstätigkeit (Voll- und Teilzeitbeschäftigung sowie in Ausbildung/Umschulung) in Interventions- und Vergleichsgruppe (N=333) über alle drei Messzeitpunkte hinweg, Angaben in %

Zum ersten Messzeitpunkt zu Beginn der Rehabilitation (T1) sind 91% der Patienten in der Interventionsgruppe erwerbstätig, während dies ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) noch auf 90% und ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) auf 86% der Patienten zutrifft. Von Beginn an sind in der Vergleichsgruppe mit 87% etwas weniger Patienten erwerbstätig im Vergleich zur Interventionsgruppe. Ein halbes Jahr nach der ersten Befragung geben noch 81% an, erwerbstätig zu sein und ein Jahr später sind noch 77% der Patienten im Beruf.

Im Detail betrachtet sinkt der Anteil der Patienten in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung, während der Anteil an Patienten in Umschulung/Ausbildung sich leicht erhöht (Tab. 6.64).

Tab. 6.64: Berufliche Situation der Patienten in Interventionsgruppe (IG) und Vergleichsgruppe (VG) zu allen drei Messzeitpunkten unabhängig vom Krankenstatus (N=333)

	Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
	IG (N=182)	VG (N=151)	p ^A	IG (N=182)	VG (N=151)	p ^A	IG (N=182)	VG (N=151)	p ^A
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Erwerbstätig	164 (90.1)	131 (86.8)	.214	161 (88.5)	120 (79.5)	.179	153 (84.1)	114 (75.5)	.250
Ausbildung/ Umschulung	1 (0.5)	1 (0.7)		2 (1.1)	2 (1.3)		4 (2.2)	2 (1.3)	
Arbeitslos	10 (5.5)	11 (7.3)		10 (5.5)	14 (9.3)		11 (6.0)	15 (9.9)	
Rente wegen Erwerbsminderung	-	3 (2.0)		6 (3.3)	10 (6.6)		10 (5.5)	17 (11.3)	
Altersrente	-	-		1 (0.5)	-		2 (1.1)	1 (0.7)	
Sonstiges	7 (3.8)	5 (3.3)		2 (1.1)	5 (3.3)		2 (1.1)	2 (1.3)	

^AExakter Test nach Fisher

Zu Beginn der Befragung sind 6% der Patienten in der Interventions- und 7% der Patienten in der Vergleichsgruppe arbeitslos. Dieses Ausmaß bleibt über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg relativ stabil. Zum Ende der Erhebung (T3) sind weiterhin 6% der Interventionsgruppe ohne Arbeit sowie 10% der Vergleichsgruppe. Bezüglich der Patienten, die eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten, ist ein deutlicher Anstieg in beiden Gruppen zu beobachten. Zu Beginn der Rehabilitation gibt keiner der Patienten in der Interventionsgruppe an, eine Rente wegen Erwerbsminderung zu erhalten. Ein halbes Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme bezogen bereits 3% Rente, während dies ein Jahr später auf 6% zutrifft. Der Zuwachs in der Vergleichsgruppe fällt noch deutlich aus. Hier steigen die Rentenansprüche von 3% auf 11% im Katamnesezeitraum an.

In beiden Gruppen bezieht jeweils nur ein kleiner Teil der Patienten eine Altersrente. Zum dritten Messzeitpunkt betrifft dies jeweils 1% in der Interventions- und Vergleichsgruppe.

Die statistische Überprüfung zeigt, dass Interventions- und Vergleichsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten eine gleiche Verteilung hinsichtlich der beruflichen Situation der Patienten aufweisen (Tab. 6.64).

6.7.2 Rückkehr zur Arbeit nach der Rehabilitation.

Anhand der vorliegenden Daten wird die berufliche Wiederaufnahme der Patienten ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende in beiden Gruppen überprüft.

Die Rückkehr zur Arbeit wird wie folgt definiert:

Zur Arbeit zurückgekehrt

Ein Patient gilt als zur Arbeit zurückgekehrt, wenn er zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig oder in Ausbildung bzw. Umschulung gewesen ist und innerhalb des Katamnesezeitraums wieder die gewohnte oder eine andere berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Nicht zur Arbeit zurückgekehrt

Nicht zurückgekehrt sind Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig gewesen sind oder in Umschulung bzw. Ausbildung und im Katamnesezeitraum nicht wieder an ihrem alten oder einem anderen Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Gründe dafür können der Verlust des Arbeitsplatzes oder Krankschreibung sein sowie der Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente.

Ausschluss

Aus den Analysen zur beruflichen Rückkehr werden die Patienten ausgeschlossen, die zu Beginn der Rehabilitation durch Arbeitslosigkeit oder den Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht aktiv im Beruf standen. Zwar besteht bei diesen Patienten potenziell die Möglichkeit, sie wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern, allerdings ist diese Leistung nicht zwingend von einer Rehabilitationsmaßnahme zu erwarten und würde im Falle der Nicht-Wiedereingliederung während des Katamnesezeitraums zu einer Unterschätzung der Interventionsleistung führen. Eine Übersicht über die berufliche Entwicklung der Patienten dieser Gruppe ist im Anhang zu finden (Tab. A.26).

⇒ Insgesamt können **309 Patienten** in die Auswertung einbezogen werden.

Aufnahme der beruflichen Tätigkeiten ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2).

Bezüglich der Interventionsgruppe können die Daten von 172 Patienten ausgewertet werden. Insgesamt sind ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende 81% der Patienten wieder in den Beruf zurückgekehrt. Nach Rehabilitationsende keine berufliche Tätigkeit aufgenommen haben 12% aufgrund einer Krankschreibung, 2% aufgrund von Arbeitslosigkeit, 4% beziehen zum zweiten Messzeitpunkt eine Rente wegen Erwerbsminderung und 1% eine Altersrente (Abb. 6.4).

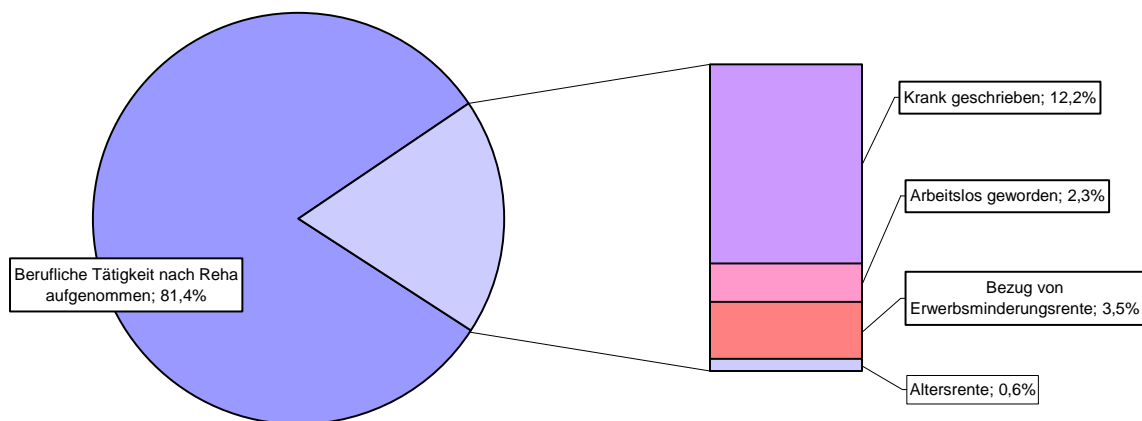


Abb. 6.4: Berufliche Tätigkeit der Patienten in der Interventionsgruppe 6 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=172), Angaben in %

In der Vergleichsgruppe (N=137) zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der Interventionsgruppe (Abb. 6.5).

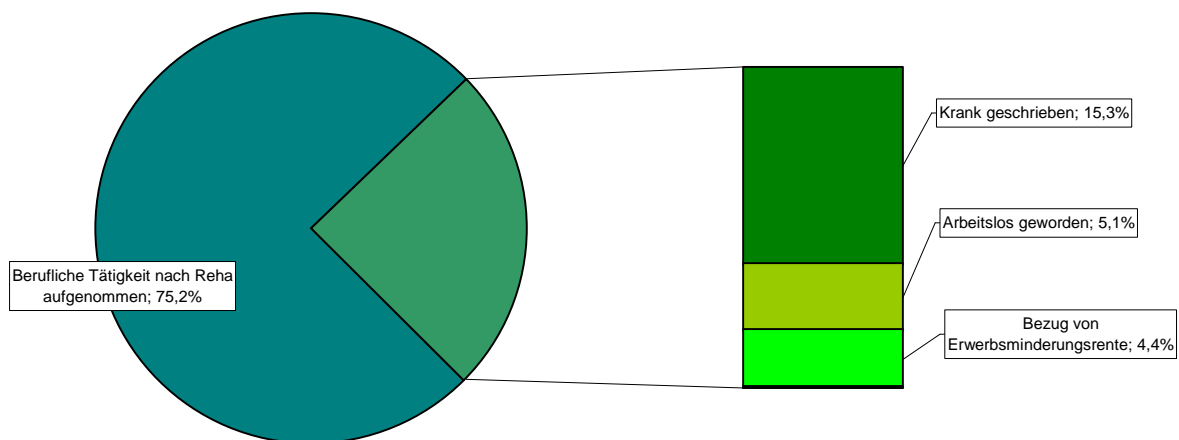


Abb. 6.5: Berufliche Tätigkeit der Patienten in der Vergleichsgruppe 6 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=137), Angaben in %

In der Vergleichsgruppe sind 75% der Patienten zur Arbeit zurückgekehrt. 25% haben zum zweiten Messzeitpunkt noch nicht erneut eine berufliche Tätigkeit aufgenommen. Insgesamt sind 15% der Patienten krank geschrieben, 5% sind arbeitslos geworden und 4% beziehen ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Hinsichtlich der Verteilung der Kategorien „zurückgekehrte Patienten“ und „nicht-zurückgekehrte Patienten“ in Interventions- und Vergleichsgruppe besteht kein signifikanter Unterschied. Entsprechend haben ähnlich viele Interventions- wie Vergleichsgruppenpatienten die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen bzw. sind nach Rehabilitationsende nicht wieder berufstätig (Tab. 6.65).

Tab. 6.65: Berufliche Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) (N=309)

Berufliche Rückkehraten	Interventionsgruppe (N=172)		Vergleichsgruppe (N=137)		p ^A
	n	%	n	%	
zur Arbeit zurückgekehrt	140	81.4	103	75.2	.186
nicht zur Arbeit zurückgekehrt	32	18.6	34	24.8	
krank geschrieben	21	12.2	21	15.3	
arbeitslos geworden	4	2.3	7	5.1	
Bezug einer Erwerbsminderungsrente	6	3.5	6	4.4	
Altersrente	1	0.6	-	-	

^AChi²-Test

Art der Aufnahme der beruflichen Tätigkeiten ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2). Mit 44% hat der größte Anteil an Interventionspatienten sofort nach der Rehabilitationsmaßnahme und ohne stufenweise Wiedereingliederung eine berufliche Tätigkeit aufgenommen (Tab. 6.66).

Tab. 6.66: Art der beruflichen Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) (N=243)

Zeitpunkt der beruflichen Rückkehr	Interventionsgruppe (N=140)		Vergleichsgruppe (N=103)		p ^A
	n	%	n	%	
sofort ohne stufenweise Wiedereingliederung	62	44.3	36	35.0	.196
sofort mit stufenweiser Wiedereingliederung	11	7.9	5	4.9	
innerhalb eines Monats ohne stufenweise Wiedereingliederung	4	2.9	7	6.8	
innerhalb eines Monats mit stufenweiser Wiedereingliederung	23	16.4	13	12.6	
nach mehr als einem Monat ohne stufenweise Wiedereingliederung	9	6.4	9	8.7	
nach mehr als einem Monat mit stufenweiser Wiedereingliederung	31	22.1	33	32.0	

^AChi²-Test

Dies gilt mit 35% ebenfalls für die meisten Patienten der Vergleichsgruppe. Am zweithäufigsten haben die Patienten beider Gruppen mehr als einen Monat nach Rehabilitationseende eine stufenweise Wiedereingliederung wahrgenommen (Intervention: 22%, Vergleich: 32%). Die wenigsten Patienten sind innerhalb eines Monats nach Ende der Maßnahme ohne stufenweise Wiedereingliederung zur Arbeit zurückgekehrt bzw. in die Ausbildung/Umschulung (Intervention: 3%, Vergleich: 7%). Insgesamt haben sich 46% der Interventionspatienten und 50% der Vergleichsgruppe für eine stufenweise Wiedereingliederung entschieden.

Die statistische Überprüfung auf Gleichverteilung der Art der beruflichen Rückkehr in beiden Gruppen führt zu keinem signifikanten Ergebnis (Tab. 6.66). Entsprechend zeigen die Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten ähnliche Muster hinsichtlich der Rückkehr zu Arbeit.

Aufnahme der beruflichen Tätigkeiten ein Jahr nach Rehabilitationseende (T3). Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation ist der Anteil an Interventionspatienten, der die berufliche Tätigkeit aufgenommen hat, von 81% ein halbes Jahr nach Rehabilitationseende auf 86% angestiegen (Abb. 6.6). Weitere 14% sind noch nicht wieder in den Arbeitsmarkt zurückgekehrt. 3% der Patienten sind krank geschrieben, 5% sind seit Ende der Rehabilitation arbeitslos geworden, 6% beziehen eine Rente wegen Erwerbsminderung und 1% ist in Altersrente gegangen.

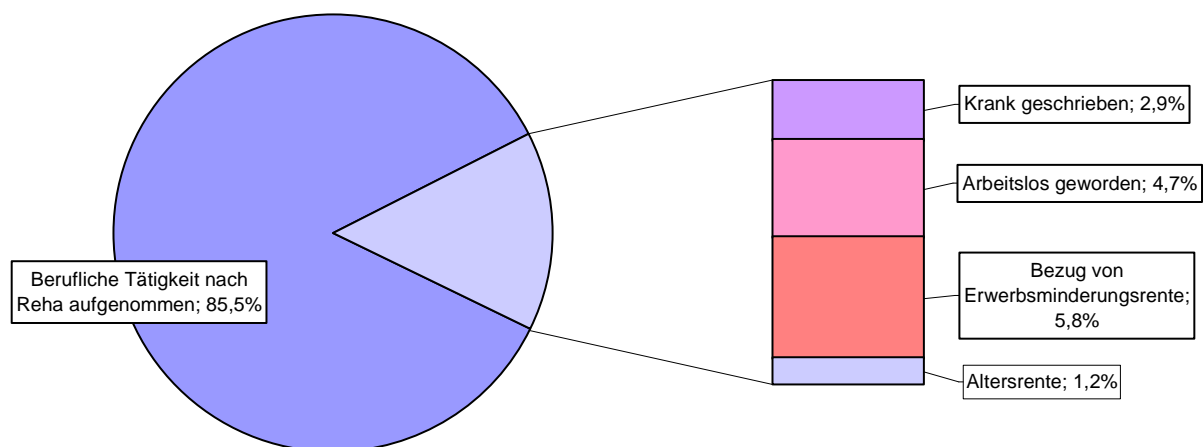


Abb. 6.6: Berufliche Tätigkeit der Patienten in der Interventionsgruppe 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=172), Angaben in %

Auch in der Vergleichsgruppe ist der Anteil an Patienten, die wieder im Berufsleben stehen, im Vergleich zum 2. Messzeitpunkt angestiegen. Während ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende 75% der Patienten wieder gearbeitet haben, betrifft dies ein Jahr später 79%. 21% sind weiterhin noch nicht wieder zur Arbeit zurückgekehrt. Ein Jahr nach Rehabilitationsende beziehen 9% der Vergleichsgruppe eine Erwerbsminderungsrente, 7% sind im Laufe des Katamnesezeitraums arbeitslos geworden und 5% sind krank geschrieben (Abb. 6.7).

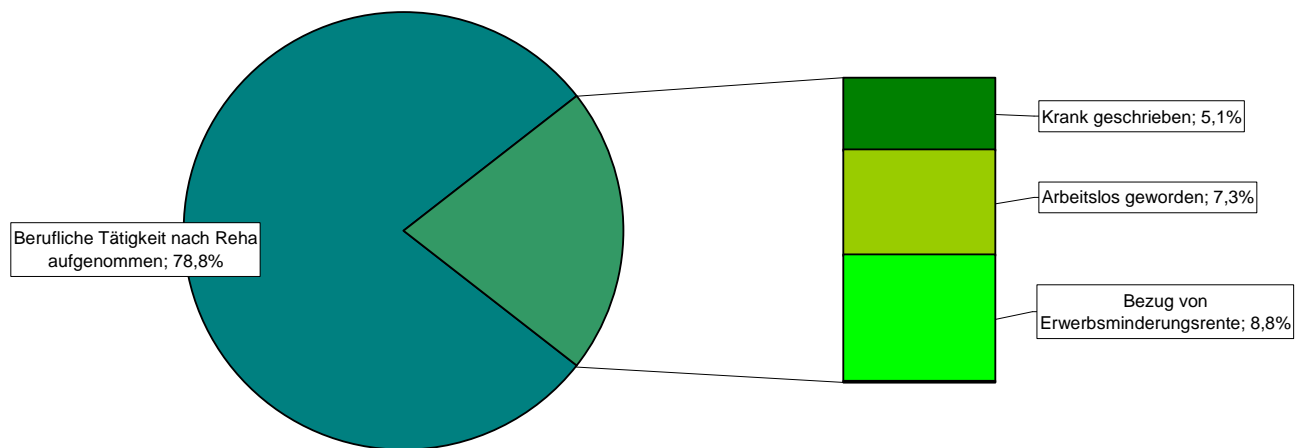


Abb. 6.7: Berufliche Tätigkeit der Patienten in der Vergleichsgruppe 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=137), Angaben in %

Die statistische Überprüfung der beiden Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Rückkehrarten zeigt auf, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten ein Jahr nach Rehabilitationsende gibt (Tab. 6.67). Entsprechend ist eine ähnlich hohe Anzahl an Patienten sowohl in Interventions- wie Vergleichsgruppe zur Arbeit zurückgekehrt.

Tab. 6.67: Berufliche Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) (N=309)

Berufliche Rückkehrarten	Interventionsgruppe (N=172)		Vergleichsgruppe (N=137)		p ^A
	n	%	n	%	
zur Arbeit zurückgekehrt	147	85.5	108	78.8	.121
nicht zur Arbeit zurückgekehrt	25	14.5	29	21.2	
krank geschrieben	5	2.9	7	5.1	
arbeitslos geworden	8	4.7	10	7.3	
Bezug einer Erwerbsminderungsrente	10	5.8	12	8.8	
Altersrente	2	1.2	-	-	

^AChi²-Test

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

Insgesamt betrachtet ist ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) die Hälfte der Interventions- und Vergleichsgruppe über eine stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf zurückgekehrt. Allerdings zeigt sich, dass die Patienten aus Interventions- und Vergleichsgruppe unterschiedliche Zeitpunkte der beruflichen Rückkehr gewählt haben ($p=.004$; Tab. 6.68). So ist die Mehrheit der Patienten aus der Interventionsgruppe sofort nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrt (52%), während dies für die Vergleichsgruppenpatienten auf einen geringeren Anteil zutrifft (42%). Letztere haben mit 45% am häufigsten nach mehr als einem Monat nach Rehabilitationsende die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen. In der Interventionsgruppe gilt dies lediglich für ein Viertel der Patienten.

Tab. 6.68: Art der beruflichen Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) (N=255)

Zeitpunkt der beruflichen Rückkehr	Interventionsgruppe (N=147)		Vergleichsgruppe (N=108)		p ^A
	n	%	n	%	
sofort ohne stufenweise Wiedereingliederung	63	42.9	35	32.4	
sofort mit stufenweiser Wiedereingliederung	14	9.5	10	9.3	
innerhalb eines Monats ohne stufenweise Wiedereingliederung	3	2.0	6	5.6	
innerhalb eines Monats mit stufenweiser Wiedereingliederung	29	19.7	8	7.4	.004
nach mehr als einem Monat ohne stufenweise Wiedereingliederung	9	6.1	12	11.1	
nach mehr als einem Monat mit stufenweiser Wiedereingliederung	29	19.7	37	34.3	

^AChi²-Test

Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Ein Jahr nach Rehabilitationsende haben die Patienten angegeben, ob sich inhaltliche Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeiten ergeben haben (Tab. 6.69). In beiden Gruppen ist die Mehrheit der Patienten an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt und führt die gewohnten beruflichen Tätigkeiten aus (Intervention: 90%, Vergleich: 88%). 7% der Interventionspatienten und 9% der Patienten aus der Vergleichsgruppe sind bei ihrem alten Arbeitgeber geblieben, bearbeiten inzwischen jedoch andere Aufgaben. Die wenigsten Patienten geben an, den Betrieb gewechselt zu haben (Intervention: 3%, Vergleich: 4%).

Die Verteilung bezüglich der Arbeitsplatzgestaltung unterscheidet sich in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander. Entsprechend ändert sich in beiden Gruppen nur bei einem kleinen Teil der Patienten etwas im Berufsalltag.

Tab. 6.69: Tätigkeiten nach der beruflichen Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe zu T3 (N=249)

Tätigkeiten nach der beruflichen Rückkehr	Interventionsgruppe (N=145)		Vergleichsgruppe (N=104)		p ^A
	n	%	n	%	
gewohnte Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	130	89.7	91	87.5	.859
andere Tätigkeiten am alten Arbeitsplatz	10	6.9	9	8.7	
neuer Arbeitsplatz mit ähnlichen oder anderen Tätigkeiten	5	3.4	4	3.8	

^AChi²-Test

Rückkehr zur Arbeit in Abhängigkeit von der Rehabilitationsform (AHB vs. AHV). Eine Betrachtung der Rückkehrzeiten von AHB- und AHV-Patienten zeigt auf, dass ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) 74% der AHB-Patienten zur Arbeit zurückgekehrt sind, während dies auf 85% der AHV-Patienten zutrifft. In beiden Gruppen steigen die Rückkehrzeiten zum dritten Messzeitpunkt ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) weiter an. Entsprechend sind 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) 78% der AHB-Patienten und 88% der AHV-Patienten wieder zur Arbeit zurückgekehrt. Die Unterschiede zwischen den Rückkehrzeiten beider Patientengruppen unterscheiden sich sowohl ein halbes wie auch ein Jahr nach Rehabilitationsende signifikant voneinander (T2: p=.018; T3: p=.026). Somit sind innerhalb des Katamnesezeitraums signifikant mehr AHV-Patienten zur Arbeit zurückgekehrt (Tab. 6.70).

Tab. 6.70: Berufliche Rückkehrzeiten der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) (N=300) getrennt nach Rehabilitationsform

Berufliche Rückkehrzeiten		zur Arbeit zurückgekehrt		nicht zur Arbeit zurückgekehrt		p
		n	%	n	%	
T2- 6 Monate nach Rehabilitationsende						
AHB-Patienten	Interventionsgruppe	58	74.3	19	24.7	.639 ^A
	Vergleichsgruppe	70	72.2	27	27.8	
	Gesamt	128	73.6	46	26.4	
AHV-Patienten	Interventionsgruppe	81	86.2	13	13.8	.269 ^B
	Vergleichsgruppe	26	81.3	6	18.8	
	Gesamt	107	84.9	19	15.1	
T3- 12 Monate nach Rehabilitationsende						
AHB-Patienten	Interventionsgruppe	62	80.5	15	19.5	.502 ^A
	Vergleichsgruppe	74	76.3	23	23.7	
	Gesamt	136	78.2	38	21.8	
AHV-Patienten	Interventionsgruppe	84	89.4	10	10.6	.529 ^B
	Vergleichsgruppe	27	84.4	5	15.6	
	Gesamt	111	88.1	15	11.9	

^AChi²-Test, ^BExakter Test nach Fisher, ^CVergleich AHB- vs. AHV-Patienten

Bezogen auf die AHB-Patienten macht eine Betrachtung der Daten für Interventions- und Vergleichsgruppe deutlich, dass sich die Patienten beider Gruppen hinsichtlich ihrer Rückkehr zur Arbeit nicht stark voneinander unterscheiden. So sind ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) 74% der Interventions- und 72% der Vergleichsgruppenpatienten wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) liegen die Rückkehrraten bei 81% in der Interventionsgruppe und 76% in der Vergleichsgruppe. Auch in diesem Fall handelt es sich nicht um einen signifikanten Unterschied (Tab. 6.70).

Patienten, die die Rehabilitation als AHV in Anspruch genommen haben und zur Interventionsgruppe gehören, sind ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) zu 86% wieder zur Arbeit zurückgekehrt. Dies trifft ebenfalls auf 81% der Patienten aus der Vergleichsgruppe zu. Ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) steigt der Anteil an berufstätigen Patienten der Interventionsgruppe auf 89% an und in der Vergleichsgruppe auf 84%. Zu beiden Messzeitpunkten unterscheiden sich die Rückkehrraten der AHV-Patienten in den Gruppen nicht signifikant voneinander.

6.7.3 Entwicklung der psychosozialen Situation

Die Katamneseergebnisse für die psychosoziale Situation werden für die Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt sowie aufgeschlüsselt für die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) zur Arbeit zurückgekehrt sind bzw. zu T3 nicht im Beruf stehen. Weiterhin erfolgen die Analysen für die AHB-Patienten unabhängig von den Angaben der AHV-Patienten. Die Ergebnisse der AHB-Patienten sind im Anhang in den Tabellen A.27 bis A.30 zu finden.

Psychische Belastung (HADS, DT). Die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe zeigen minimale Veränderungen hinsichtlich der Angstwerte der HADS über den Katamnesezeitraum hinweg. Während zu Beginn der Befragung (T1) in der Interventionsgruppe ein Mittelwert von 6.8 vorliegt, steigt dieser Wert ein halbes Jahr nach der Rehabilitation (T2) auf 7.0 Punkte an und bleibt ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) konstant. Die Veränderungen der Werte in der Vergleichsgruppe sind ähnlich gering (T1: 7.1, T2: 7.4, T3: 7.4).

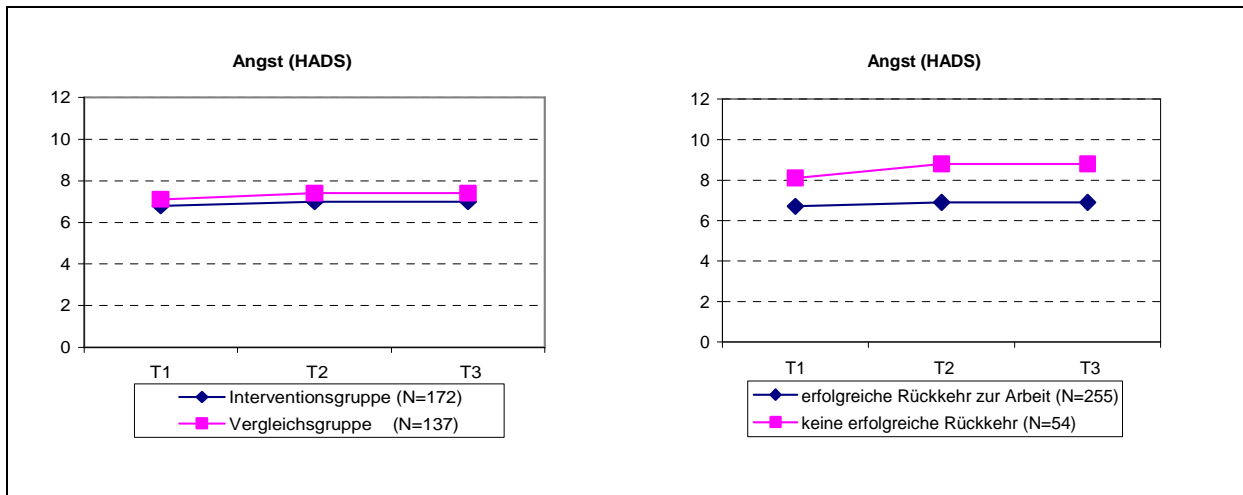


Abb. 6.8: Verlauf der Werte auf der Skala Angst (HADS; Skala 0-21) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die Patienten, die zum dritten Messzeitpunkt wieder zur Arbeit zurückgekehrt sind, zeigen über alle Erhebungen hinweg weniger stark ausgeprägte Angstwerte im Vergleich zu den Patienten auf, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) noch nicht in den Beruf zurückgekehrt sind. Zu Beginn der Befragung liegen die wieder berufstätigen Patienten bei durchschnittlich 6.7 Punkten, die im Katamnesezeitraum auf 6.9 Punkte ansteigen. Die noch nicht zurückgekehrten Patienten weisen einen Ausgangswert auf, der mit 8.1 Punkten höher ausfällt und nach den gängigen Cut-Off-Werten der HADS eine klinisch relevante Belastung darstellt (Hermann et al., 1995). Ein halbes Jahr nach der Rehabilitation (T2) steigt dieser Wert auf 8.8 an und bleibt auch ein Jahr nach der Rehabilitation (T3) bei dieser Ausprägung (Abb. 6.8 und Tab. 6.71).

Bezüglich der Depressivität zeigt sich, dass die Werte der Interventionsgruppe während des Befragungszeitraums von ursprünglich 5.0 auf 4.7 Punkte sinken. In der Vergleichsgruppe zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier steigen die Mittelwerte von 5.0 Punkten zu Beginn der Befragung auf 5.3 Punkte ein Jahr nach Ende der Rehabilitation an.

Wie bereits im Rahmen der Angstsymptomatik zeigt ein Vergleich der zur Arbeit zurückgekehrten und noch nicht zurückgekehrten Patienten, dass letztere von einer höheren Depressivitätssymptomatik zu allen drei Messzeitpunkten berichten. So geben diese im Mittel zu Beginn der Rehabilitation einen Wert von 6.4 Punkten an, der ein halbes Jahr später auf 7.4 ansteigt und ein Jahr später auf 6.8 Punkte absinkt. Bei den bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten liegt der Depressivitätswert bei 4.7 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) und sinkt geringfügig im Katamnesezeitraum ab (Abb. 6.9 und Tab. 6.71).

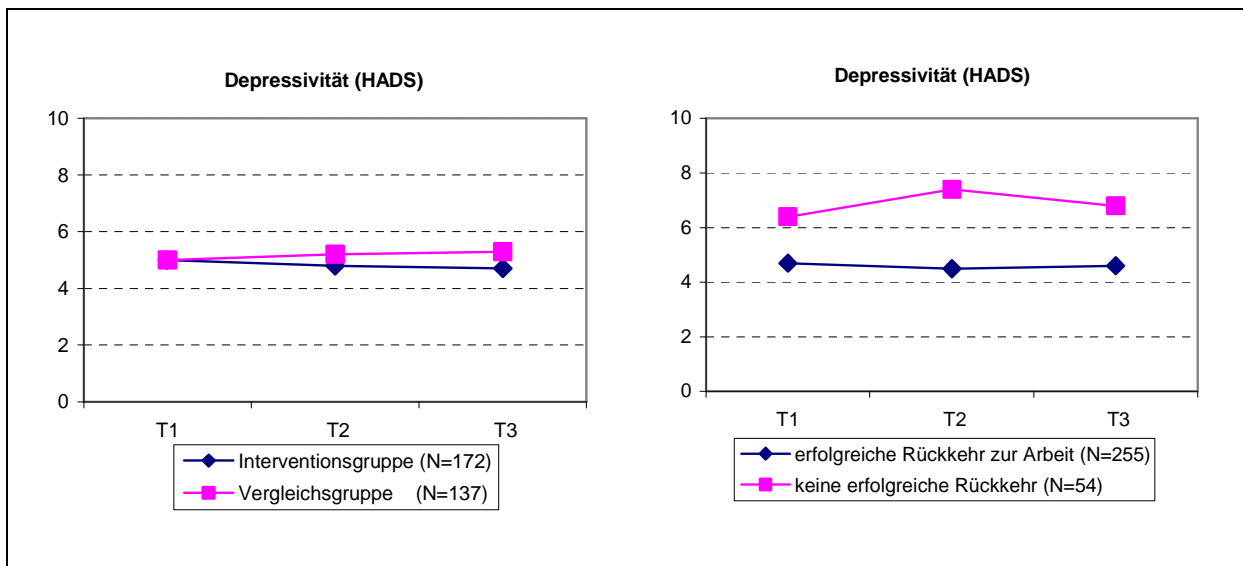


Abb. 6.9: Verlauf der Werte auf der Skala Depressivität (HADS; Skala 0-21) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Bezüglich der subjektiven Belastung, anhand des Distressthermometers gemessen, steigen die Durchschnittswerte sowohl für Interventions- wie auch Vergleichsgruppe von Beginn der Rehabilitation (T1) bis ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) geringfügig an. Während die Patienten der Interventionsgruppe einen Ausgangswert von 4.7 aufweisen, liegt der Mittelwert zu T3 bei 4.9 (Abb. 6.10 und Tab. 6.71).

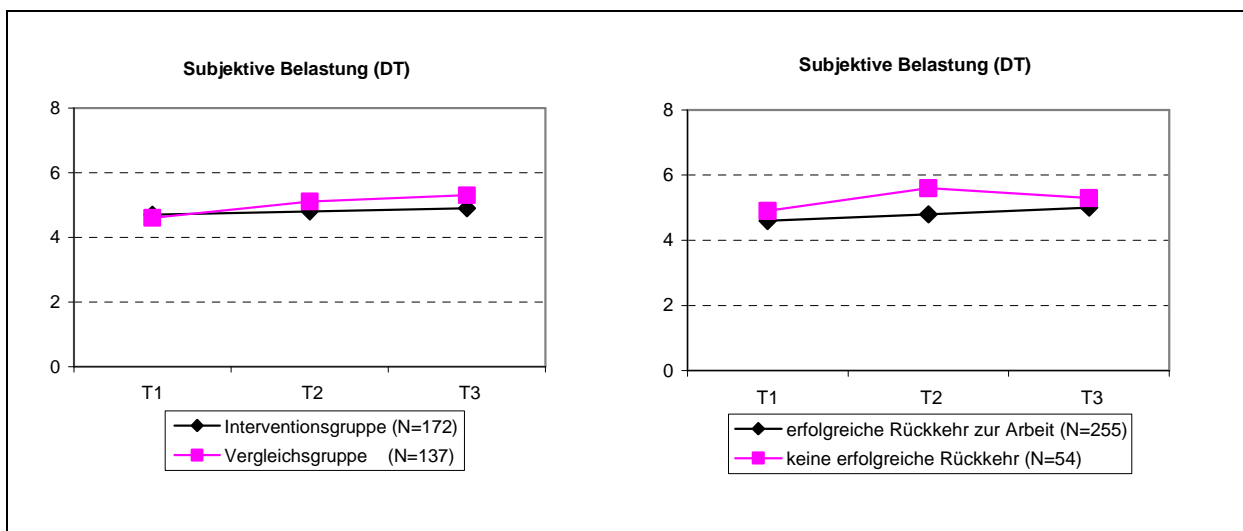


Abb. 6.10: Verlauf der subjektiven Belastung (DT; Skala 0-10) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die Patienten der Vergleichsgruppe berichten im Schnitt eine Belastung von 4.6 Punkten zu Beginn der Befragung und sind ein halbes Jahr später bereits bei durchschnittlich 5.1 Punk-

ten, was einer klinisch relevanten Belastung entspricht. Dieser Wert steigt ein Jahr nach Rehabilitationsende nochmals auf 5.3 Punkte an.

Im Gegensatz zu den HADS-Skalen sind die Unterschiede zwischen den zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten nicht so deutlich. Zwar sind auch in diesem Zusammenhang die noch nicht wieder beruflich aktiven Patienten etwas belasteter, aber beide Gruppen erreichen zum dritten Messzeitpunkt (T3) einen Wert von über 5 Punkten (zurückgekehrt T3: 5.0, noch nicht zurückgekehrt T3: 5.3).

Tab. 6.71: Deskriptive Statistik zu Angst- und Depressivitätswerten (HADS) sowie der subjektiven Belastung (DT) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Psychische Belastung (HADS, DT)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Angst (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	6.7	3.7	144	6.9	3.6	144	6.8	3.7
	Vergleichsgruppe	105	6.8	3.6	105	6.8	3.3	105	6.9	3.9
	Gesamt	249	6.7	3.6	249	6.9	3.5	249	6.9	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	22	7.6	4.8	22	8.0	4.6	22	8.2	4.4
	Vergleichsgruppe	29	8.5	3.3	29	9.4	4.0	29	9.2	4.4
	Gesamt	51	8.1	4.0	51	8.8	4.3	51	8.8	4.4
Gesamt	Interventionsgruppe	166	6.8	3.8	166	7.0	3.8	166	7.0	3.8
	Vergleichsgruppe	134	7.1	3.6	134	7.4	3.6	134	7.4	4.1
Depressivität (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	4.9	3.6	144	4.6	3.8	144	4.5	3.8
	Vergleichsgruppe	105	4.4	3.4	105	4.4	3.4	105	4.7	3.8
	Gesamt	249	4.7	3.5	249	4.5	3.6	249	4.6	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	22	5.3	3.6	22	6.2	4.0	22	6.1	4.1
	Vergleichsgruppe	29	7.3	4.5	29	8.3	4.6	29	7.3	4.5
	Gesamt	51	6.4	4.2	51	7.4	4.4	51	6.8	4.3
Gesamt	Interventionsgruppe	166	5.0	3.6	166	4.8	3.9	166	4.7	3.8
	Vergleichsgruppe	134	5.0	3.9	134	5.2	4.0	134	5.3	4.1
Subjektive Belastung (DT)^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	137	4.6	2.2	137	4.8	2.5	137	4.9	2.6
	Vergleichsgruppe	93	4.6	2.4	93	4.8	2.4	93	5.2	2.6
	Gesamt	230	4.6	2.3	230	4.8	2.5	230	5.0	2.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	5.0	2.5	21	5.0	2.1	21	5.1	2.6
	Vergleichsgruppe	27	4.7	2.2	27	6.0	2.2	27	5.5	2.6
	Gesamt	48	4.9	2.3	48	5.6	2.2	48	5.3	2.6
Gesamt	Interventionsgruppe	158	4.7	2.3	158	4.8	2.5	158	4.9	2.6
	Vergleichsgruppe	120	4.6	2.4	120	5.1	2.4	120	5.3	2.6

^Aklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Bklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Die Analysen zur statistischen Signifikanz der Unterschiede in den Mittelwerten zeigen, dass die Rückkehr zur Arbeit unabhängig von den anderen Faktoren einen signifikanten Effekt auf

die Ausprägung der Angstwerte hat ($p=.001$). Patienten, die noch nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, weisen im Durchschnitt über alle drei Messzeitpunkte hinweg einen signifikant höheren Angstwert auf im Vergleich zu denen, die bereits wieder im Beruf sind (Tab. 6.72).

Auch hinsichtlich der Depressivität wird ein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten durch den Faktor „Rückkehr zur Arbeit“ deutlich ($p<.001$). So liegen die Ausprägungen der Depressionswerte bei den noch nicht zur Arbeit zurückgekehrten Patienten über alle drei Messzeitpunkte hinweg über den Werten der wieder arbeitenden Patienten.

Die subjektive Belastung betreffend ergeben die Analysen keine signifikanten Haupteffekte oder Wechselwirkungen.

Tab. 6.72: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie die subjektive Belastung (DT) (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Angst (HADS)			
Zeit	1.792	1.950	.148
Gruppe	1	1.304	.254
Rückkehr zur Arbeit	1	10.553	.001
Zeit*Gruppe	1.792	0.142	.845
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.792	0.929	.387
Depressivität (HADS)			
Zeit	1.897	1.398	.248
Gruppe	1	2.359	.126
Rückkehr zur Arbeit	1	17.747	<.001
Zeit*Gruppe	1.897	0.155	.846
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.897	3.045	.051
Subjektive Belastung (DT)			
Zeit	2	2.094	.124
Gruppe	1	0.712	.399
Rückkehr zur Arbeit	1	2.075	.151
Zeit*Gruppe	2	1.146	.319
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.592	.554

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Bei einer ausschließlichen Betrachtung der AHB-Patienten, führen die Analysen der Daten hinsichtlich des Faktors „Rückkehr zur Arbeit“ ebenfalls zu signifikanten Ergebnissen (s. Anhang Tab. A.27 und A.28). Dies gilt sowohl für die Ausprägung der Angstwerte als auch der Depressivitätswerte (HADS). Die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) zur Arbeit zurückgekehrten Patienten weisen über alle drei Erhebungszeitpunkte (T1 bis T3) signifikant geringere Angstwerte auf im Vergleich zu den Patienten, die zu T3 nicht arbeiten ($p=.005$). Hinsichtlich der Depressivität geben die bereits wieder arbeitenden Patienten eine signifikant weniger hohe Depressivitätssymptomatik an ($p=.001$).

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30). Auf der Skala der globalen Lebensqualität schätzen sich die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe zu

Beginn der Befragung (T1) ähnlich hoch ein (Intervention: M=61, Vergleich: M=59). Über den Katamnesezeitraum hinweg bessert sich die globale Lebensqualität in beiden Gruppen, wobei die Patienten der Interventionsgruppe ein halbes (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende durchschnittlich etwas höhere Werte als die Patienten der Vergleichsgruppe angeben (Intervention: T2: 63, T3: 65; Vergleich: T2: 60, T3: 62).

Patienten, die bereits in den Beruf zurückgekehrt sind, liegen zu allen drei Messzeitpunkten im Mittel auf einem höheren Funktionsniveau als diejenigen, die noch nicht zurückgekehrt sind (Abb. 6.11 und Tab. 6.73). Weiterhin ist bei den Patienten, die wieder im Beruf stehen, über die Messzeitpunkte hinweg ein Anstieg der Punktwerte zu verzeichnen (T1: 61; T2: 65, T3: 66), während die Lebensqualität bei den noch nicht zurückgekehrten Patienten ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) zunächst sinkt und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder ansteigt (T1: 53, T2: 47, T3: 54).

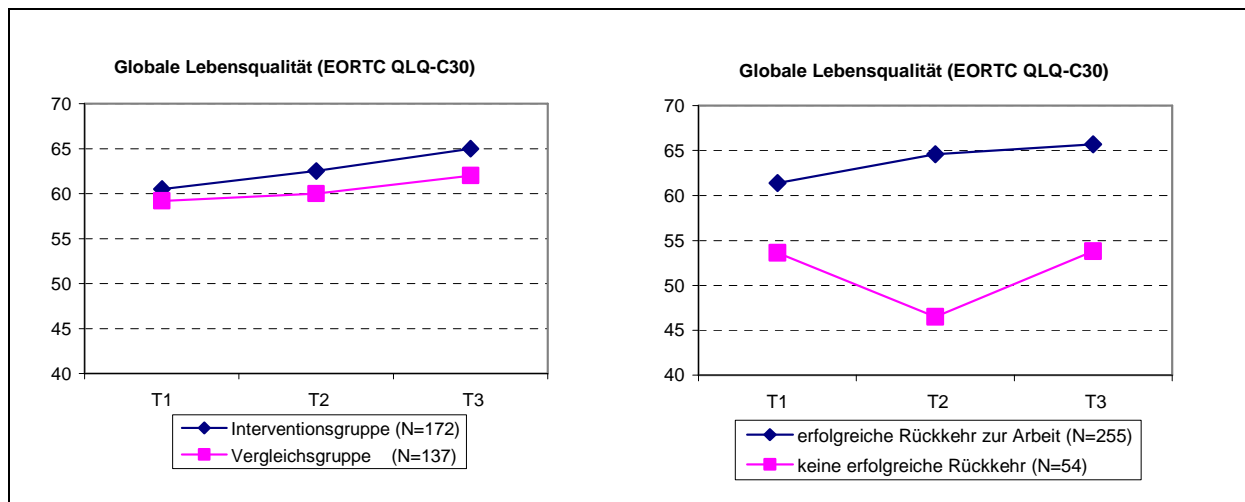


Abb. 6.11: Verlauf der globalen Lebensqualität (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Bezüglich der körperlichen Funktion ist bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten über die Zeit hinweg ein Anstieg der Werte auf über 80 Punkte zu erkennen. Während die Interventionspatienten zu Beginn der Befragung (T1) einen Durchschnittswert von 76 Punkten erreichen, liegen sie ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) im Mittel bei 82 Punkten, was bereits einem hohen Niveau entspricht. Dies gilt in ähnlicher Weise für die Patienten der Vergleichsgruppe (T1: 75; T3: 80) (Abb. 6.12 und Tab. 6.73).

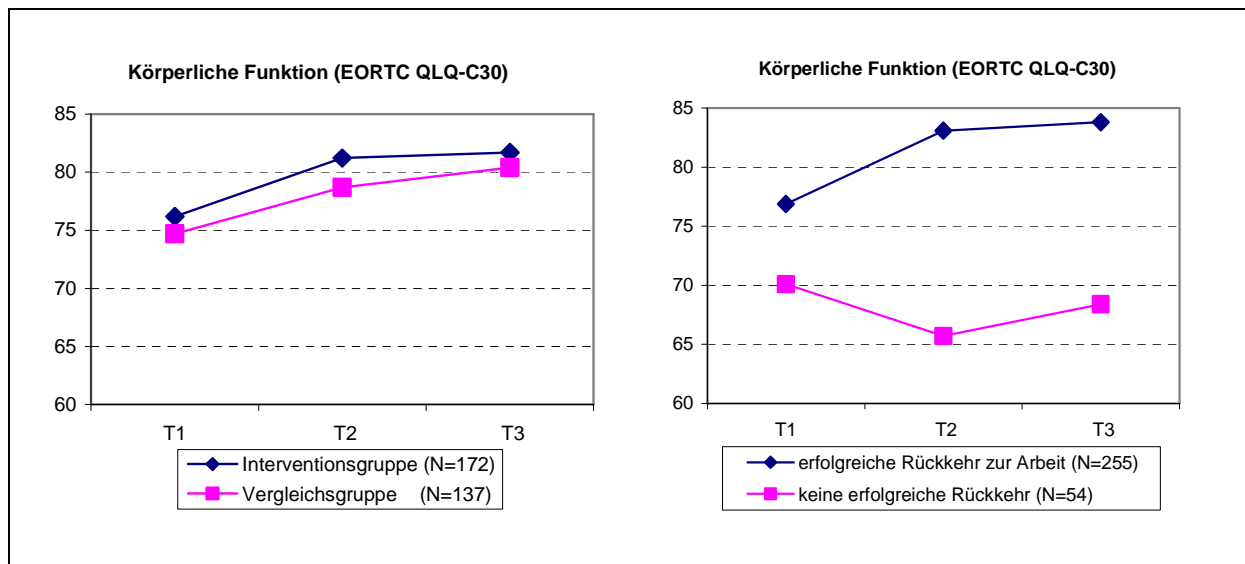


Abb. 6.12: Verlauf der körperlichen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationseende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die Betrachtung der Ergebnisse unter dem Kriterium Rückkehr zur Arbeit zeigt auf, dass die bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten eine Besserung der körperlichen Funktion berichten. So steigt auch hier der Durchschnittswert ein Jahr nach Rehabilitationseende auf einen Punktwert von über 80 an. Bei den Patienten, die noch nicht wieder im Beruf sind, verschlechtern sich die Werte geringfügig.

Auf der Skala Rollenfunktion geben die Interventionspatienten zu Beginn der Rehabilitation im Durchschnitt noch einen Wert von 58 Punkten an, welcher innerhalb des Katamnesezeitraums auf 71 Punkte ein Jahr nach Rehabilitationseende (T3) ansteigt. Auch die Vergleichsgruppenpatienten berichten eine Besserung, die allerdings weniger stark ausfällt. Bei ihnen steigt der Wert von ursprünglich 59 Punkten zu Beginn der Befragung auf 67 Punkte zu T3 an (Abb. 6.13 und Tab. 6.73).

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationseende wieder arbeiten, geben im Schnitt eine Steigerung der Rollenfunktion von 61 Punkten zu Beginn der Befragung (T1) auf 72 Punkte ein Jahr nach T1 an. Die Patienten, die noch nicht wieder arbeiten, weisen auch auf dieser Skala einen geringeren Wert zu allen drei Messzeitpunkten auf. Dennoch lässt sich auch bei diesen Patienten eine Besserung über den Katamnesezeitraum hinweg erkennen (T1: 47, T3: 56).

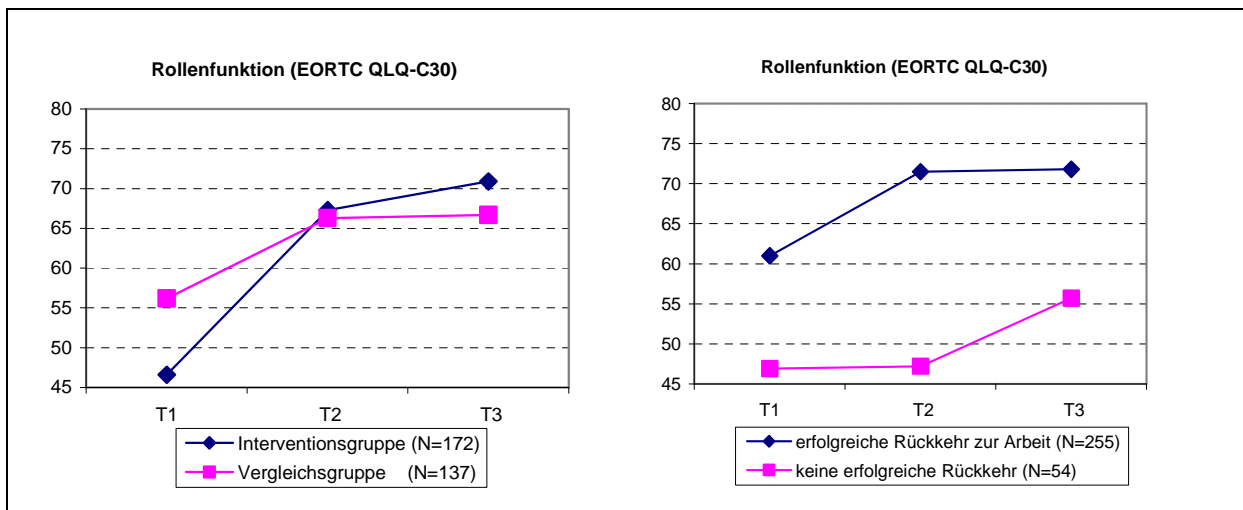


Abb. 6.13: Verlauf der Rollenfunktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationseende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Bezüglich der emotionalen Funktion zeigen sich unterschiedliche Tendenzen. Allerdings fallen auch hier die Veränderungen eher gering aus. Während die Durchschnittswerte für die Interventionspatienten leicht ansteigen (Beginn der Rehabilitation T1: 62, ein halbes Jahr nach der Rehabilitation T2: 63, ein Jahr nach der Rehabilitation T3: 63), verschlechtern sich die Mittelwerte der Patienten in der Vergleichsgruppe etwas (T1: 61, T2: 60, T3: 59; Abb. 6.14 und Tab. 6.73).

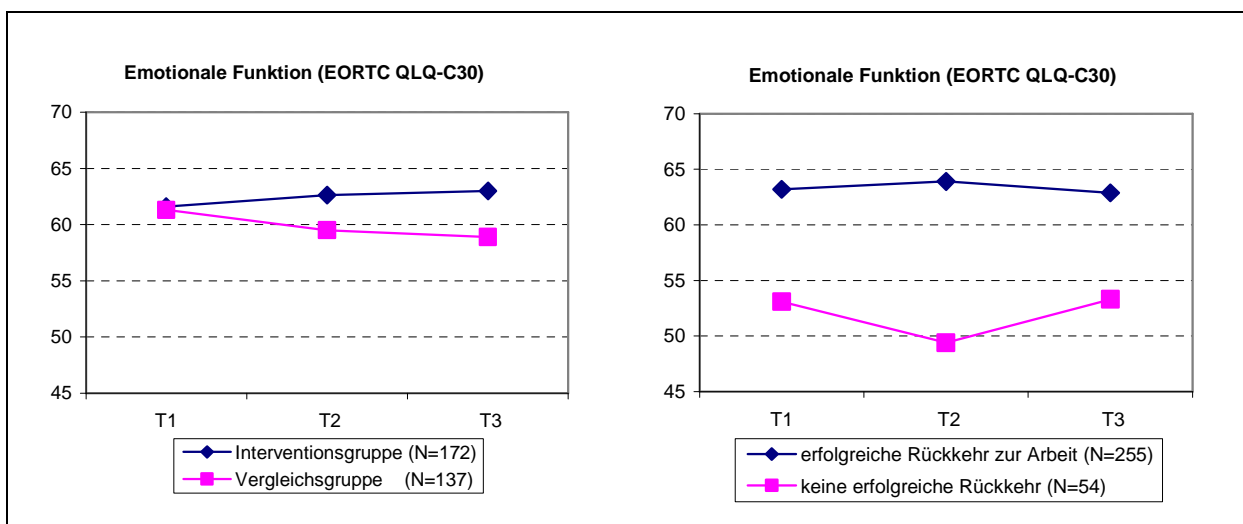


Abb. 6.14: Verlauf der emotionalen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationseende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Bei den wieder arbeitenden Patienten zeigt sich ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) eine geringe Verbesserung der emotionalen Funktion (64 Punkte), die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) allerdings auf das Ausgangsniveau (63 Punkte) wieder abfällt. Die Patienten, die noch nicht wieder arbeiten, berichten zu Beginn der Rehabilitation mit einem Durchschnittswert von 53 Punkten eine emotionale Funktion, die zu T2 auf 49 Punkte abfällt und zu T3 wieder bei 53 Punkten liegt.

Hinsichtlich der kognitiven Funktion ändert sich sowohl in Interventions- wie Vergleichsgruppe kaum etwas im Katamnesezeitraum. Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) werden im Durchschnitt in beiden Gruppen 73 Punkte angegeben (Abb. 6.15 und Tab. 6.73).

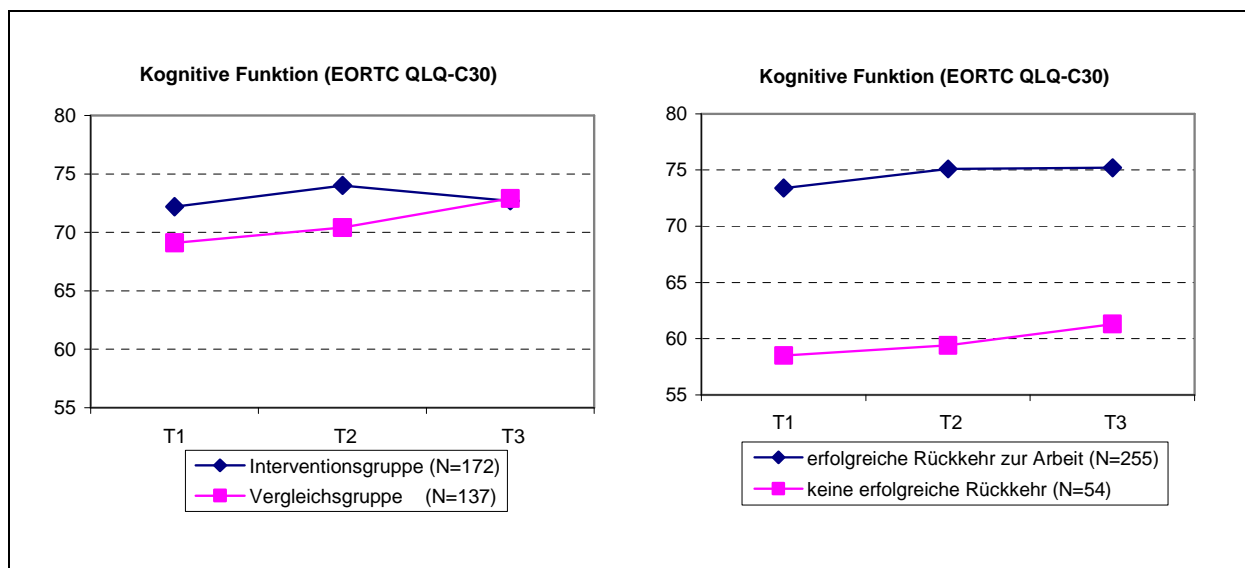


Abb. 6.15: Verlauf der kognitiven Funktion (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder im Beruf stehen, geben mit 75 Punkten zu T3 einen höheren Wert an als die Patienten, die noch nicht wieder arbeiten, mit durchschnittlich 61 Punkten. In beiden Gruppen ist ein geringfügiger Anstieg der Punktwerte im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (T1) festzustellen (zurückgekehrt T1: 73, noch nicht zurückgekehrt T1: 59).

Die soziale Funktion betreffend, geben die Interventionspatienten mit 75 Punkten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) ein besseres Funktionsniveau an im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (T1) (64 Punkte). Bei den Patienten der Vergleichsgruppe ist zu T3 ein Anstieg von 64 auf 72 Punkte festzustellen.

Patienten, die bereits wieder zu T3 zur Arbeit zurückgekehrt sind, berichten von einem kontinuierlichen Anstieg der sozialen Funktion und weisen ein Jahr nach Rehabilitationsende ein

Niveau von 75 Punkten auf. Die noch nicht zurückgekehrten Patienten berichten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) im Durchschnitt von einem Funktionsniveau mit 64 Punkten, was im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (58 Punkte) eine Steigerung darstellt (Abb. 6.16 und Tab. 6.73).

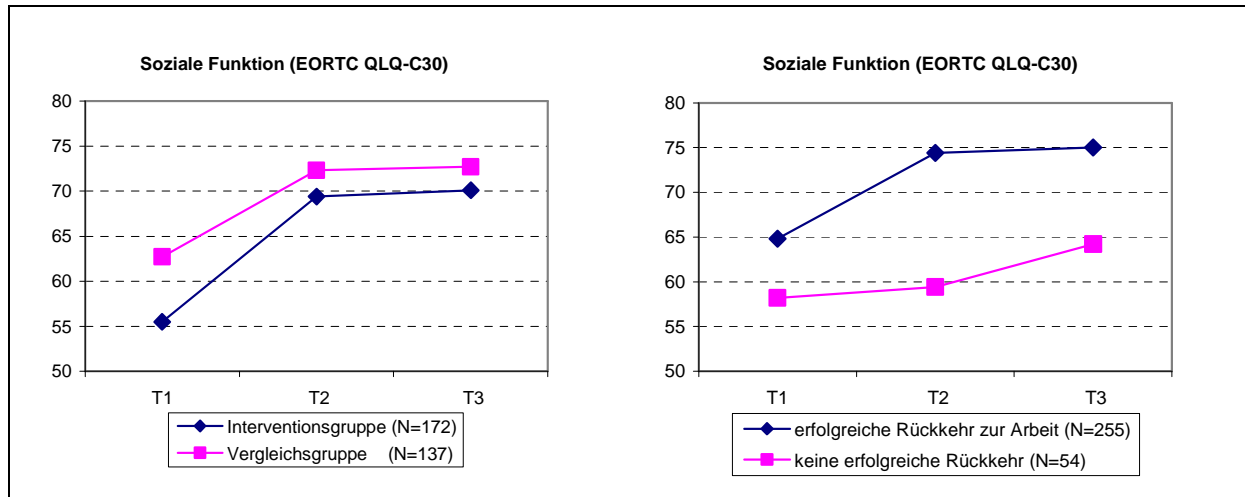


Abb. 6.16: Verlauf der sozialen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.73: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Globale Lebensqualität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	61.3	18.9	144	64.5	21.9	144	66.4	20.0
	Vergleichsgruppe	108	61.6	18.4	108	64.7	18.9	108	64.9	21.8
	Gesamt	252	61.4	18.7	252	64.6	20.6	252	65.7	20.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	55.6	18.9	24	51.0	23.6	24	56.9	23.4
	Vergleichsgruppe	29	50.3	18.4	29	42.8	22.4	29	51.1	23.9
	Gesamt	53	52.7	19.7	53	46.5	23.1	53	53.8	23.6
Gesamt	Interventionsgruppe	168	60.5	19.1	168	62.5	22.6	168	65.0	20.7
	Vergleichsgruppe	137	59.2	18.6	137	60.0	21.6	137	62.0	22.9

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung der **Tabelle 6.73**:

Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	77.2	18.7	144	83.1	14.9	144	83.8	15.6
	Vergleichsgruppe	108	76.5	19.1	108	83.0	14.3	108	83.9	14.7
	Gesamt	252	76.9	18.8	252	83.1	14.6	252	83.8	15.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	72.8	17.7	24	69.2	16.4	24	69.4	16.3
	Vergleichsgruppe	29	67.9	17.6	29	62.8	21.2	29	67.6	19.3
	Gesamt	53	70.1	17.7	53	65.7	19.3	53	68.4	17.9
Gesamt	Interventionsgruppe	168	76.2	18.6	168	81.2	15.8	168	81.7	16.4
	Vergleichsgruppe	137	74.7	19.1	137	78.7	18.0	137	80.4	17.1
Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	60.1	31.9	144	71.9	27.3	144	72.9	26.4
	Vergleichsgruppe	108	62.2	27.9	108	71.0	27.2	108	70.4	25.5
	Gesamt	252	61.0	30.2	252	71.5	27.2	252	71.8	26.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	48.6	28.6	24	52.8	24.9	24	59.7	30.3
	Vergleichsgruppe	29	45.4	24.8	29	42.5	29.1	29	52.3	29.8
	Gesamt	53	46.9	26.4	53	47.2	27.5	53	55.7	29.9
Gesamt	Interventionsgruppe	168	58.4	31.6	168	69.1	27.7	168	71.0	27.3
	Vergleichsgruppe	137	58.6	28.0	137	65.0	29.9	137	66.5	27.4
Emotionale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	62.3	24.3	144	64.1	25.2	144	64.4	25.3
	Vergleichsgruppe	108	64.4	25.0	108	63.6	25.1	108	60.9	26.2
	Gesamt	252	63.2	24.6	252	63.9	25.1	252	62.9	25.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	57.6	25.9	24	53.1	23.4	24	55.2	22.2
	Vergleichsgruppe	29	49.4	24.2	29	46.3	29.9	29	51.7	28.1
	Gesamt	53	53.1	25.1	53	49.4	27.1	53	53.3	25.4
Gesamt	Interventionsgruppe	168	61.6	24.5	168	62.6	25.2	168	63.0	25.0
	Vergleichsgruppe	137	61.3	25.5	137	59.9	27.0	137	58.9	26.7
Kognitive Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	144	74.3	25.4	144	76.0	25.2	144	75.0	23.7
	Vergleichsgruppe	108	72.2	25.3	108	73.9	25.2	108	75.5	24.2
	Gesamt	252	73.4	25.3	252	75.1	25.2	252	75.2	23.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	59.7	30.3	24	61.8	29.7	24	59.0	29.9
	Vergleichsgruppe	29	57.5	29.1	29	57.5	26.6	29	63.2	26.1
	Gesamt	53	58.5	29.3	53	59.4	27.8	53	61.3	27.7
Gesamt	Interventionsgruppe	168	72.2	26.5	168	74.0	26.3	168	72.7	25.2
	Vergleichsgruppe	137	69.1	26.7	137	70.4	26.3	137	72.9	25.0

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung der **Tabelle 6.73**:

Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Soziale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	143	65.0	28.1	143	73.0	26.0	143	75.6	26.7
	Vergleichsgruppe	108	64.5	27.1	108	76.4	24.4	108	74.2	25.1
	Gesamt	251	64.8	27.6	251	74.4	25.4	251	75.0	26.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	54.2	30.0	24	66.0	25.3	24	67.4	24.8
	Vergleichsgruppe	29	61.5	28.2	29	54.0	29.4	29	61.5	30.6
	Gesamt	53	58.2	29.0	53	59.4	28.0	53	64.2	28.0
Gesamt	Interventionsgruppe	167	63.5	28.6	167	72.0	25.9	167	74.5	26.5
	Vergleichsgruppe	137	63.9	27.2	137	71.7	27.1	137	71.5	26.7

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Die Analysen zur statistischen Signifikanz der berichteten Mittelwertsunterschiede auf den EORTC-Skalen weisen auf allen sechs Skalen auf einen signifikanten Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit hin (Tab. 6.74). Auf allen Skalen erreichen die Patienten, die bereits berufstätig sind, signifikant höhere Ausprägungen als die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) nicht arbeiten. Entsprechend berichten letztere von signifikant mehr Einschränkungen hinsichtlich der globalen Lebensqualität ($p < .001$), der körperlichen Funktion ($p < .001$), der Rollenfunktion ($p < .011$), der emotionalen Funktion ($p < .001$), der kognitiven Funktion ($p < .001$) und der sozialen Funktion ($p = .001$). Weiterhin zeigt sich eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit auf den Skalen globale Lebensqualität ($p = .023$) und körperliche Funktion ($p < .001$). Diese liegen darin begründet, dass sich auf beiden Skalen für die Patienten, die bereits wieder bei der Arbeit sind, ein günstigerer Verlauf über den Katamnesezeitraum hinweg ergibt als für die Patienten, die zu T3 nicht arbeiten.

Ein signifikanter Zeiteffekt zeigt sich auf den Skalen globale Lebensqualität ($p = .049$), Rollenfunktion ($p < .001$) und soziale Funktion ($p < .001$). Entsprechend bessern sich diese Funktionen über alle Patienten hinweg signifikant über den Erhebungszeitraum.

Tab. 6.74: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die globale Lebensqualität und die Funktionskalen (EORTC QLQ-C30) (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Globale Lebensqualität			
Zeit	1.848	3.155	.047
Gruppe	1	1.913	.168
Rückkehr zur Arbeit	1	26.461	<.001
Zeit*Gruppe	1.848	0.116	.876
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.848	3.938	.023
Körperliche Funktion			
Zeit	1.707	2.156	.125
Gruppe	1	1.240	.266
Rückkehr zur Arbeit	1	39.027	<.001
Zeit*Gruppe	1.707	0.513	.570
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.707	10.154	<.001
Rollenfunktion			
Zeit	1.864	8.849	<.001
Gruppe	1	1.271	.261
Rückkehr zur Arbeit	1	29.574	<.001
Zeit*Gruppe	1.864	0.698	.488
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.864	2.494	.087
Emotionale Funktion			
Zeit	1.834	0.399	.653
Gruppe	1	1.190	.276
Rückkehr zur Arbeit	1	12.484	<.001
Zeit*Gruppe	1.834	0.017	.977
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.834	1.002	.362
Kognitive Funktion			
Zeit	1.828	0.745	.464
Gruppe	1	0.001	.751
Rückkehr zur Arbeit	1	20.780	<.001
Zeit*Gruppe	1.828	1.261	.282
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.828	0.055	.934
Soziale Funktion			
Zeit	1.816	8.013	<.001
Gruppe	1	0.220	.640
Rückkehr zur Arbeit	1	11.195	.001
Zeit*Gruppe	1.816	1.940	.149
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.816	1.607	.204

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Werden nur die AHB-Patienten in die Analysen eingeschlossen, ergeben sich ähnliche Ergebnisse (s. Anhang Tab. A.29 und A.30). Auch in diesem Zusammenhang ist ein signifikanter Effekt des Faktors „Rückkehr zur Arbeit“ auf allen sechs Skalen zu verzeichnen. Entsprechend geben die AHB-Patienten, die 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) wieder im Beruf sind, im Durchschnitt signifikant höhere Funktionswerte an als die noch nicht zurückgekehrten AHB-Patienten (Globale Lebensqualität mit $p < .001$; Körperliche Funktion mit

$p < .001$; Rollenfunktion mit $p < .001$; Emotionale Funktion mit $p = .004$; Kognitive Funktion mit $p < .001$; Soziale Funktion mit $p = .006$). Weiterhin hat die Zeit einen signifikanten Effekt auf die Entwicklung der globalen Lebensqualität ($p = .035$), der körperlichen Funktion ($p = .013$), der Rollenfunktion ($p < .001$) und der sozialen Funktion ($p < .001$). Auf allen vier Skalen verbessern sich die Werte aller Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg signifikant.

Im Gegensatz zu den gemeinsamen Berechnungen mit AHB- und AHV-Patienten zeigen die Analysen ohne AHV-Patienten eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Zeit- und dem Gruppenfaktor auf den Skalen Rollenfunktion ($p = .013$) und soziale Funktion ($p = .049$) auf (Abb. 6.17 und Anhang Tab. A.30).

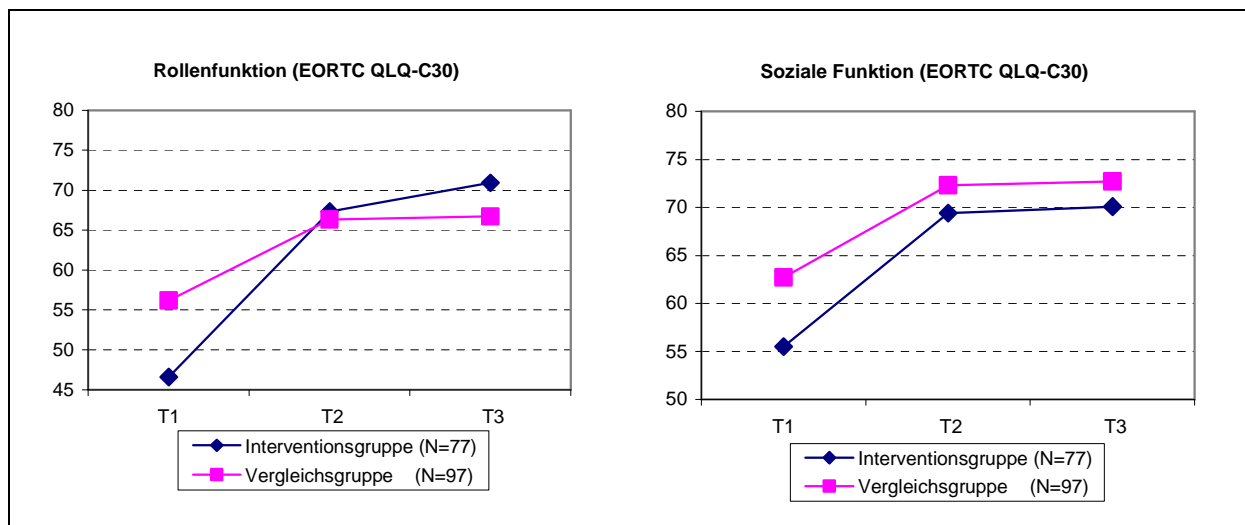


Abb. 6.17: Verlauf der Rollenfunktion und sozialen Funktion (EORTC QLQ-C30; Skala 0-100) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Auf beiden Skalen fällt die Entwicklung der Interventionspatienten und somit die Besserung der Funktionen über den Katamnesezeitraum deutlicher aus als bei den Patienten der Vergleichsgruppe. Dies gilt vor allem für die Besserung der Rollenfunktion, bei der die Interventionspatienten einen Anstieg von 24 Punkten über den Erhebungszeitraum hinweg (T1 bis T3) zu verzeichnen haben, während die Vergleichsgruppenpatienten einen Sprung von knapp 11 Punkten machen.

Weiterhin liegen signifikante Wechselwirkungen zwischen dem Zeitfaktor und dem Faktor „Rückkehr zur Arbeit“ auf den Skalen der globalen Lebensqualität ($p = .030$), der körperlichen Funktion ($p = .005$) und der Rollenfunktion ($p = .011$) vor. Auf allen drei Skalen weisen die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende noch nicht wieder im Beruf sind, eine ungünstigeren Entwicklung auf als die Patienten, die 12 Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme wieder berufstätig sind.

Fazit zur Entwicklung der psychosozialen Situation. Die Analysen machen vor allem deutlich, dass zwischen zur Arbeit zurückgekehrten und ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht zurückgekehrten Patienten Unterschiede bezüglich der psychosozialen Parameter bestehen. So zeigen sich zwar ähnliche Entwicklungen über die drei Messzeitpunkte hinweg, jedoch schneiden die Patienten, die nicht berufstätig sind, auf fast allen Skalen (Ausnahme subjektive Belastung) schlechter ab als berufstätige Patienten. Weiterhin weisen die nicht berufstätigen Patienten ungünstigere Verläufe bezüglich der körperlichen Funktion und globalen Lebensqualität auf.

Hinsichtlich der Zugehörigkeit zu Interventions- oder Vergleichsgruppe zeigen sich über den Verlauf hinweg keine signifikanten Unterschiede. Somit erreichen die Patienten beider Gruppen im Durchschnitt ähnliche Werte und unterscheiden sich in ihrer Entwicklung nur geringfügig voneinander.

Signifikante Unterschiede die Entwicklungen über den Katamnesezeitraum betreffend werden auf den Skalen des EORTC QLQ-C30 globale Lebensqualität, Rollenfunktion und soziale Funktion deutlich. Alle Patienten verbessern sich über die drei Messzeitpunkte hinweg.

Eine ausschließliche Betrachtung der AHB-Patienten führt zu ähnlichen Ergebnissen. Darüber hinaus zeigt sich allerdings, dass, nur auf die AHB-Patienten bezogen, die Patienten der Interventionsgruppe eine größere positive Entwicklung hinsichtlich der Rollenfunktion durchlaufen haben als die Patienten der Vergleichsgruppe. So machen letztere einen geringeren Sprung von 11 Punkten im Vergleich zu 24 Punkten in der Interventionsgruppe. Eine ähnliche Situation liegt bezüglich der sozialen Funktion vor. Hier handelt es sich allerdings um einen geringen Unterschied.

6.7.4 Entwicklung der beruflichen Belastung

Auch bei der Analyse der Fragebögen zur beruflichen Belastung werden die Ergebnisse getrennt nach Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt sowie aufgeschlüsselt für die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende zur Arbeit zurückgekehrt sind (T3) bzw. zu T3 nicht im Beruf stehen.

Die Ergebnisse der AHB-Patienten sind im Anhang in den Tabellen A.31 bis A.42 zu finden.

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation (FLZ^M) und berufliche Belastung (SIBAR)

Im Durchschnitt geben sowohl die Patienten der Interventions- wie auch der Vergleichsgruppe zu Beginn der Rehabilitation (T1) an, mit der Arbeitssituation „sehr stark“ (entspricht 5 Punkten) zufrieden zu sein. In beiden Fällen fallen die Werte ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende geringfügig ab (Intervention: T1 M=4.9, T3 M=4.5; Vergleich: T1 M=4.6, T3 M=4.4).

Während Patienten, die zu T3 wieder arbeiten, zu Beginn der Befragung mit ihrer Arbeitssituation „sehr stark“ zufrieden gewesen sind, waren die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) noch nicht arbeiten, etwas weniger zufrieden (4.0 Punkte). Ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme (T2) fällt dieser Wert nochmals um einen ganzen Punkt auf durchschnittlich 3.0 Punkte ab und steigt zu T3 wiederum auf 3.4 Punkte an. Die Zufriedenheit der wieder berufstätigen Patienten sinkt über den Katamnesezeitraum hinweg marginal (Abb. 6.18 und Tab. 6.75).

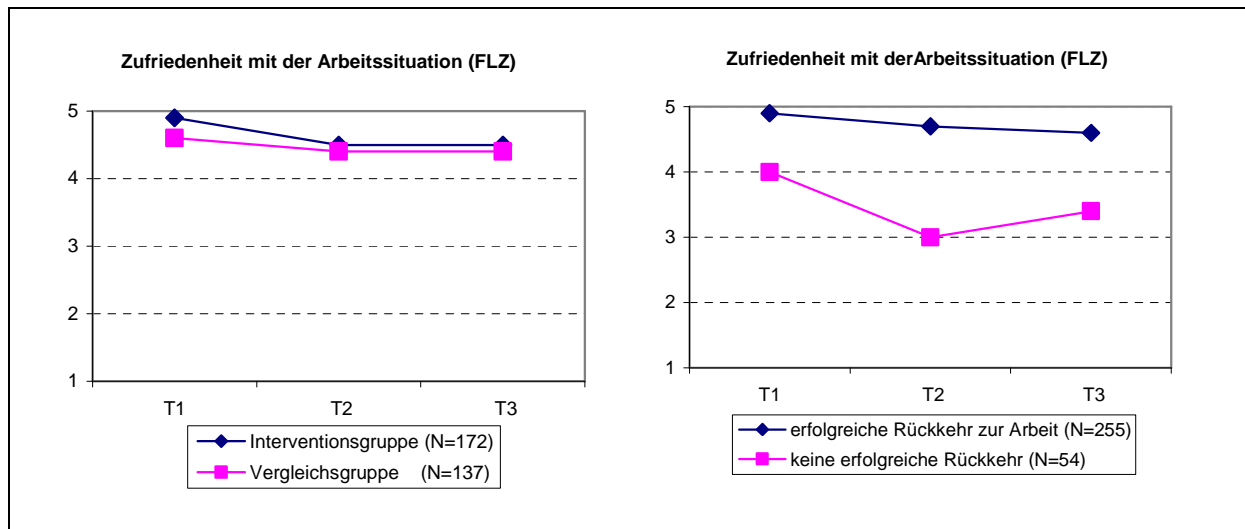


Abb. 6.18: Verlauf der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (FLZ^M; Skala 1-5) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe geben über die drei Messzeitpunkte hinweg (T1-T3) durchgehend eine hohe Zufriedenheit mit der finanziellen Situation an (Intervention: T1 M=4.5, T3 M=4.5, Vergleich: M=4.4, M=4.3).

Die Einschätzungen der Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder im Beruf stehen, bleiben von Beginn der Rehabilitation an bis ein Jahr später nach Rehabilitationsende konstant bei einem Mittelwert von 4.5 Punkten. Diejenigen, die zu T3 nicht arbeiten, geben ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) die geringste Zufriedenheit mit der finanziellen Lage an (Abb. 6.19 und Tab. 6.75).

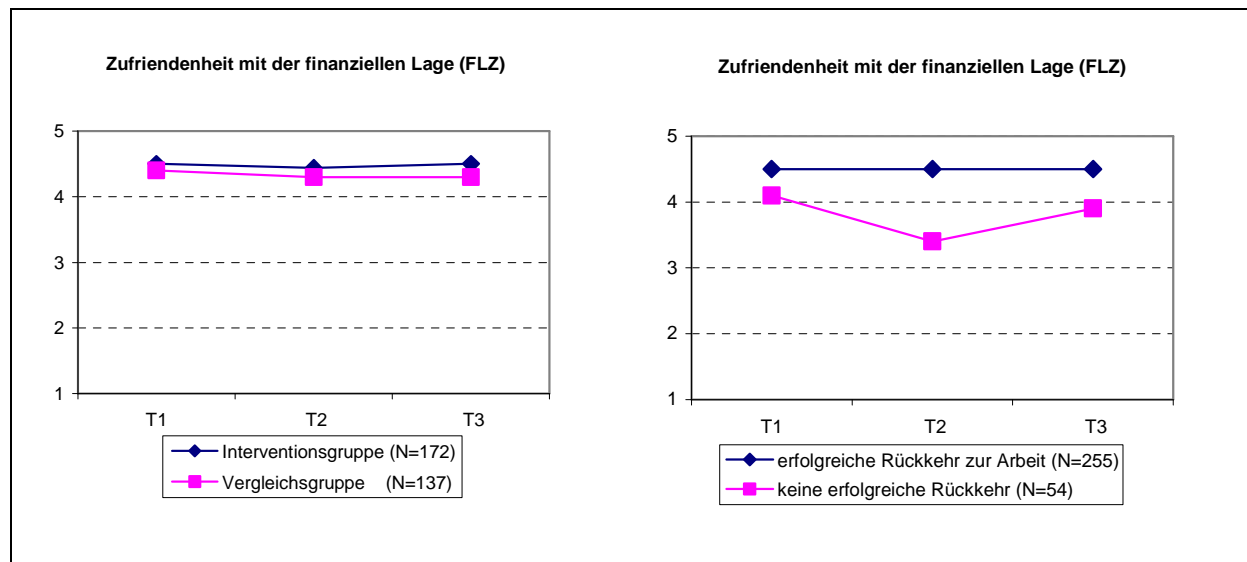


Abb. 6.19: Verlauf der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation (FLZ^M; Skala 1-5) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.75: Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) sowie zur beruflichen Belastung (SIBAR) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Lebenszufriedenheit (FLZ^M)										
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	142	4.9	1.7	142	4.6	1.7	142	4.6	1.8
	Vergleichsgruppe	105	4.9	1.6	105	4.8	1.6	105	4.7	1.6
	Gesamt	247	4.9	1.7	247	4.7	1.7	247	4.6	1.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	22	4.8	1.9	22	3.4	1.8	22	3.8	2.4
	Vergleichsgruppe	23	3.3	1.5	23	2.7	1.7	23	3.1	1.8
	Gesamt	45	4.0	1.9	45	3.0	1.8	45	3.4	2.1
Gesamt	Interventionsgruppe	164	4.9	1.7	164	4.5	1.8	164	4.5	1.9
	Vergleichsgruppe	128	4.6	1.7	128	4.4	1.8	128	4.4	1.7
Finanzielle Lage^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	146	4.6	1.4	146	4.5	1.6	146	4.5	1.5
	Vergleichsgruppe	105	4.5	1.5	105	4.6	1.4	105	4.4	1.5
	Gesamt	251	4.5	1.4	251	4.5	1.5	251	4.5	1.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	24	4.3	1.6	24	3.8	1.7	24	4.3	1.9
	Vergleichsgruppe	28	3.9	1.5	28	3.0	1.8	28	3.6	1.7
	Gesamt	52	4.1	1.6	52	3.4	1.9	52	3.9	1.8
Gesamt	Interventionsgruppe	170	4.5	1.4	170	4.4	1.6	170	4.5	1.5
	Vergleichsgruppe	133	4.4	1.5	133	4.3	1.6	133	4.3	1.5

^ASkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

^BSkala 1 „stark belastend“, 2 „etwas belastend“, 3 „teils/teils“, 4 „eher erfüllend“, 5 „sehr erfüllend“

Fortsetzung der **Tabelle 6.75:**

Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) sowie zur beruflichen Belastung (SIBAR) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
Berufliche Situation/Belastung (SIBAR)^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	140	3.2	1.2	140	3.2	1.2	140	3.3	1.1
	Vergleichsgruppe	103	3.2	1.2	103	3.2	1.1	103	3.3	1.1
	Gesamt	243	3.2	1.2	243	3.2	1.2	243	3.3	1.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	18	2.9	1.3	18	2.6	1.1	18	2.3	1.3
	Vergleichsgruppe	26	2.0	1.1	26	1.8	0.9	26	1.9	1.0
	Gesamt	44	2.3	1.3	44	2.1	1.1	44	2.1	1.1
Gesamt	Interventionsgruppe	158	3.2	1.2	158	3.1	1.2	158	3.2	1.2
	Vergleichsgruppe	129	3.0	1.3	129	3.0	1.2	129	3.0	1.2

^ASkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

^BSkala 1 „stark belastend“, 2 „etwas belastend“, 3 „teils/teils“, 4 „eher erfüllend“, 5 „sehr erfüllend“

Hinsichtlich der Einschätzung der beruflichen Belastung geben die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe im Mittel über alle drei Messzeitpunkte (T1-T3) hinweg an, den Beruf als teilweise belastend zu erleben (Werte zwischen 3.0 und 3.2 Punkten; Abb. 6.20 und Tab. 6.75).

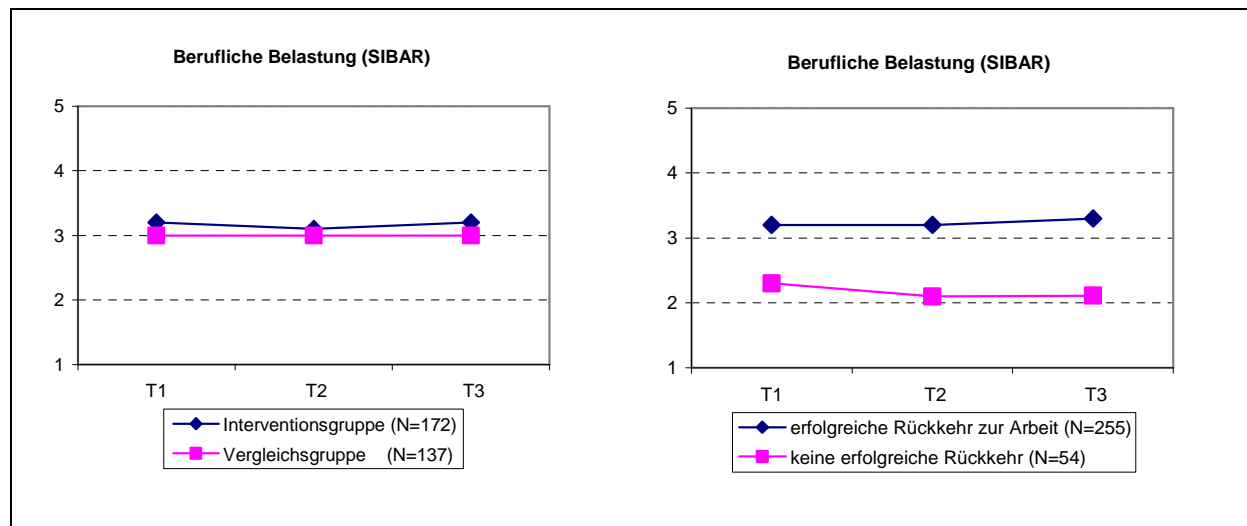


Abb. 6.20: Verlauf der beruflichen Belastung (SIBAR; Skala 1-5) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationseende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Der Vergleich zwischen zur Arbeit zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten macht deutlich, dass letztere sowohl zu Beginn der Rehabilitation wie auch im Laufe des Katamnesezeitraums angeben, ihre berufliche Situation als belastender zu empfinden. Die

berufstätigen Patienten fühlen sich „teilweise belastet“ und liegen somit im Mittel einen Punktwert über den Angaben der nicht arbeitenden Patienten (zurückgekehrt: T1 M=3.2, T3 M=3.3; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=2.3, T3 M=2.1).

Die durchgeführten Varianzanalysen zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zeigen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation einen signifikanten Zeiteffekt ($p < .001$) und einen signifikanten Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p < .001$) auf. Darüber hinaus kommt es zu einer signifikanten Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem Faktor Rückkehr zur Arbeit ($p = .019$, Tab. 6.76). Entsprechend sind die Unterschiede über den Katamnesezeitraum hinsichtlich der Verläufe der Zufriedenheit bei beruflich aktiven und nicht aktiven Patienten ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme statistisch signifikant. So entwickelt sich die berufliche Zufriedenheit bei nicht berufstätigen Patienten im Vergleich zu bereits zurückgekehrten Patienten ungünstiger. Weiterhin liegt ein signifikanter Gruppeneffekt vor ($p = .038$). Allerdings handelt es sich um marginale Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3), so dass dieser Effekt nicht relevant erscheint.

Bezüglich der finanziellen Situation ergibt sich neben einem signifikanten Zeiteffekt ($p = .002$) sowie einem signifikanten Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p = .001$) ein signifikanter Wechselwirkungseffekt dieser beiden Faktoren ($p = .003$, Tab. 6.76). Dieser kommt dadurch zustande, dass bei den nicht berufstätigen Patienten die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation ein halbes Jahr nach der Rehabilitation (T2) zunächst absinkt, bevor sie ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder ansteigt. Die Zufriedenheit der zu T3 berufstätigen Patienten bleibt über den Katamnesezeitraum (T1 bis T3) hinweg konstant.

Die berufliche Belastung betreffend ergeben sich weder signifikante Haupteffekte noch Wechselwirkungen.

Die Betrachtung der Ergebnisse für die AHB-Patienten führt bezogen auf die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und der finanziellen Lage zu den gleichen Haupteffekten und Wechselwirkungen, wie sie bereits für die ganze Gruppe beschrieben worden sind. Nur bezüglich der Signifikanzniveaus ergeben sich Unterschiede (Arbeitssituation: Zeit $p < .001$, Gruppe $p = .041$, Rückkehr zur Arbeit $p < .001$, Zeit*Rückkehr zur Arbeit $p < .001$; Finanzielle Lage: Zeit $p = .002$, Rückkehr zur Arbeit $p = .012$, Zeit*Rückkehr zur Arbeit $p = .006$; s. Anhang Tab. A.31 bis A.32).

Darüber hinaus liegt ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit hinsichtlich der beruflichen Belastung vor ($p < .001$). So geben die beruflich aktiven Patienten eine deutlich weniger starke Belastung durch den Beruf an im Vergleich zu den nicht arbeitenden Patienten. Während erstere eine marginale Verbesserung über den Katamnesezeitraum erleben, berichten letztere von einer stärker werdenden Belastung (s. Anhang Tab. A.31 und A.32).

Tab. 6.76: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr auf die Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZM) sowie die berufliche Belastung (SIBAR) (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung			
Zeit	2	7.801	<.001
Gruppe	1	4.366	.038
Rückkehr zur Arbeit	1	31.357	<.001
Zeit*Gruppe	2	2.425	.250
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	3.994	.019
Finanzielle Lage			
Zeit	2	6.111	.002
Gruppe	1	11.123	.130
Rückkehr zur Arbeit	1	12.291	.001
Zeit*Gruppe	2	0.186	.830
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	5.825	.003
Berufliche Belastung (SIBAR)			
Zeit	1.925	1.976	.141
Gruppe	1	0.158	.692
Rückkehr zur Arbeit	1	1.097	.296
Zeit*Gruppe	1.925	1.009	.363
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.925	1.087	.337

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Berufliches Engagement. Hinsichtlich der Skalen zum beruflichen Engagement wird deutlich, dass sich die Ausprägungen der Einzelskalen über alle Patienten hinweg während des Katamnesezeitraums kaum verändern.

Die niedrigsten Angaben werden von allen Patienten auf den Skalen subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit und beruflicher Ehrgeiz gemacht.

Bezüglich der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit fallen die Werte der Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten im Katamnesezeitraum marginal ab (Intervention: T1 M=15.5, T3 M=14.6; Vergleich: T1 M=15.9, T3 M=15.5).

Bei Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder berufstätig sind, sinkt ebenfalls die Bedeutsamkeit der Arbeit (T1 M=15.9, T3 M=15.0), während die Einschätzungen der nicht berufstätigen Patienten nahezu konstant bleiben (T1 M=14.7, T3 M=14.6, Abb. 6.21 und Tab. 6.77).

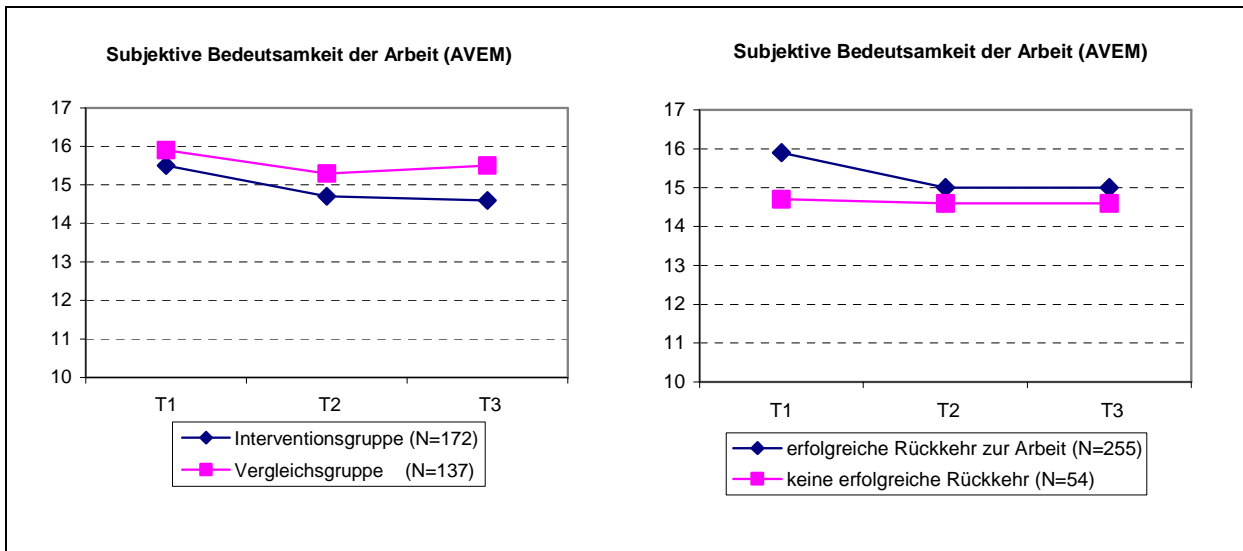


Abb. 6.21: Verlauf der Skala Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Den beruflichen Ehrgeiz betreffend geben die Interventionspatienten geringfügig niedrigere Werte zu allen drei Erhebungszeitpunkten an (T1 bis T3) als die Vergleichsgruppenpatienten. Letztere liegen bei durchschnittlich 16 Punkten, während die Interventionspatienten im Mittel 15 Punkte angeben.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder berufstätig sind, geben im Vergleich zu den nicht berufstätigen Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg durchschnittlich einen geringfügig höheren beruflichen Ehrgeiz an (zurückgekehrt: T1 M=15.5, T3 M=15.3; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=14.6, T3 M=14.6; Abb. 6.22 und Tab. 6.77).

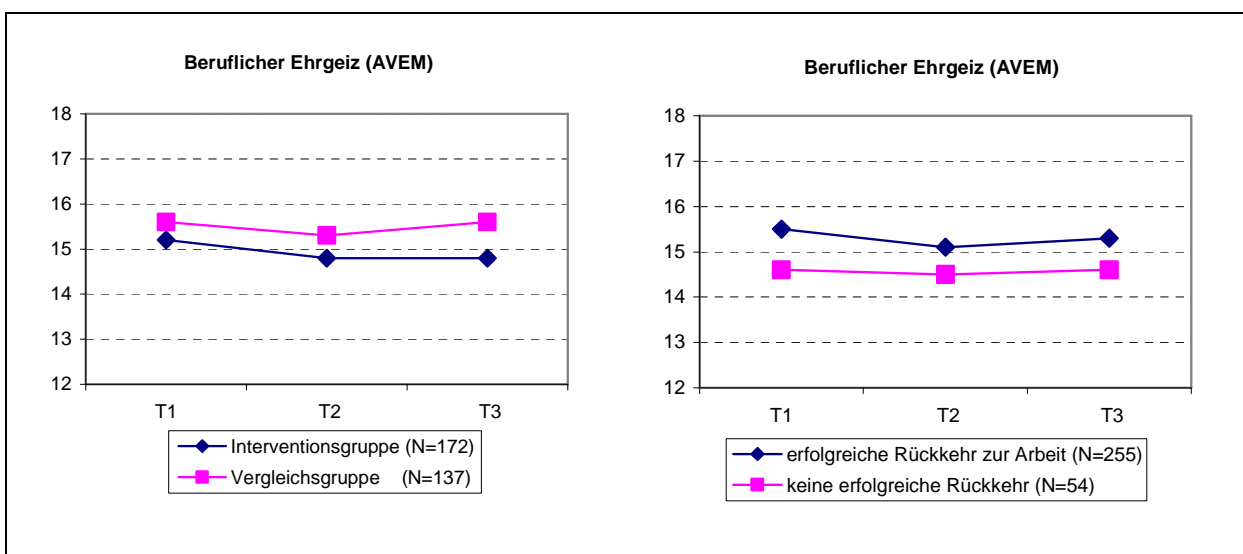


Abb. 6.22: Verlauf der Skala Beruflicher Ehrgeiz (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Bei allen Patienten fällt die Höhe der Verausgabungsbereitschaft im Beruf vom Beginn der Rehabilitation (T1) an bis ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) ab. Dabei handelt es sich allerdings um geringfügige Veränderungen.

So sinken beispielsweise die Einschätzungen der Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten von 18 Punkten zu T1 auf 17 Punkte zu T3. Ähnlich hoch sind die Veränderungen bei erfolgreich zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (Abb. 6.23 und Tab. 6.77).

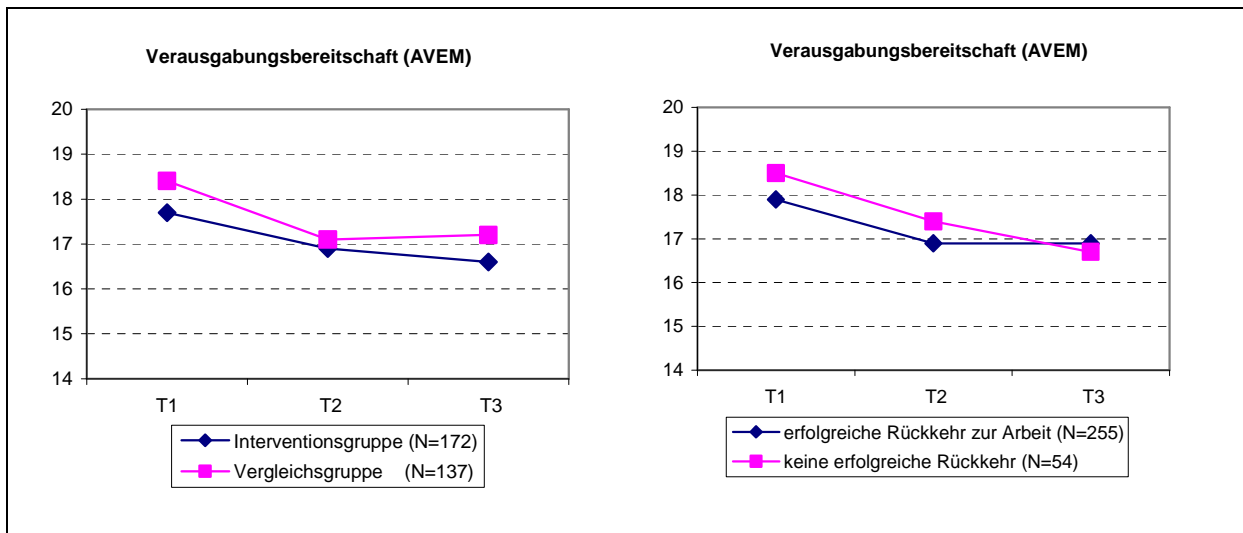


Abb. 6.23: Verlauf der Skala Verausgabungsbereitschaft (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die höchsten Ausprägungen werden auf der Skala Perfektionsstreben erreicht. Hier geben die Interventionspatienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Durchschnittswert von 22 Punkten an, der ein Jahr nach Ende der Maßnahme auf 21 Punkte abfällt. In der Vergleichsgruppe liegen die Angaben der Patienten im Mittel bei 23 Punkten zu T1 und fallen im Verlauf des Katamnesezeitraums auf durchschnittlich 22 Punkte ab.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) nicht im Beruf stehen, geben mit 23 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen etwas höheren Wert an als die beruflich aktiven Patienten (M=22). Doch in beiden Gruppen fallen die Ausprägungen zu T3 auf im Mittel 21 Punkte ab.

Im Allgemeinen handelt es sich allerdings um marginale Veränderungen im Erhebungszeitraum (Abb. 6.24 und Tab. 6.77).

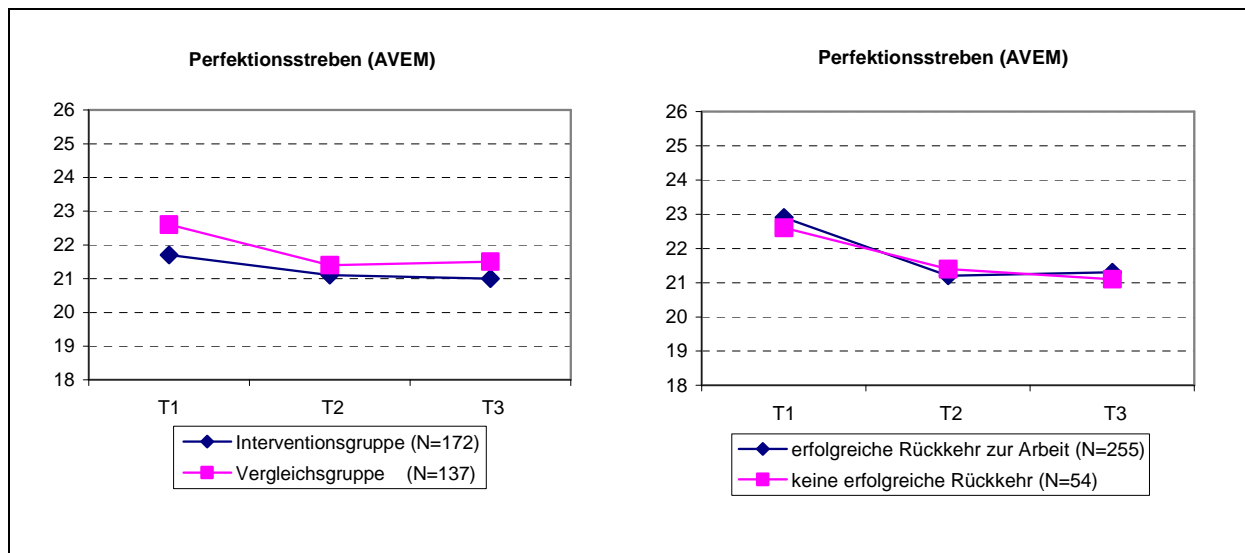


Abb. 6.24: Verlauf der Skala Perfektionsstreben (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Hinsichtlich der Distanzierungsfähigkeit werden im Vergleich zu den anderen Skalen des beruflichen Engagements ebenfalls höhere Angaben zu allen drei Messzeitpunkten gemacht. Hier bleiben die Mittelwerte der Interventionsgruppe mit 20 Punkten über den Verlauf hinweg konstant, während sie in der Vergleichsgruppe zwischen 19 und 20 Punkten schwanken. Patienten, die zu T3 wieder im Beruf sind, geben eine etwas größere Distanzierungsfähigkeit an im Vergleich zu den nicht berufstätigen Patienten (zurückgekehrt: T1 M=19.4, T3 M=20.2; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=18.2, T3 M=19.4; Abb. 6.25 und Tab. 6.77).

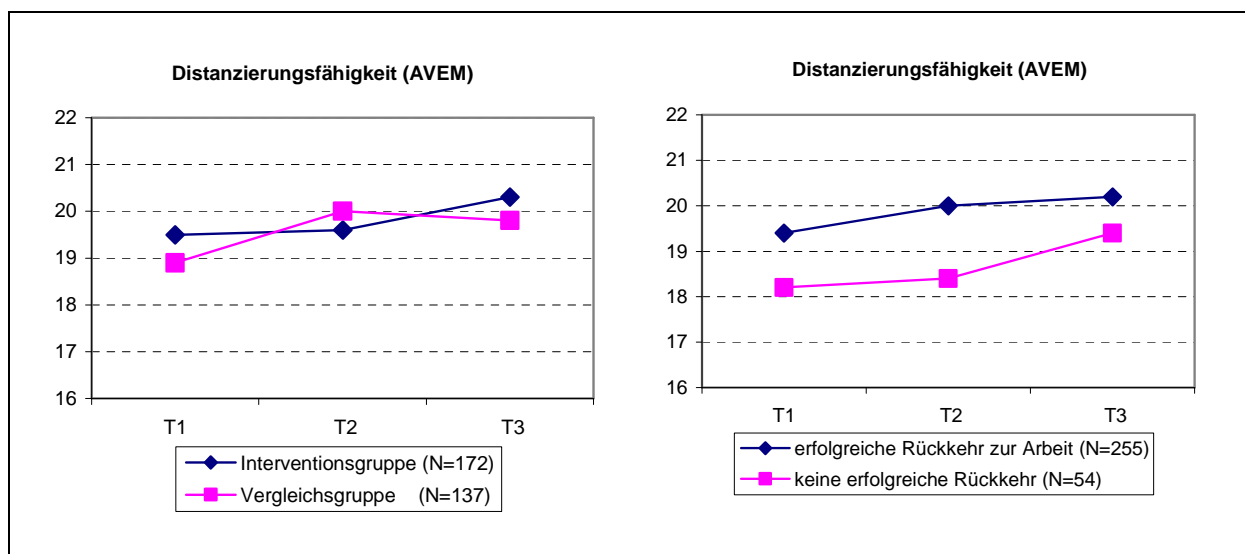


Abb. 6.25: Verlauf der Skala Distanzierungsfähigkeit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.77: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	139	15.5	4.8	139	14.6	4.5	139	14.5	4.4
	Vergleichsgruppe	104	16.4	5.2	104	15.6	5.1	104	15.8	4.6
	Gesamt	243	15.9	5.0	243	15.0	4.8	243	15.0	4.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	15.8	5.0	21	15.5	5.3	21	15.1	5.4
	Vergleichsgruppe	23	13.7	4.9	23	13.7	5.1	23	14.1	5.0
	Gesamt	44	14.7	5.0	44	14.6	5.2	44	14.6	5.2
Gesamt	Interventionsgruppe	160	15.5	4.8	160	14.7	4.6	160	14.6	4.5
	Vergleichsgruppe	127	15.9	5.2	127	15.3	5.1	127	15.5	4.7
Beruflicher Ehrgeiz^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	135	15.3	4.0	135	14.9	4.4	135	15.0	4.2
	Vergleichsgruppe	98	15.7	4.9	98	15.3	4.2	98	15.7	4.6
	Gesamt	233	15.5	4.4	233	15.1	4.3	233	15.3	4.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	14.3	4.3	21	14.0	5.1	21	13.9	4.7
	Vergleichsgruppe	21	14.8	4.1	21	15.0	4.3	21	15.2	3.9
	Gesamt	42	14.6	4.2	42	14.5	4.7	42	14.6	4.3
Gesamt	Interventionsgruppe	156	15.2	4.1	156	14.8	4.5	156	14.8	4.2
	Vergleichsgruppe	119	15.6	4.8	119	15.3	4.2	119	15.6	4.4
Verausgabungsbereitschaft^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	139	17.5	5.2	139	16.7	5.4	139	16.6	5.0
	Vergleichsgruppe	98	18.5	4.8	98	17.1	4.8	98	17.3	4.7
	Gesamt	237	17.9	5.0	237	16.9	5.1	237	16.9	4.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	20	19.2	5.5	20	17.8	6.0	20	16.6	6.2
	Vergleichsgruppe	19	17.7	4.4	19	17.1	4.7	19	16.8	4.1
	Gesamt	39	18.5	5.0	39	17.4	5.3	39	16.7	5.2
Gesamt	Interventionsgruppe	159	17.7	5.2	159	16.9	5.4	159	16.6	5.2
	Vergleichsgruppe	117	18.4	4.7	117	17.1	4.7	117	17.2	4.6
Perfektionsstreben^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	140	21.7	4.4	140	21.1	4.0	140	21.1	4.4
	Vergleichsgruppe	102	22.5	4.5	102	21.3	4.3	102	21.4	3.6
	Gesamt	242	22.0	4.5	242	21.2	4.1	242	21.3	4.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	22.8	3.9	21	20.7	6.1	21	20.4	4.8
	Vergleichsgruppe	22	23.3	3.2	22	22.0	2.7	22	21.8	3.0
	Gesamt	43	22.6	3.6	43	21.4	4.7	43	21.1	4.0
Gesamt	Interventionsgruppe	161	21.7	4.3	161	21.1	4.3	161	21.0	4.4
	Vergleichsgruppe	124	22.6	4.3	124	21.4	4.1	124	21.5	3.5

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung der **Tabelle 6.77**:

Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Distanzierungsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	141	19.6	5.3	141	19.7	5.1	141	20.2	5.2
	Vergleichsgruppe	102	19.2	5.0	102	20.5	4.7	102	20.2	4.9
	Gesamt	243	19.4	5.3	243	20.0	4.9	243	20.2	5.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	18.8	5.8	21	18.9	6.6	21	20.4	5.9
	Vergleichsgruppe	23	17.6	5.0	23	17.9	4.8	23	18.4	4.9
	Gesamt	44	18.2	5.3	44	18.4	5.7	44	19.4	5.4
Gesamt	Interventionsgruppe	162	19.5	5.4	162	19.6	5.3	162	20.3	5.3
	Vergleichsgruppe	125	18.9	5.0	125	20.0	4.8	125	19.8	5.0

^A pro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Die Analysen zur statistischen Signifikanz der Mittelwertsunterschiede auf den AVEM-Skalen zum beruflichen Engagement zeigen einen von den anderen Faktoren unabhängigen Zeiteffekt auf den Skalen Verausgabungsbereitschaft ($p < .001$), Perfektionsstreben ($p < .001$) und Distanzierungsfähigkeit ($p = .002$) auf. Bezüglich der Verausgabungsbereitschaft und des Perfektionsstrebens sinken die Angaben signifikant über den Katamnesezeitraum hinweg, während die Patienten einen signifikanten Anstieg der Distanzierungsfähigkeit berichten (Tab. 6.78). Allerdings handelt es sich um geringe Veränderungen.

Tab. 6.78: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit			
Zeit	1.940	1.976	.141
Gruppe	1	0.158	.692
Rückkehr zur Arbeit	1	1.097	.296
Zeit*Gruppe	1.940	1.009	.363
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.940	1.087	.337
Beruflicher Ehrgeiz			
Zeit	2	0.454	.636
Gruppe	1	1.187	.277
Rückkehr zur Arbeit	1	1.433	.232
Zeit*Gruppe	2	0.636	.530
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.121	.886

^A ANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle 6.78**:

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Verausgabebereitschaft			
Zeit	1.879	8.950	<.001
Gruppe	1	0.001	.978
Rückkehr zur Arbeit	1	0.084	.773
Zeit*Gruppe	1.879	0.577	.552
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.879	0.859	.418
Perfektionsstreben			
Zeit	1.909	10.947	<.001
Gruppe	1	2.118	.147
Rückkehr zur Arbeit	1	0.063	.803
Zeit*Gruppe	1.909	0.281	.745
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.909	0.872	.414
Distanzierungsfähigkeit			
Zeit	1.926	6.557	.002
Gruppe	1	0.720	.397
Rückkehr zur Arbeit	1	2.454	.118
Zeit*Gruppe	1.926	1.256	.285
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.926	1.235	.291

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Die Analysen der Daten der AHB-Patienten führen zum Teil zu anderen Ergebnissen (s. Anhang Tab. A.33 bis A.34). So ergibt sich im Vergleich zu den Berechnungen mit allen Patienten lediglich auf der Skala Verausgabebereitschaft ein signifikanter Zeiteffekt ($p=.001$). Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegen die Angaben der Patienten signifikant höher als ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3). Weiterhin ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung auf der Skala subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit zwischen dem Faktor Zeit und Rückkehr zu Arbeit ($p=.019$). Dieser entsteht dadurch, dass die Patienten, die nicht im Beruf stehen, der Arbeit über den Katamnesezeitraum hinweg eine immer größere Bedeutung beimessen, während der Stellenwert bei den wieder berufstätigen Patienten mit der Zeit sinkt.

Eine Wechselwirkung zwischen dem Zeit- und Gruppenfaktor wird hinsichtlich der Skala Perfektionsstreben deutlich ($p=.008$). Patienten der Interventionsgruppe geben ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) das höchste Maß an Perfektionsstreben an, während Patienten der Vergleichsgruppe zu Beginn der Rehabilitation (T1) im Schnitt das höchste Streben nach Perfektion berichten.

Wie allerdings bereits im Zusammenhang mit den Berechnungen aller Patienten beschrieben, handelt es sich bei den signifikanten Effekten um eher geringe Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen.

Widerstandskraft. Die Verlaufsbetrachtung der drei Skalen zur Widerstandskraft zeigt auf, dass sich die durchschnittlichen Angaben aller Patienten zu den drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) kaum in ihren Ausprägungen verändern.

Am geringsten wird die Resignationstendenz von Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten bewertet. Dabei geben letztere über den Katamnesezeitraum hinweg durchschnittlich 16 Punkte an, während die Interventionspatienten mit im Mittel 15 Punkten geringfügig darunter liegen.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) nicht wieder im Beruf sind, liegen mit durchschnittlich 16 Punkten etwas höher als die beruflich aktiven Patienten mit im Mittel 15 Punkten (Abb. 6.26 und Tab. 6.79).

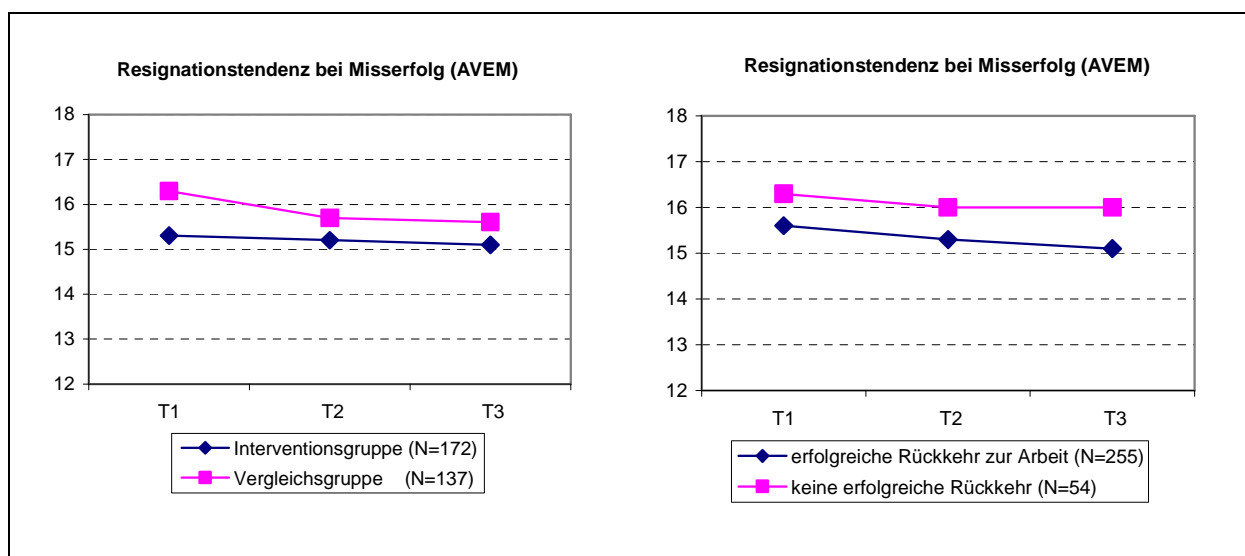


Abb. 6.26: Verlauf der Skala Resignationstendenz bei Misserfolg (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die höchsten Angaben machen die Patienten hinsichtlich der offensiven Problembewältigung. Dabei sinken die Werte der Interventionsgruppe von durchschnittlich 21 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) auf 20 Punkte ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Ähnlich ist der Verlauf bei den Vergleichsgruppenpatienten (T1 M=21.6, T3 M=20.7).

Patienten, die zu T3 beruflich aktiv sind, geben zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) im Mittel eine etwas höhere offensive Problembewältigung an im Vergleich zu denen, die ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht arbeiten (zurückgekehrt: T1 M=21.5, T3 M=20.7; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=20.7, T3 M=20.0, Abb. 6.27 und Tab. 6.79).

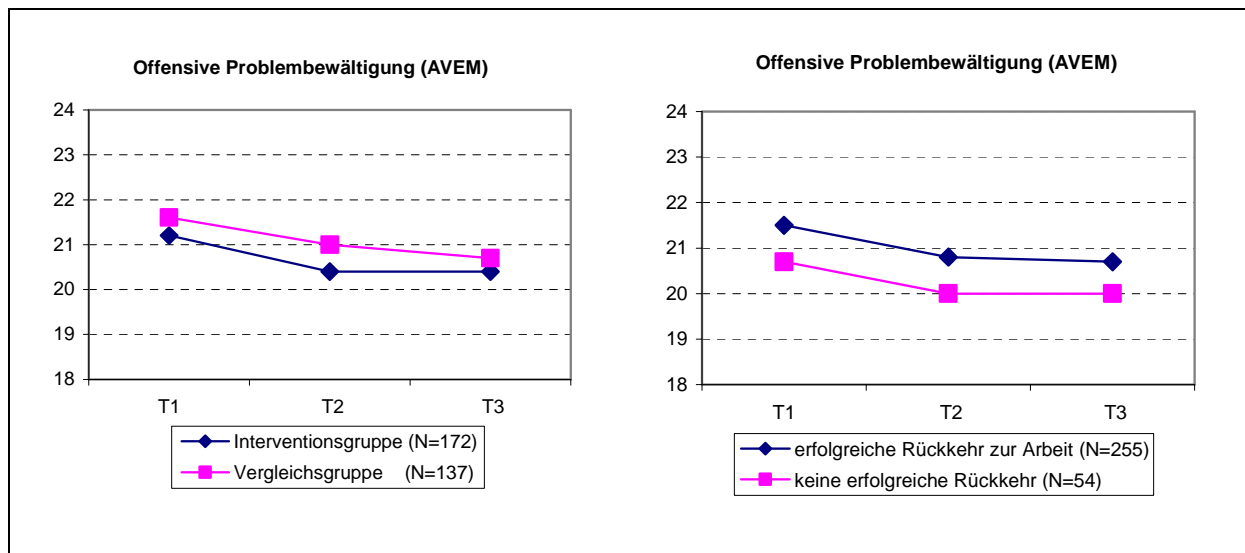


Abb. 6.27: Verlauf der Skala Offensive Problembewältigung (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Innere Ruhe und Ausgeglichenheit wird von Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) gleich hoch mit durchschnittlich 20 Punkten bewertet. Diese Angabe bleibt weitgehend konstant in beiden Gruppen über den Katamnesezeitraum hinweg.

Berufstätige Patienten beurteilen ihre innere Ruhe und Ausgeglichenheit bei der Arbeit mit durchschnittlich 20 Punkten im Vergleich zu den nicht berufstätigen Patienten zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) geringfügig höher (durchschnittlich 19 Punkten zu allen drei Erhebungszeitpunkten, Abb. 6.28 und Tab. 6.79).

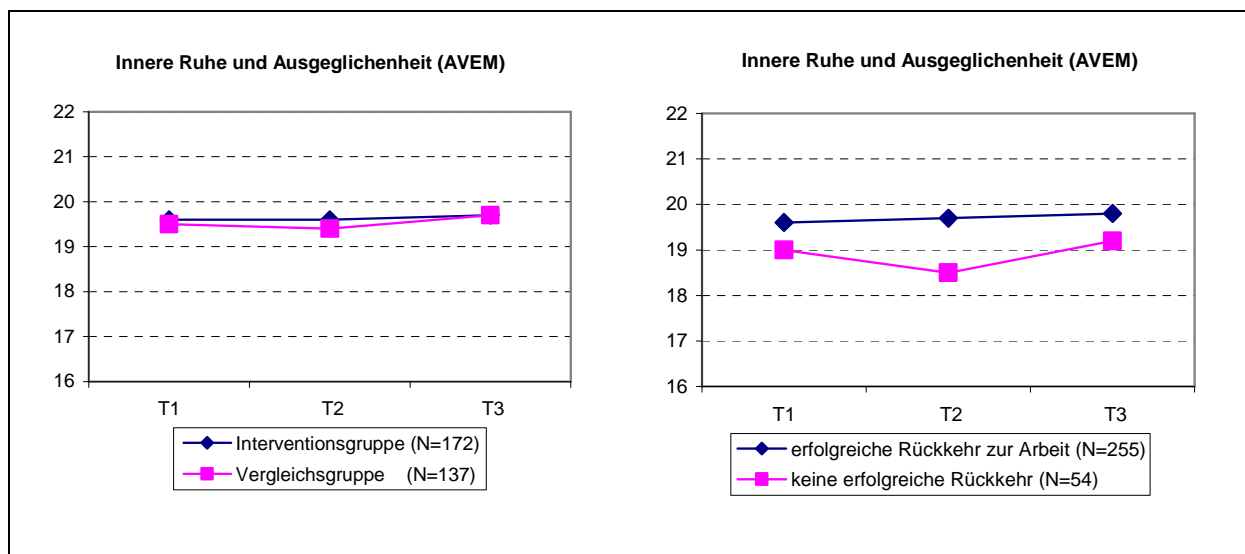


Abb. 6.28: Verlauf der Skala Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.79: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Widerstandskraft“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach 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	Interventionsgruppe	132	15.3	4.1	132	15.3	4.2	132	15.1	4.2
	Vergleichsgruppe	99	16.1	4.4	99	15.3	3.8	99	15.2	3.9
	Gesamt	231	15.6	4.2	231	15.3	4.0	231	15.1	4.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	20	15.2	4.9	20	14.3	5.5	20	15.3	5.2
	Vergleichsgruppe	22	17.3	4.7	22	17.5	4.6	22	17.2	3.6
	Gesamt	42	16.3	4.9	42	16.0	5.2	42	16.3	4.5
Gesamt	Interventionsgruppe	152	15.3	4.2	152	15.2	4.4	152	15.1	4.3
	Vergleichsgruppe	121	16.3	4.5	121	15.7	4.0	121	15.6	3.9
Offensive Problembewältigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	135	21.2	3.5	135	20.5	3.4	135	20.5	3.6
	Vergleichsgruppe	102	21.8	3.5	102	21.2	3.5	102	20.9	3.5
	Gesamt	237	21.5	3.5	237	20.8	3.5	237	20.7	3.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	20.7	3.8	21	19.7	4.8	21	19.9	3.5
	Vergleichsgruppe	24	21.8	3.2	24	20.3	2.9	24	20.1	1.7
	Gesamt	45	20.7	3.4	45	20.0	3.8	45	20.0	2.6
Gesamt	Interventionsgruppe	156	21.2	3.5	156	20.4	3.6	156	20.4	3.6
	Vergleichsgruppe	126	21.6	3.5	126	21.0	3.4	126	20.7	3.2
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	137	19.8	4.4	137	19.8	4.6	137	19.9	4.5
	Vergleichsgruppe	103	19.4	3.8	103	19.6	3.7	103	19.7	3.7
	Gesamt	240	19.6	4.2	240	19.7	4.2	240	19.8	4.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	20	18.0	6.2	20	18.3	5.8	20	18.8	5.7
	Vergleichsgruppe	24	19.9	4.8	24	18.7	5.1	24	19.6	4.6
	Gesamt	44	19.0	5.5	44	18.5	5.4	44	19.2	5.1
Gesamt	Interventionsgruppe	157	19.6	4.7	157	19.6	4.8	157	19.7	4.6
	Vergleichsgruppe	127	19.5	4.0	127	19.4	4.0	127	19.7	3.9

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Die Durchführung der Varianzanalysen zeigen einen signifikanten Effekt des Faktors Gruppe auf der Skala Resignationstendenz bei Misserfolgen ($p=.035$) sowie einen Zeiteffekt auf der Skala Offensive Problembewältigung ($p=.001$) auf (Tab. 6.80).

Bezüglich der Resignationstendenz geben die Interventionspatienten im Mittel über alle Erhebungszeitpunkte (T1 bis T3) hinweg eine weniger hohe Resignationstendenz als die Vergleichsgruppenpatienten an. Allerdings handelt es sich hierbei um einen marginalen Unterschied, der nicht relevant erscheint.

Auf der Skala Offensive Problembewältigung sinken die Angaben aller Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg. Allerdings handelt es sich auch hierbei um nur kleine Veränderungen.

Die statistischen Überprüfungen der Ergebnisse ausschließlich der AHB-Patienten führen weder zu signifikanten Haupteffekten noch zu signifikanten Wechselwirkungen (s. Anhang Tab. A.35 bis A.36).

Tab. 6.80: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit die AVEM-Skala „Widerstandskraft“ (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Resignationstendenz bei Misserfolgen			
Zeit	1.889	1.085	.336
Gruppe	1	4.468	.035
Rückkehr zur Arbeit	1	1.356	.245
Zeit*Gruppe	1.889	0.659	.510
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.889	0.711	.484
Offensive Problembewältigung			
Zeit	1.955	7.397	.001
Gruppe	1	0.780	.378
Rückkehr zur Arbeit	1	2.314	.129
Zeit*Gruppe	1.955	0.348	.701
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.955	0.047	.952
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit			
Zeit	1.854	1.603	.204
Gruppe	1	0.345	.557
Rückkehr zur Arbeit	1	1.544	.215
Zeit*Gruppe	1.854	0.868	.413
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.854	1.274	.279

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Emotionen und Wohlbefinden. Die Angaben der Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten auf der Skala Erfolgserleben im Beruf schwanken kaum über den Katamnesezeitraum hinweg. Im Durchschnitt liegen die Werte der Interventionspatienten bei 22 Punkten und die der Vergleichsgruppenpatienten im Mittel bei 21 Punkten.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) berufstätig sind, berichten zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Durchschnittswert von 22 Punkten, der sich im Laufe der Erhebung kaum ändert. Bei nicht berufstätigen Patienten sinken die Werte von 21 Punkten zu T1 auf 20 Punkte zu T3 (Abb. 6.29 und Tab. 6.81).

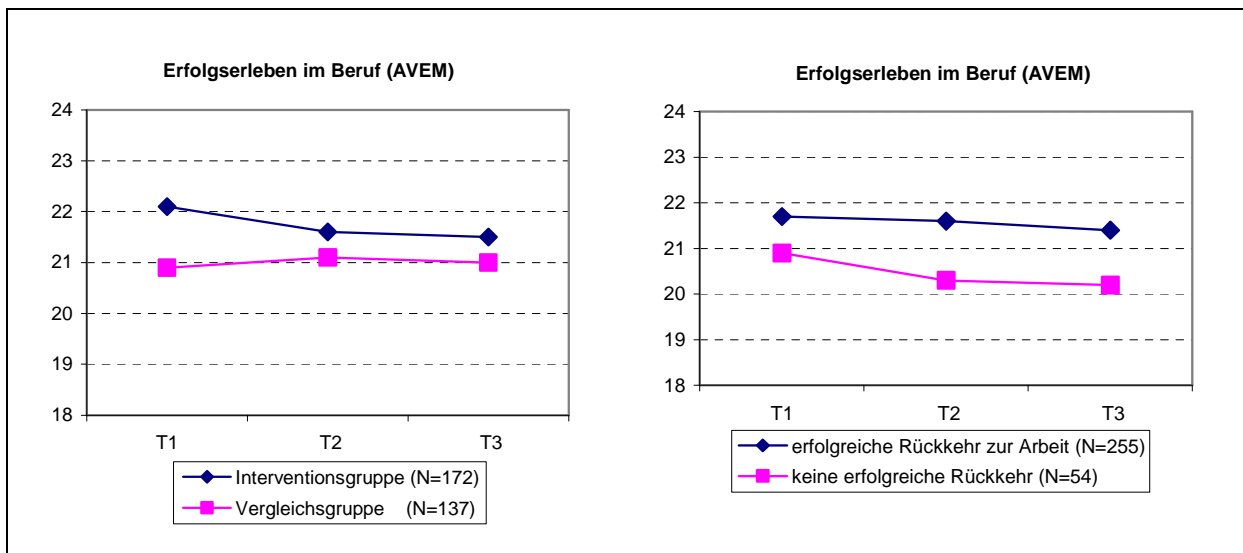


Abb. 6.29: Verlauf der Skala Erfolgsereben im Beruf (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Die Lebenszufriedenheit sinkt bei allen Patienten im Laufe des Katamnesezeitraums ab. Dabei handelt es sich in den einzelnen Gruppen allerdings jeweils um geringe Veränderungen. So liegen die Angaben der Interventionspatienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) bei 22 Punkten und bei den Vergleichsgruppenpatienten bei durchschnittlich 21 Punkten. In beiden Fällen sinken die Angaben ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) um einen Punkt (Abb. 6.30 und Tab. 6.81).

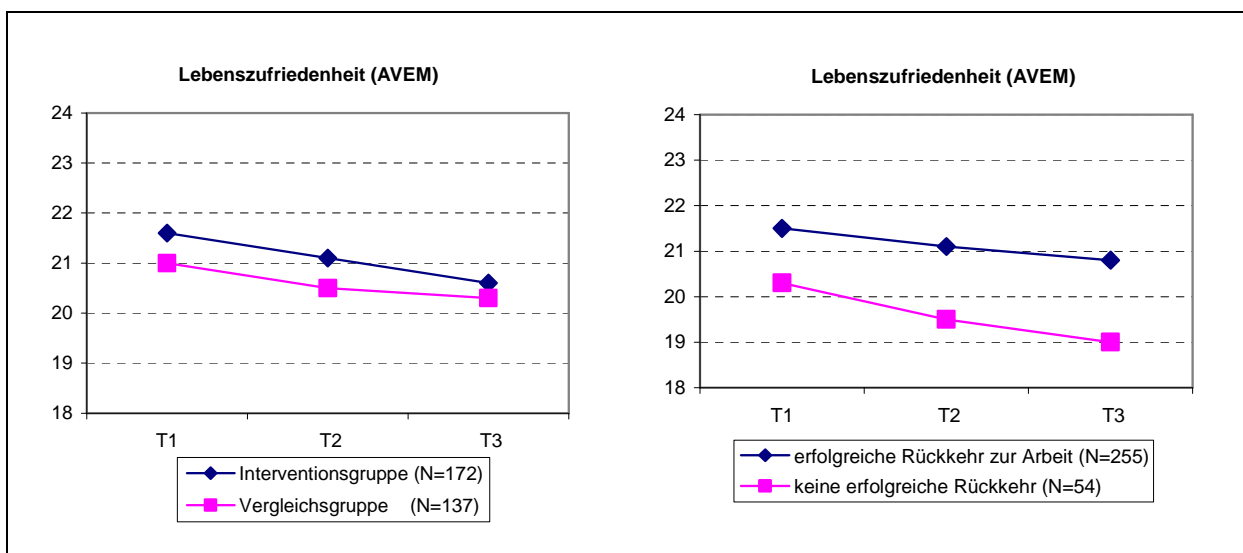


Abb. 6.30: Verlauf der Skala Lebenszufriedenheit (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Ähnlich ist es bei den ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) berufstätigen und nicht berufstätigen Patienten (Abb. 6.30 und Tab. 6.81). Auch hier sinken die Durchschnittswerte um einen Punkt im Katamnesezeitraum. Über alle Erhebungszeitpunkte (T1 bis T3) hinweg liegen die Angaben der beruflich aktiven Patienten über denen der nicht aktiven Patienten (zurückgekehrt: T1 M=21.5, T3 M=20.8; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=20.3, T3 M=19.0).

Auf den Skalen zur Erhebung der Emotionen und des Wohlbefindens werden bezüglich des Erlebens sozialer Unterstützung von den Patienten die höchsten Angaben gemacht.

Während die Interventionspatienten durchschnittlich über alle Messzeitpunkte (T1 bis T3) hinweg einen Wert von 23 Punkten berichten, sinken die Angaben der Vergleichsgruppenpatienten von 23 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) auf 22 Punkte ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3).

Die erlebte soziale Unterstützung der beruflich aktiven und nicht aktiven Patienten zu T3 wird durchweg ähnlich hoch eingeschätzt ohne größere Veränderungen im Katamnesezeitraum (zurückgekehrt: T1 M=23.1, T3 M=22.7; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=23.4, T3 M=22.7, Abb. 6.31 und Tab. 6.81).

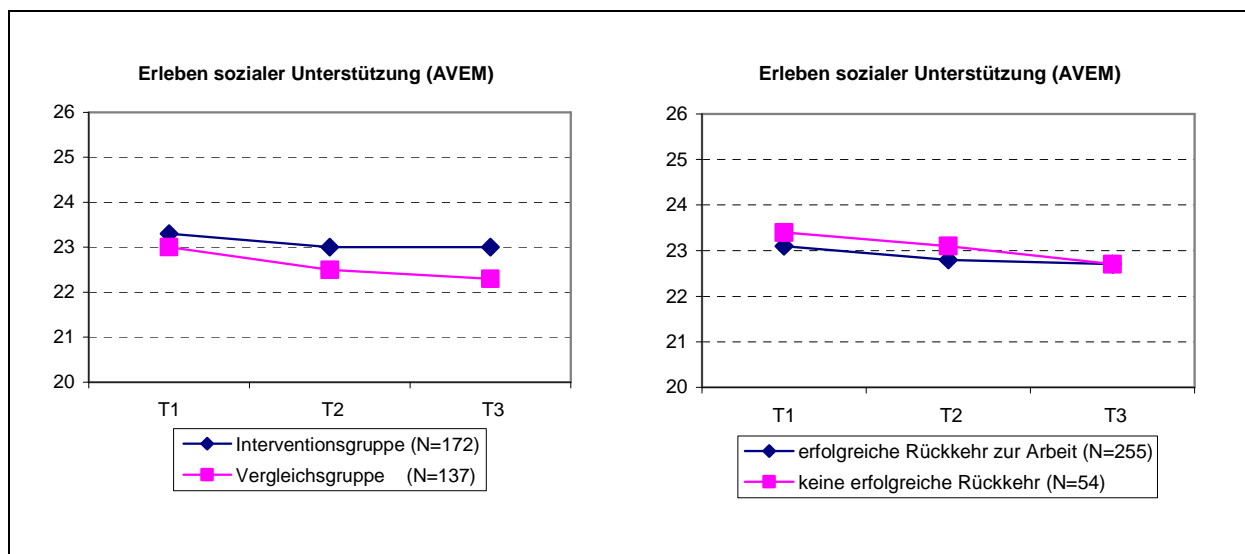


Abb. 6.31: Verlauf der Skala Erleben sozialer Unterstützung (AVEM; Skala 5-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.81: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Emotionen und Wohlbefinden										
Erfolgserleben im Beruf^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	135	22.1	3.6	135	21.7	3.8	135	21.6	3.7
	Vergleichsgruppe	103	21.2	4.4	103	21.4	3.7	103	21.2	3.9
	Gesamt	238	21.7	4.0	238	21.6	3.8	238	21.4	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	20	22.3	3.8	20	21.2	4.0	20	20.4	5.1
	Vergleichsgruppe	23	19.7	4.6	23	19.5	3.7	23	20.0	3.7
	Gesamt	43	20.9	4.4	43	20.3	3.9	43	20.2	4.4
Gesamt	Interventionsgruppe	155	22.1	3.7	155	21.6	3.9	155	21.5	3.9
	Vergleichsgruppe	126	20.9	4.4	126	21.1	3.7	126	21.0	3.8
Lebenszufriedenheit										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	137	21.6	4.0	137	21.1	4.1	137	20.8	4.1
	Vergleichsgruppe	101	21.4	3.8	101	21.0	3.7	101	20.8	3.8
	Gesamt	238	21.5	3.9	238	21.1	4.0	238	20.8	4.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	21	21.4	4.0	21	21.0	4.3	21	19.5	5.4
	Vergleichsgruppe	23	19.2	5.1	23	18.2	5.0	23	18.5	5.1
	Gesamt	44	20.3	4.7	44	19.5	4.8	44	19.0	5.2
Gesamt	Interventionsgruppe	158	21.6	4.0	158	21.1	4.1	158	20.6	4.3
	Vergleichsgruppe	124	21.0	4.1	124	20.5	4.1	124	20.3	4.2
Erleben sozialer Unterstützung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	120	23.2	4.3	120	22.9	4.2	120	22.9	4.5
	Vergleichsgruppe	89	23.0	4.0	89	22.5	4.5	89	22.4	4.1
	Gesamt	209	23.1	4.2	209	22.8	4.3	209	22.7	4.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	17	23.9	4.7	17	23.6	4.3	17	23.5	4.3
	Vergleichsgruppe	20	22.9	3.3	20	22.7	3.7	20	22.1	4.1
	Gesamt	37	23.4	4.5	37	23.1	3.9	37	22.7	4.2
Gesamt	Interventionsgruppe	137	23.3	4.4	137	23.0	4.2	137	23.0	4.5
	Vergleichsgruppe	109	23.0	4.1	109	22.5	4.3	109	22.3	4.1

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Eine varianzanalytische Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zeigt eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe auf der Skala Erfolgserleben im Beruf auf ($p=.013$; Tab. 6.82). Während das Erfolgserleben von den Interventionspatienten über den Katamnesezeitraum hinweg immer geringer eingeschätzt wird, geben die Vergleichsgruppenpatienten ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) zunächst eine Steigerung an, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder absinkt. Allerdings handelt es sich jeweils um sehr geringe Veränderungen in den Punktwerten, so dass diese nicht relevant erscheinen.

Auf der Skala Lebenszufriedenheit wird zusätzlich ein signifikanter Zeiteffekt deutlich ($p < .001$). Entsprechend sinkt die Lebenszufriedenheit über alle Patienten hinweg signifikant über den Katamnesezeitraum. Doch auch in diesem Fall handelt sich um marginale Veränderungen in den Punktwerten. Weiterhin zeigt sich unabhängig von den anderen Faktoren ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zu Arbeit ($p = .018$). Patienten, die zu T3 nicht arbeiten, weisen eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit auf im Vergleich zu den beruflich aktiven Patienten.

Die ausschließliche Betrachtung der Daten der AHB-Patienten führt auf der Skala Erfolgserleben im Beruf zu einem anderen Ergebnis. Hier machen die Berechnungen einen signifikanten Effekt des Gruppenfaktors deutlich, der dadurch zustande kommt, dass die Vergleichsgruppenpatienten über alle Messzeitpunkte hinweg (T1 bis T3) ein signifikant geringeres Erfolgserleben im Beruf berichten im Vergleich zu den Interventionspatienten ($p = .024$, s. Anhang Tab. A.37 bis A.38).

Die Skala Lebenszufriedenheit betreffend ergeben sich ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt ($p = .001$) sowie ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p = .047$), wie bereits im Rahmen der Berechnungen mit allen Patienten berichtet.

Tab. 6.82: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Erfolgserleben im Beruf			
Zeit	2	2.844	.059
Gruppe	1	3.082	.080
Rückkehr zur Arbeit	1	3.132	.078
Zeit*Gruppe	2	4.375	.013
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.905	.405
Lebenszufriedenheit			
Zeit	1.956	9.530	<.001
Gruppe	1	2.724	.100
Rückkehr zur Arbeit	1	5.639	.018
Zeit*Gruppe	1.956	2.057	.130
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.956	0.873	.416
Erleben sozialer Unterstützung			
Zeit	1.894	1.888	.155
Gruppe	1	1.208	.273
Rückkehr zur Arbeit	1	0.137	.711
Zeit*Gruppe	1.894	0.245	.771
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.894	0.146	.853

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)

Sowohl in der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe sinkt die Verausgabung über die drei Messzeitpunkte (T1 bis T3) hinweg. Allerdings handelt es sich um geringe Veränderungen (Intervention: T1: M=14.8, T2: M=14.3, T3: M=13.8; Vergleich: T1: M=15.8, T2: M=14.4, T3: M=13.9). Weiterhin unterscheiden sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich ihrer Ausprägungen kaum voneinander.

Patienten, die bereits ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) wieder arbeiten, geben im Vergleich zu den nicht berufstätigen Patienten durchschnittlich zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) eine etwas geringere Verausgabung an. So schätzen sie diese zu Beginn der Rehabilitation (T1) mit durchschnittlich 15 Punkten ein, während die beruflich nicht aktiven Patienten im Mittel bei 16 Punkten liegen. Zu T3 sinken die Werte in beiden Gruppen um je einen Punkt. Sowohl die Veränderungen über den Katamnesezeitraum wie auch die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind gering (Abb. 6.32 und Tab. 6.83).

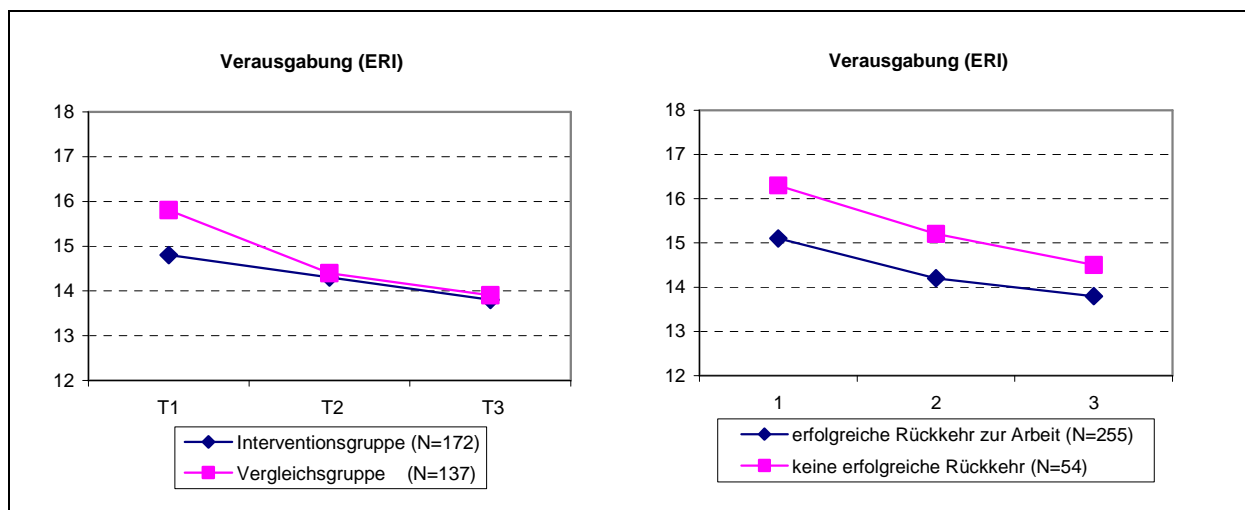


Abb. 6.32: Verlauf der Verausgabung (ERI, Skala 6-30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitation sende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Hinsichtlich der empfundenen Belohnung im Rahmen der Arbeit geben die Interventionspatienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) mit durchschnittlich 49 Punkten einen etwas höheren Wert an im Vergleich zu 46 Punkten in der Vergleichsgruppe. Während der Wert in der Interventionsgruppe über den Katamnesezeitraum zunächst geringfügig ansteigt und ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) wieder abfällt, steigt er in der Vergleichsgruppe kontinuierlich auf 48 Punkte zu T3 an (Abb. 6.33 und Tab. 6.83)

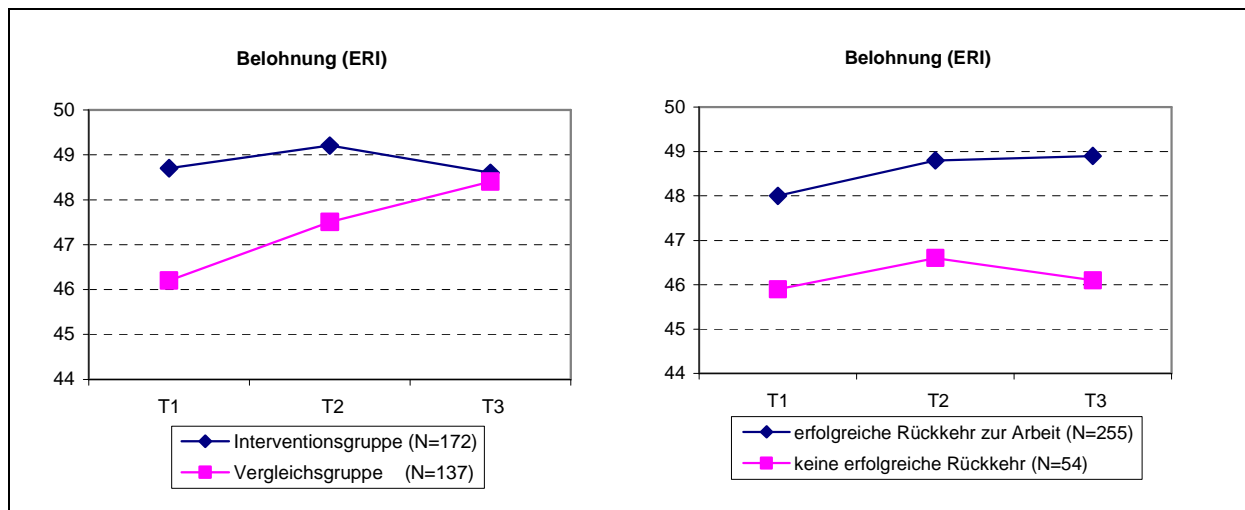


Abb. 6.33: Verlauf der Belohnung (ERI, Skala 11-55) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) berufstätig sind, geben zu Beginn der Rehabilitation (T1) einen Durchschnittswert von 48 Punkten an. Dieser liegt bei den nicht arbeitenden Patienten im Mittel bei 46 Punkten. Entsprechend unterscheiden sich beide Gruppen nur geringfügig voneinander, was ebenfalls auf den weiteren Verlauf der Angaben zutrifft (Abb. 6.33 und Tab. 6.83).

Den Risiko-Index betreffend, liegen die Patienten der Interventions- wie auch Vergleichsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten im Durchschnitt unter dem Cut-Off-Wert von 1 und weisen somit kein erhöhtes Risiko für eine berufliche Gratifikationskrise auf. Zwar liegen die Werte für die Patienten der Vergleichsgruppe mit 0.65 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) und 0.57 Punkten ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) etwas höher als die Ergebnisse für die Interventionspatienten mit im Mittel 0.57 Punkten zu T1 und 0.54 Punkten zu T3, doch diese Unterschiede sind sehr gering.

Die Werte für berufstätige und nicht berufstätige Patienten fallen über den Katamnesezeitraum nur sehr geringfügig ab und unterscheiden sich in den Ausprägungen ebenfalls nur wenig voneinander. Während die Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende arbeiten im Mittel zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) bei Werten zwischen 0.59 und 0.54 Punkten liegen, liegen die Werte der nicht arbeitenden Patienten konstant über 0.6 Punkten. Auch diese Patientengruppen liegen im Mittel unter dem Cut-Off-Wert von 1 und weisen somit kein erhöhtes Risiko für eine berufliche Gratifikationskrise auf (Abb. 6.34 und Tab. 6.83).

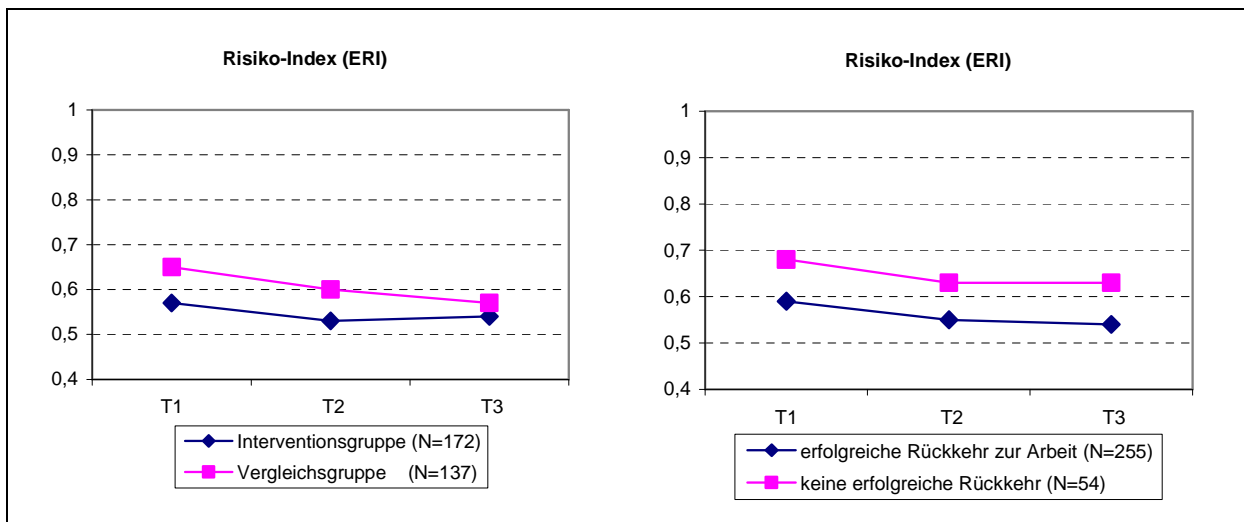


Abb. 6.34: Verlauf des Risiko-Index (ERI; Skala: Risiko ab ≥ 1) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Sowohl bei Patienten der Interventions- als auch Vergleichsgruppe sinkt die übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft marginal über den Katamnesezeitraum hinweg.

Bei Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende nicht berufstätig sind, sinkt die übersteigerte Verausgabungsbereitschaft am deutlichsten (T1 M=15.5, T2 M=14.7, T3 M=14.1), während die Angaben der berufstätigen Patienten nahezu stagnieren und im Vergleich geringer ausfallen (T1 M=14.0, T2 M=14.0, T3 M=13.7, Abb. 6.35 und Tab. 6.83).

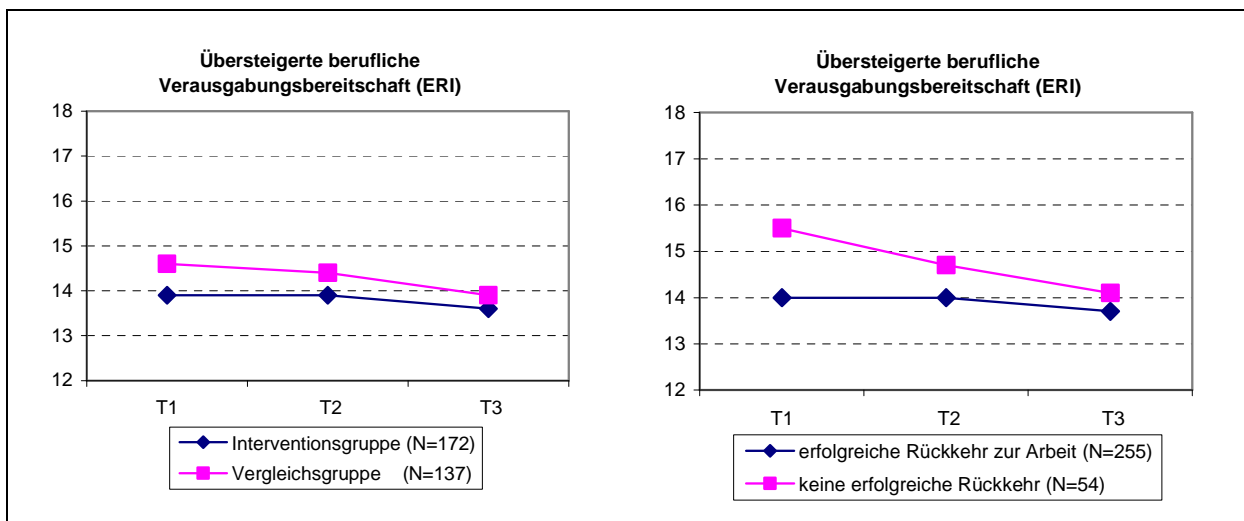


Abb. 6.35: Verlauf der Verausgabungsbereitschaft (ERI; Skala 6-24) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.83: Deskriptive Statistik der ERI-Skalen und des Risiko-Index zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Verausgabung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	134	14.8	5.2	134	14.5	5.5	134	13.9	5.5
	Vergleichsgruppe	97	15.5	5.0	97	13.9	4.4	97	13.6	4.6
	Gesamt	231	15.1	5.1	231	14.2	5.1	231	13.8	5.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	17	15.1	5.8	17	13.3	5.5	17	13.4	6.9
	Vergleichsgruppe	21	17.2	5.2	21	16.7	5.6	21	15.3	6.2
	Gesamt	38	16.3	5.5	38	15.2	5.8	38	14.5	6.5
Gesamt	Interventionsgruppe	151	14.8	5.2	151	14.3	5.5	151	13.8	5.7
	Vergleichsgruppe	118	15.8	5.0	118	14.4	4.8	118	13.9	4.9
Belohnung^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	114	48.7	6.5	114	49.2	5.8	114	48.7	6.8
	Vergleichsgruppe	72	46.9	7.2	72	48.2	6.8	72	49.2	6.2
	Gesamt	186	48.0	6.8	186	48.8	6.2	186	48.9	6.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	16	48.8	5.4	16	48.8	5.5	16	47.6	8.0
	Vergleichsgruppe	14	42.6	7.5	14	44.1	7.3	14	44.3	7.8
	Gesamt	30	45.9	7.0	30	46.6	6.7	30	46.1	7.9
Gesamt	Interventionsgruppe	130	48.7	6.4	130	49.2	5.8	130	48.6	7.0
	Vergleichsgruppe	86	46.2	7.3	86	47.5	7.0	86	48.4	6.6
Risiko-Index^C										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	107	0.56	0.25	107	0.54	0.25	107	0.54	0.29
	Vergleichsgruppe	70	0.63	0.25	70	0.56	0.26	70	0.54	0.24
	Gesamt	177	0.59	0.25	177	0.55	0.25	177	0.54	0.27
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	15	0.58	0.30	15	0.52	0.27	15	0.57	0.40
	Vergleichsgruppe	14	0.79	0.25	14	0.75	0.29	14	0.69	0.35
	Gesamt	29	0.68	0.29	29	0.63	0.30	29	0.63	0.38
Gesamt	Interventionsgruppe	122	0.57	0.25	122	0.53	0.25	122	0.54	0.31
	Vergleichsgruppe	84	0.65	0.26	84	0.60	0.27	84	0.57	0.27
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft^D										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	139	13.9	3.6	139	13.9	3.0	139	13.7	3.0
	Vergleichsgruppe	101	14.2	3.8	101	14.1	2.9	101	13.7	2.8
	Gesamt	240	14.0	3.7	240	14.0	3.0	240	13.7	3.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	19	14.6	4.9	19	13.6	4.2	19	13.2	4.1
	Vergleichsgruppe	20	16.5	3.9	20	15.8	3.4	20	14.9	3.4
	Gesamt	39	15.5	4.5	39	14.7	3.9	39	14.1	3.8
Gesamt	Interventionsgruppe	158	13.9	3.8	158	13.9	3.1	158	13.6	3.2
	Vergleichsgruppe	121	14.6	3.9	121	14.4	3.0	121	13.9	3.0

^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 Varianzanalytische Überprüfung der Mittelwertsunterschiede führt zu einem signifikanten Zeiteffekt bezüglich der Verausgabung ($p < .001$, Tab. 6.84). Die von den Patienten bei der Arbeit berichtete Verausgabung sinkt signifikant über den Katamnesezeitraum, wobei es sich um marginale Veränderungen handelt.

Hinsichtlich der empfundenen Belohnung zeigen sich ein Gruppeneffekt ($p = .019$), ein Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p = .037$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Zeit- und dem Gruppenfaktor ($p = .050$). Bezüglich des Gruppeneffekts zeigen die Ergebnisse, dass die Interventionspatienten im Durchschnitt einen signifikant höheren Wert erreichen als die Vergleichsgruppenpatienten. Allerdings sind die Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) so gering, dass dieser Effekt nicht relevant erscheint. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe kommt dadurch zustande, dass das Ausmaß an empfundener Belohnung in der Interventionsgruppe ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) zunächst ansteigt und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) wieder abfällt, während die Vergleichsgruppe von einer stetigen Verbesserung berichtet.

Bezogen auf den signifikanten Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit liegen die Angaben der berufstätigen Patienten signifikant über denen der nicht beruflich aktiven Patienten.

Weiterhin ergeben sich ein signifikanter Zeit- ($p = .024$) und Gruppeneffekt ($p = .020$) hinsichtlich des Risiko-Index. Der Risiko-Index sinkt unabhängig von den anderen Faktoren signifikant über die Zeit hinweg und die Interventionspatienten weisen im Durchschnitt einen geringeren Risiko-Index auf als die Vergleichsgruppenpatienten.

Die übersteigerte Verausgabungsbereitschaft betreffend lassen sich ebenfalls ein Zeit- ($p = .001$) und ein Gruppeneffekt ($p = .037$) nachweisen. Während die Angaben über den Katamnesezeitraum signifikant sinken, berichten die Patienten der Vergleichsgruppe eine durchschnittlich höhere übersteigerte Verausgabungsbereitschaft als die Interventionspatienten. Allerdings handelt es sich um marginale Mittelwertsunterschiede.

Tab. 6.84: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die ERI-Skalen und den Risiko-Index (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Verausgabung			
Zeit	1.921	11.049	<.001
Gruppe	1	2.239	.136
Rückkehr zur Arbeit	1	0.929	.336
Zeit*Gruppe	1.921	0.481	.611
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.921	0.136	.865

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle 6.84:**

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die ERI-Skalen und den Risiko-Index (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Belohnung			
Zeit	1.568	1.568	.212
Gruppe	1	5.568	.019
Rückkehr zur Arbeit	1	4.400	.037
Zeit*Gruppe	1.818	3.145	.050
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.818	0.435	.626
Risiko-Index			
Zeit	1.872	3.871	.024
Gruppe	1	5.488	.020
Rückkehr zur Arbeit	1	3.254	.073
Zeit*Gruppe	1.872	1.773	.174
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.872	0.006	.992
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft			
Zeit	1.809	7.255	.001
Gruppe	1	4.377	.037
Rückkehr zur Arbeit	1	2.721	.100
Zeit*Gruppe	1.809	0.256	.752
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.809	2.932	.060

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Werden lediglich die AHB-Patienten in die Analysen einbezogen, ergeben sich zum Teil unterschiedliche Ergebnisse (s. Anhang Tab. A.39 bis A.40). Der signifikante Zeiteffekt auf der Skala Verausgabung, wird auch in diesem Zusammenhang deutlich ($p=.004$) sowie ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zu Arbeit auf der Belohnungsskala ($p=.009$). Darüber hinaus ergibt sich ohne den Einbezug der AHV-Patienten eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe ($p=.011$) die Belohnung betreffend. Diese ergibt sich daraus, dass die Interventionspatienten über den Katamnesezeitraum hinweg weniger Belohnung am Arbeitsplatz erleben, während die Vergleichsgruppenpatienten von einem Anstieg berichten.

Bezüglich des Risiko-Index ergibt sich im Gegensatz zu den vorherigen Berechnungen kein Zeit- oder Gruppeneffekt, sondern ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p=.011$). Die Daten zeigen einen deutlichen Unterschied in den Ausprägungen der Werte zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Patienten auf. Letztere liegen im Durchschnitt signifikant höher.

Auf der Skala der übersteigerten Verausgabungsbereitschaft wird neben einem signifikanten Zeiteffekt ($p=.027$) zusätzlich ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p=.023$) deutlich. Die Patienten, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) nicht arbei-

ten, weisen unabhängig von allen anderen Faktoren im Mittel eine signifikant höhere übersteigerte Verausgabungsbereitschaft auf als die Patienten, die zu T3 berufstätig sind.

Unterskalen der Belohnung

Bezüglich der Belohnungs-Unterskala Anerkennung zeigt sich, dass die Interventions- und Vergleichsgruppe sich in ihren Ausprägungen sehr ähneln und über den Katamnesezeitraum hinweg kaum Veränderungen aufweisen. Zu Beginn der Rehabilitation (T1) liegen die Interventionspatienten mit im Mittel 23 Punkten geringfügig höher als die Vergleichsgruppenpatienten mit durchschnittlich 22 Punkten. Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) geben beide Gruppen im Schnitt eine Ausprägung von 23 Punkten an.

Die zu T3 berufstätigen Patienten weisen im Mittel über die drei Messzeitpunkte hinweg einen Wert von 23 Punkten auf, während die Patienten, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) nicht im Beruf stehen, durchschnittlich zwischen 21 und 22 Punkten liegen und somit geringfügig unter den Angaben der berufstätigen Patienten (Abb. 6.36 und Tab. 6.85).

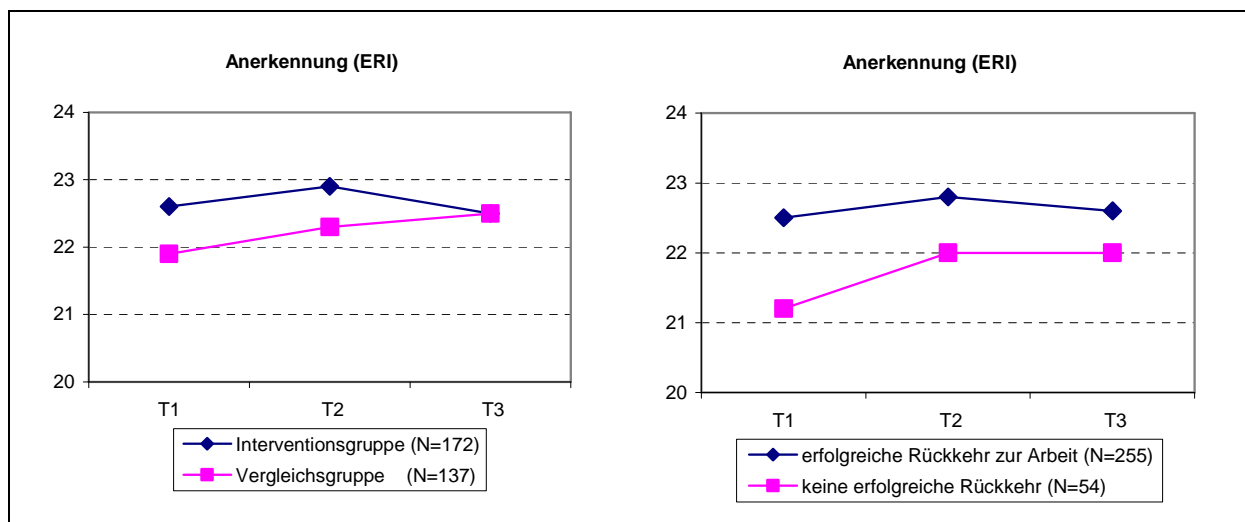


Abb. 6.36: Verlauf der Anerkennung (ERI; Skala 0-25) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitationsende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Auf der Unterskala Bezahlung/Aufstieg geben die Interventionspatienten zu allen drei Messzeitpunkten (T1 bis T3) einen durchschnittlichen Punktwert von 17 an. Bei den Vergleichsgruppenpatienten steigt die Ausprägung von 17 Punkten zu Beginn der Rehabilitation (T1) auf 18 Punkte ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3). Hierbei handelt es sich allerdings lediglich um eine marginale Veränderung.

Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) arbeiten und diejenigen, die nicht berufstätig sind, unterscheiden sich ebenfalls kaum in ihren Punktwerten. In beiden Fällen bleiben die Angaben von 17 Punkten über den Erhebungszeitraum hinweg konstant (Abb. 6.37 und Tab. 6.85).

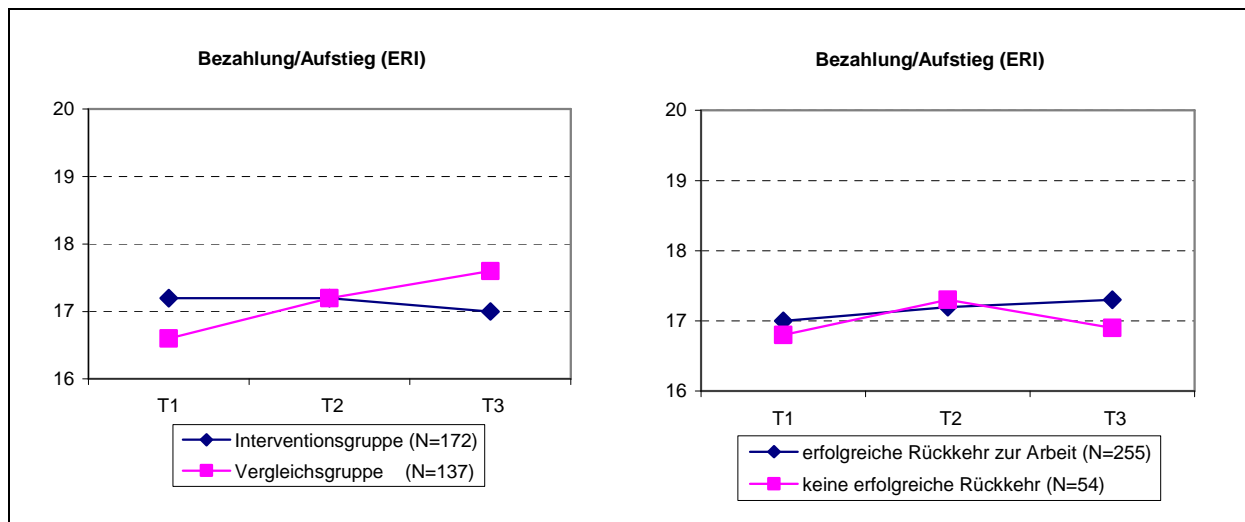


Abb. 6.37: Verlauf der Bezahlung/Aufstieg (ERI; Skala 0-20) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitation sende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Hinsichtlich der Unterskala Arbeitsplatzsicherheit wird deutlich, dass die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe wiederum sehr ähnliche Ausprägungen über alle drei Erhebungszeitpunkte (T1 bis T3) aufweisen. Durchschnittlich geben alle Patienten 9 Punkte auf der Skala an.

Ein Vergleich von berufstätigen und nicht berufstätigen Patienten zeigt, dass die nicht berufstätigen Patienten geringere Ausprägungen aufweisen im Vergleich zu den berufstätigen Patienten (zurückgekehrt: T1 M=8.5, T3 M=8.9; noch nicht zurückgekehrt: T1 M=8.1, T3 M=7.1, Abb. 6.38 und Tab. 6.85).

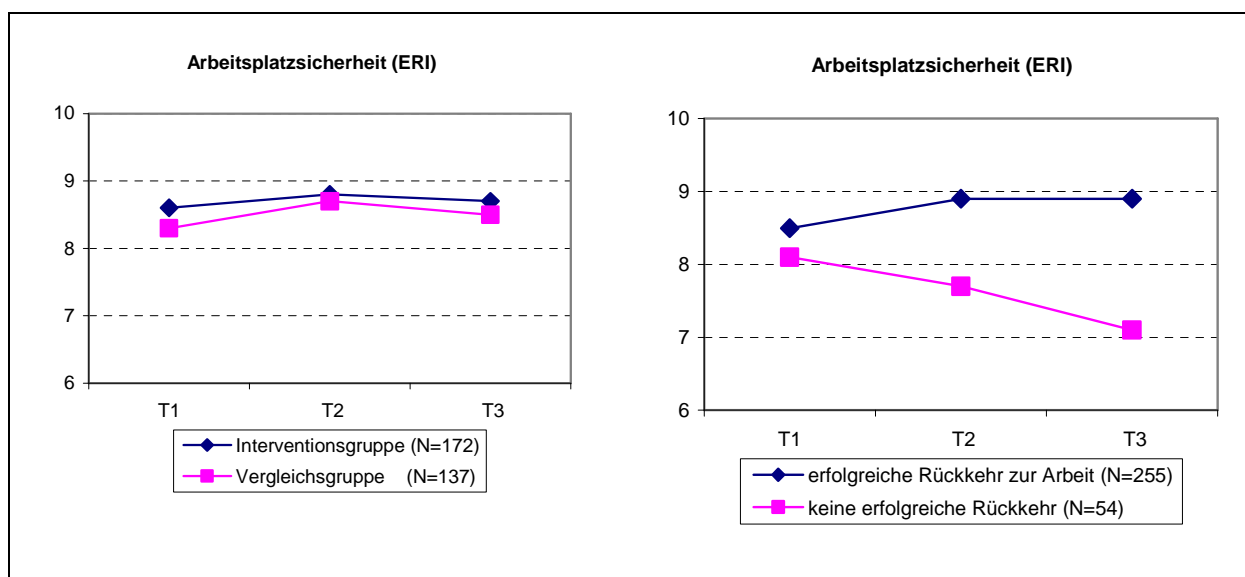


Abb. 6.38: Verlauf der Arbeitsplatzsicherheit (ERI, Skala 0-10) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten sowie bei 12 Monate nach Rehabilitation sende in den Beruf zurückgekehrten und nicht zurückgekehrten Patienten (N=309)

Tab. 6.85: Deskriptive Statistik der Unterskalen „Belohnung“ des ERI zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (N=309)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Unterskalen der Skala „Belohnung“^A										
Anerkennung										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	133	22.7	3.3	133	22.8	3.2	133	22.5	3.6
	Vergleichsgruppe	90	22.2	3.4	90	22.7	3.4	90	22.8	3.3
	Gesamt	223	22.5	3.4	223	22.8	3.2	223	22.6	3.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	17	21.9	3.6	17	23.5	2.0	17	22.9	3.6
	Vergleichsgruppe	18	20.6	4.7	18	20.6	4.0	18	21.2	4.8
	Gesamt	35	21.2	4.1	35	22.0	3.5	35	22.0	4.3
Gesamt	Interventionsgruppe	150	22.6	3.3	150	22.9	3.0	150	22.5	3.5
	Vergleichsgruppe	108	21.9	3.7	108	22.3	3.6	108	22.5	3.6
Bezahlung/Aufstieg										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	125	17.2	2.7	125	17.2	2.8	125	17.0	3.1
	Vergleichsgruppe	86	16.6	3.3	86	17.1	3.0	86	17.7	2.9
	Gesamt	211	17.0	2.9	211	17.2	2.9	211	17.3	3.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	16	17.0	2.3	16	17.2	2.5	16	16.7	2.8
	Vergleichsgruppe	16	16.5	2.7	16	17.5	2.3	16	17.1	3.1
	Gesamt	32	16.8	2.5	32	17.3	2.4	32	16.9	2.9
Gesamt	Interventionsgruppe	141	17.2	2.6	141	17.2	2.8	141	17.0	3.0
	Vergleichsgruppe	102	16.6	3.2	102	17.2	2.9	102	17.6	2.9
Arbeitsplatzsicherheit										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	139	8.5	2.2	139	8.9	1.9	139	8.9	2.1
	Vergleichsgruppe	99	8.5	2.3	99	8.9	1.9	99	9.0	1.9
	Gesamt	238	8.5	2.2	238	8.9	1.9	238	8.9	2.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	18	9.3	1.3	18	8.1	2.4	18	7.8	2.8
	Vergleichsgruppe	20	7.1	2.5	20	7.4	3.1	20	6.4	2.9
	Gesamt	38	8.1	2.3	38	7.7	2.8	38	7.1	2.9
Gesamt	Interventionsgruppe	157	8.6	2.1	157	8.8	2.0	157	8.7	2.2
	Vergleichsgruppe	119	8.3	2.4	119	8.7	2.2	119	8.5	2.3

^A11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

Die Überprüfung der Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz führt zu einer signifikanten Wechselwirkung zwischen dem Zeit- und Gruppenfaktor auf der Unterskala Belohnung/Aufstieg ($p=.031$, Tab. 6.86). Diese ergibt sich daraus, dass die Interventionspatienten kaum Veränderungen über den Katamnesezeitraum berichten, während die Vergleichsgruppenpatienten einen Anstieg zu verzeichnen haben.

Auf der Skala Arbeitsplatzsicherheit kommt es zu einem signifikanten Gruppeneffekt ($p=.025$). Interventionspatienten geben eine signifikant höhere Arbeitsplatzsicherheit an als die Vergleichsgruppenpatienten. Es handelt sich allerdings um marginale Unterschiede zwischen den Gruppen, die nicht relevant erscheinen.

Weiterhin sind ein Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p < .001$) sowie eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Rückkehr zur Arbeit ($p < .001$) signifikant. Diese liegen darin begründet, als dass Patienten, die ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) berufstätig sind, einen Anstieg der Sicherheit berichten, während nicht berufstätige Patienten das Gegenteil im Laufe des Katamnesezeitraums erleben.

Tab. 6.86: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Unterskalen der „Belohnung“ des ERI (N=309)

Quelle der Varianz	df	F	p*
Unterskalen der Skala „Belohnung“			
Anerkennung			
Zeit	1.904	2.457	.089
Gruppe	1	3.675	.056
Rückkehr zur Arbeit	1	2.459	.118
Zeit*Gruppe	1.904	1.352	.260
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.904	0.623	.529
Bezahlung/Aufstieg			
Zeit	2	2.253	.106
Gruppe	1	0.001	.971
Rückkehr zur Arbeit	1	0.104	.748
Zeit*Gruppe	2	3.496	.031
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	1.198	.303
Arbeitsplatzsicherheit			
Zeit	1.820	1.820	.166
Gruppe	1	5.070	.025
Rückkehr zur Arbeit	1	12.679	<.001
Zeit*Gruppe	1.820	2.265	.109
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.820	8.166	<.001

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Bei ausschließlicher Betrachtung der AHB-Patienten führen die Berechnungen an einigen Stellen zu unterschiedlichen Ergebnissen (s. Anhang Tab. A.41 bis A.42). Zum einen wird auf der Unterskala Anerkennung ein signifikanter Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p = .022$) deutlich. Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) beschreiben nicht arbeitende Patienten eine signifikant geringere Anerkennung im Vergleich zu den berufstätigen Patienten.

Auf der Skala Arbeitsplatzsicherheit ergeben die Analysen ohne AHV-Patienten ebenfalls einen signifikanten Effekt des Faktors Rückkehr zur Arbeit ($p < .001$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Rückkehr zur Arbeit und Zeit ($p = .002$)

Fazit zur Entwicklung der beruflichen Belastung. Hinsichtlich der untersuchten Parameter zeigen die Analysen zwar an einigen Stellen Veränderungen über den Katamnesezeitraum hinweg, allerdings handelt es sich dabei häufig um marginale Unterschiede im Vergleich zu den Angaben zu Beginn der Rehabilitation (T1). So sinken beispielsweise mit der Zeit die

Verausgabungsbereitschaft, das Perfektionsstreben und die offensive Problembewältigung. Ansonsten werden relativ konstante Angaben ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Ende der Rehabilitation gemacht. Entsprechend scheinen berufliche Erlebens- und Verhaltensmuster sowie berufliche Belastungen sich auch ein Jahr nach Ende der Rehabilitation nicht wesentlich verändert zu haben.

Der Vergleich zwischen der Entwicklung bei Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten weist daraufhin, dass die Patienten der Interventionsgruppe hinsichtlich einiger Parameter bessere Werte als die Vergleichsgruppenpatienten aufweisen. So berichten letztere von einer geringeren Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, einer höheren Resignationstendenz bei Misserfolgen im Beruf, einer größeren übersteigerten beruflichen Verausgabungsbereitschaft und weniger Arbeitsplatzsicherheit. Weiterhin geben sie eine weniger hohe Belohnung im Beruf an und weisen einen höheren Risiko-Index auf. Allerdings handelt es sich überwiegend um geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen.

Ähnliches gilt für den Vergleich von berufstätigen und nicht berufstätigen Patienten. Hier geben die nicht beruflich aktiven Patienten auf einigen Skalen geringere und somit schlechtere Werte an im Vergleich zu den berufstätigen Patienten. Dies wird beispielsweise bezüglich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, der finanziellen Lage, der Lebenszufriedenheit, Belohnung am Arbeitsplatz und der Arbeitsplatzsicherheit deutlich. Hierbei handelt es sich vor allem um Aspekte, die durch die fehlende berufliche Aktivität zustande kommen. Dennoch ist auch an dieser Stelle anzumerken, dass die gefundenen Mittelwertsunterschiede in vielen Bereichen trotz statistischer Signifikanz nicht relevant erscheinen, da sie sehr gering sind.

Die Analysen der Daten ausschließlich für die AHB-Patienten führen auf einigen Skalen zu unterschiedlichen Effekten im Vergleich zu den Berechnungen mit allen Patienten. Allerdings ergeben sich auch in diesem Zusammenhang eher geringe Mittelwertsunterschiede, die signifikant werden. Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe finden sich bezüglich der Arbeitszufriedenheit, des Perfektionsstrebens, dem Erfolgserleben im Beruf und der empfundenen Belohnung am Arbeitsplatz. Die Interventionspatienten berichten eine etwas höhere Zufriedenheit mit der Arbeit, die sich jedoch nur marginal von der Vergleichsgruppe unterscheidet. Das Perfektionsstreben betreffend geben die Vergleichsgruppenpatienten etwas höhere Werte an, was ebenfalls für die empfundene Höhe an Belohnung am Arbeitsplatz gilt. Den beruflichen Erfolg stufen allerdings die Interventionspatienten etwas höher ein.

6.7.5 Berufliche Leistungsfähigkeit

Ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) schätzen sich 40% der Patienten in der Interventionsgruppe und 31% der Vergleichsgruppenpatienten als voll leistungsfähig ein. Über die

Hälfte der Patienten beider Gruppen berichtet von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Im Vergleich zu den Ergebnissen zu Beginn der Rehabilitation (T1) ist in beiden Gruppen eine Steigerung der Leistungsfähigkeit über den Katamnesezeitraum hinweg zu verzeichnen. So schätzten sich zu T1 knapp zwei Drittel der Patienten als eingeschränkt leistungsfähig ein und lediglich 15% in der Interventionsgruppe sowie 7% in der Vergleichsgruppe gaben an, voll leistungsfähig zu sein. Während sich zwischen den Patienten beider Gruppen zu Beginn der Rehabilitation (T1) in der eigenen Leistungseinschätzung ein Unterschied abzeichnet (auf Basis der 477 Patienten in Kapitel 6.1.2 Subjektive Angaben zur Erwerbsfähigkeit als signifikanter Unterschied), nähern sich die Angaben ein Jahr nach Rehabilitationsende einander an (Tab. 6.87). Entsprechend unterscheiden sich die Patienten beider Gruppen nach Ende der Rehabilitation nicht in der Leistungseinschätzung voneinander.

Die Analyse der Daten ausschließlich für die AHB-Patienten zeigt einen anderen Trend auf (s. Anhang Tab. A.43). So wird deutlich, dass sich die AHB-Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe zu Beginn der Rehabilitation (T1) hinsichtlich ihrer Leistungseinschätzungen nicht voneinander unterscheiden. In beiden Gruppen gibt die Mehrheit der Patienten eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit an. Ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) entwickelt sich die Leistungsfähigkeit in der Interventionsgruppe jedoch positiver als in der Vergleichsgruppe. Während 46% der Interventionsgruppe angeben, sich inzwischen als voll leistungsfähig einzuschätzen, trifft dies lediglich auf 29% der Vergleichsgruppenpatienten zu. Hier ist die Mehrheit der Patienten der Meinung, eingeschränkt leistungsfähig zu sein (Intervention: 41%, Vergleich: 61%, $p=.030$).

Tab. 6.87: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Rehabilitation (T1) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (N=309)

	Interventions- gruppe (N=172)		Vergleichs- gruppe (N=137)			Interventions- gruppe (N=172)		Vergleichs- gruppe (N=137)		
	Leistungseinschätzung zu T1					Leistungseinschätzung zu T3				
	n	%	n	%	p^A	n	%	n	%	p^A
voll leistungsfähig	26	15.4	9	6.7	.059	67	39.6	42	30.7	.219
eingeschränkt leistungsfähig	125	74.0	109	80.7		88	52.1	79	57.7	
gar nicht leistungsfähig	18	10.7	17	12.6		14	8.3	16	11.7	

^AChi²-Test

6.7.6 Krankenstand der ein Jahr nach Rehabilitationsende zurückkehrten Patienten

Von den Patienten, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) wieder im Beruf stehen, sind 88% der Interventionspatienten und 90% der Vergleichsgruppenpatienten zum Zeitpunkt der T3-Befragung nicht krank geschrieben. Während die meisten der krank geschriebenen Vergleichsgruppenpatienten angeben, zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr als 5 Wochen krank geschrieben zu sein, betrifft dies 5% der Interventionspatienten. Weitere 7% der Interventionsgruppe sind bereits seit über 6 Wochen arbeitsunfähig, was lediglich auf 2% der Vergleichsgruppe zutrifft (Abb. 6.39). Der Unterschied in der Verteilung des Krankenstandes in beiden Gruppen ist nicht signifikant (Exakter Test nach Fisher=4.489, *ns*).

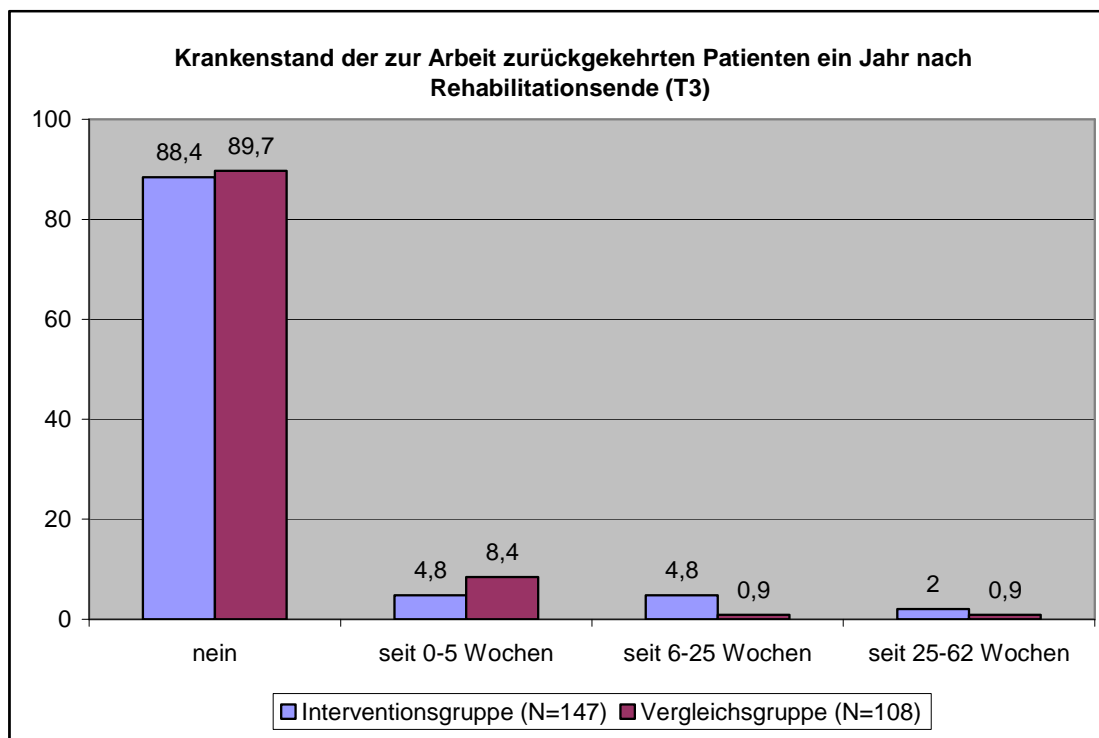


Abb. 6.39: Krankenstand ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) der bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe (N=255)

Die Betrachtung des aktuellen Krankenstandes zu T3 ausschließlich für die AHB-Patienten ergibt ein etwas anderes Bild (Abb. 6.40). Von den AHB-Patienten geben mit 86% weniger Patienten der Interventionsgruppe an, nicht krank geschrieben zu sein im Vergleich zu 93% in der Vergleichsgruppe. Knapp 10% der Interventionsgruppe sind zum Zeitpunkt der T3 Befragung bereits seit über 6 Wochen krank geschrieben, was auf keinen Patienten der Vergleichsgruppe zutrifft. Die Patienten, die in der Vergleichsgruppe angeben, arbeitsunfähig zu sein, sind erst seit 0 bis 5 Wochen krank (Intervention: 5%). Die statistische Überprüfung der

Verteilung des Krankenstandes in den beiden Gruppen führt zu einem signifikanten Ergebnis (Exakter Test nach Fisher=6.822, $p=.041$). Entsprechend ist ein größerer Anteil an Patienten der Interventionsgruppe als in der Vergleichsgruppe krank geschrieben und dies seit einem längeren Zeitraum.

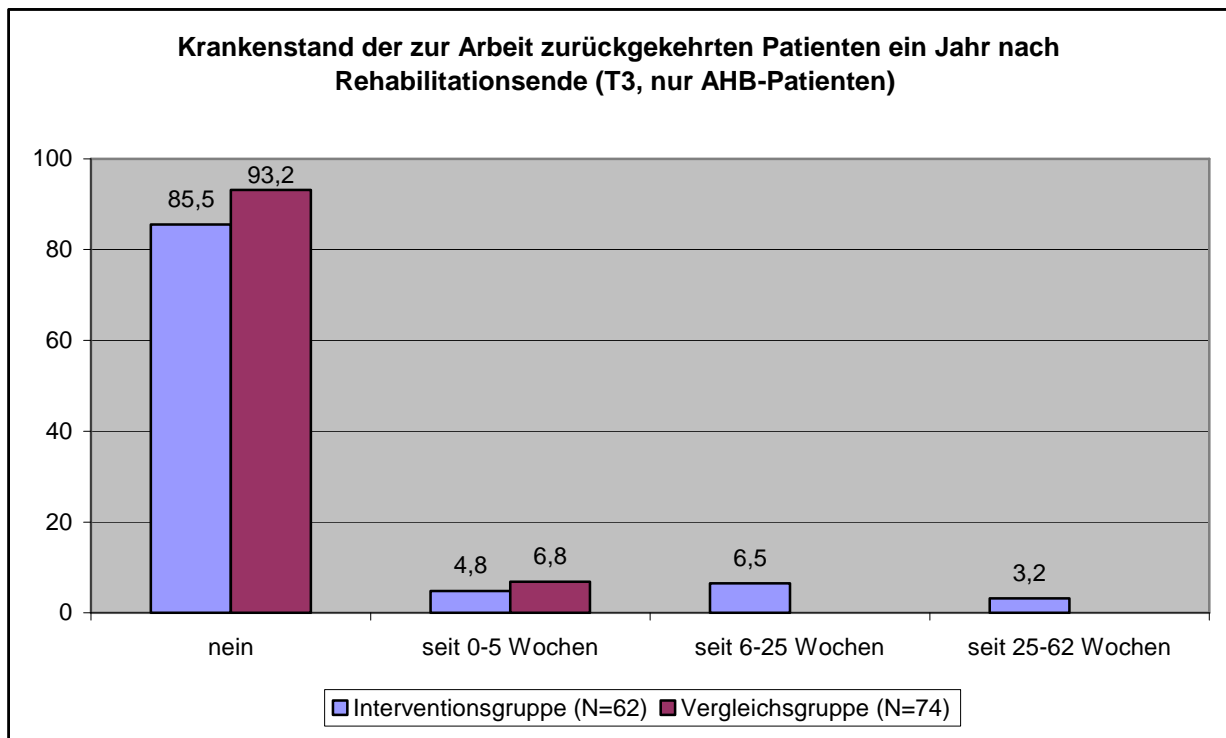


Abb. 6.40: Krankenstand ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) der bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe (nur AHB-Patienten, N=136)

Auf die Frage, wie viele Wochen die Patienten seit Ende der Rehabilitation vor 12 Monaten krank geschrieben waren, geben 36% der Interventionsgruppe und 43% der Vergleichsgruppe an, nicht arbeitsunfähig gewesen zu sein. Diejenigen, die krank geschrieben waren, sind am häufigsten zwischen 0 bis 5 Wochen arbeitsunfähig gewesen (Intervention: 35%, Vergleich: 36%). 18% der Interventions- und 16% der Vergleichsgruppenpatienten sind in den letzten 12 Monaten über ein halbes Jahr, aber nicht länger als 25 Wochen krank geschrieben gewesen. Die restlichen 11% (Intervention) bzw. 6% (Vergleich) geben an, zwischen 25 und 62 Wochen krank gewesen zu sein (Abb. 6.41). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihren Verteilungen nicht signifikant voneinander ($\chi^2(3)=2.686, ns$).

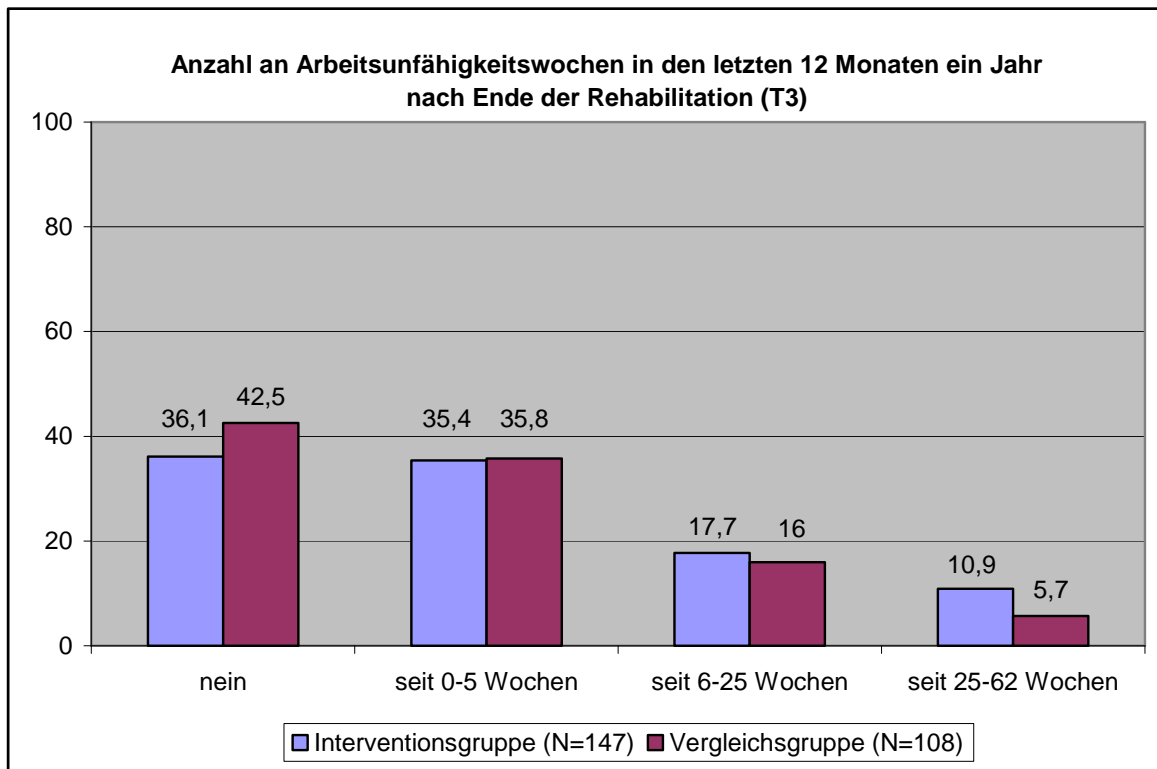


Abb. 6.41: Anzahl an Arbeitsunfähigkeitswochen in den letzten 12 Monaten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) der bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe (N=255)

Werden lediglich die AHB-Patienten betrachtet, ergibt sich ein ähnliches Bild (Abb. 6.42).

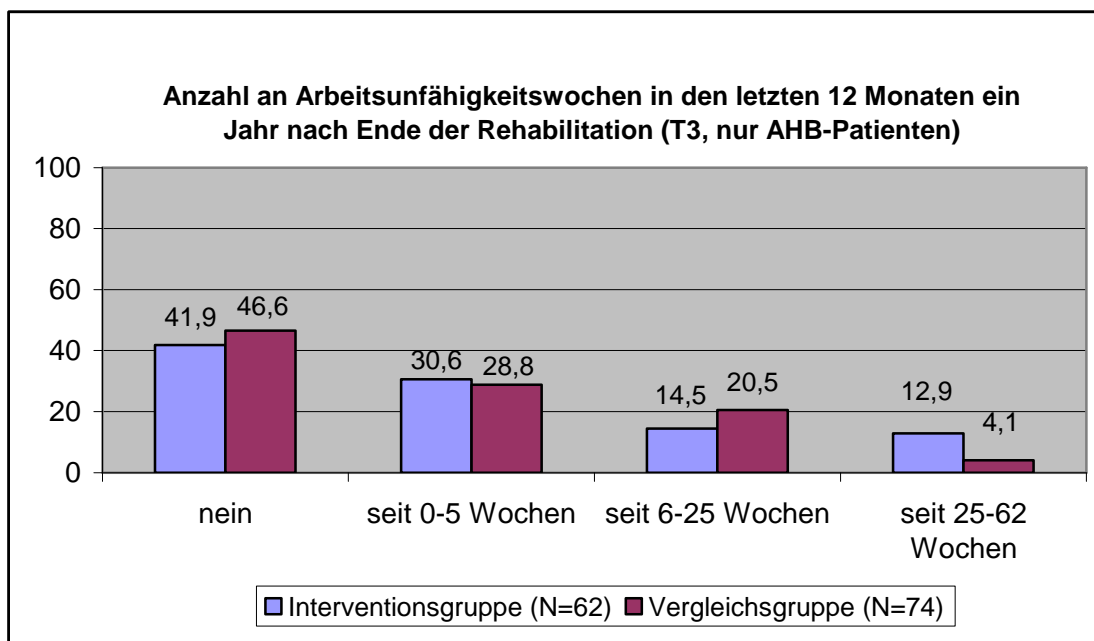


Abb. 6.42: Anzahl an Arbeitsunfähigkeitswochen in den letzten 12 Monaten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) der bereits zur Arbeit zurückgekehrten Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe (nur AHB-Patienten, N=136)

Auch in diesem Fall sind mehr Patienten der Vergleichsgruppe nicht krank geschrieben gewesen als in der Interventionsgruppe (Intervention: 42%, Vergleich: 47%), doch dieser Unterschied ist nicht statistisch signifikant ($\chi^2(3)=4.070$, *ns*).

Entsprechend zeigt sich, dass die Gesamtstichprobe sich hinsichtlich der momentanen Krankschreibungen und der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten nicht voneinander unterscheidet. Betrachtet man allerdings nur die AHB-Patienten wird deutlich, dass die AHB-Patienten der Interventionsgruppe zu einem höheren prozentualen Anteil zum Zeitpunkt der dritten Befragung ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) krank geschrieben sind und dies bereits seit längerer Zeit im Vergleich zu den AHB-Patienten der Vergleichsgruppe.

6.7.7 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 wird Punkt 2 in abgewandelter Form angewandt, da das 1-Jahres-Kriterium nicht auf alle Patienten anwendbar ist. Während ein Teil der Patienten ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3) noch nicht wieder seit 12 Monaten im Beruf steht, hat ein anderer Teil der Patienten bereits vor Beginn der Rehabilitation seine Arbeit wieder aufgenommen, ist nach Ende der Maßnahme zurückgekehrt und entsprechend bereits wieder seit über 12 Monaten berufstätig. 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.

Nach Anwendung der definierten Kriterien zeigt sich, dass insgesamt 68% der Interventionsgruppe als erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt gilt. Von den 32%, die ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme nicht erfolgreich zurückgekehrt sind, sind 16% nicht berufstätig und weitere 16% sind wieder im Beruf, weisen allerdings zu hohe Krankheitszeiten auf oder haben bereits einen Rentenantrag gestellt bzw. planen dies zu tun (Abb. 6.43, Tab. 6.88).

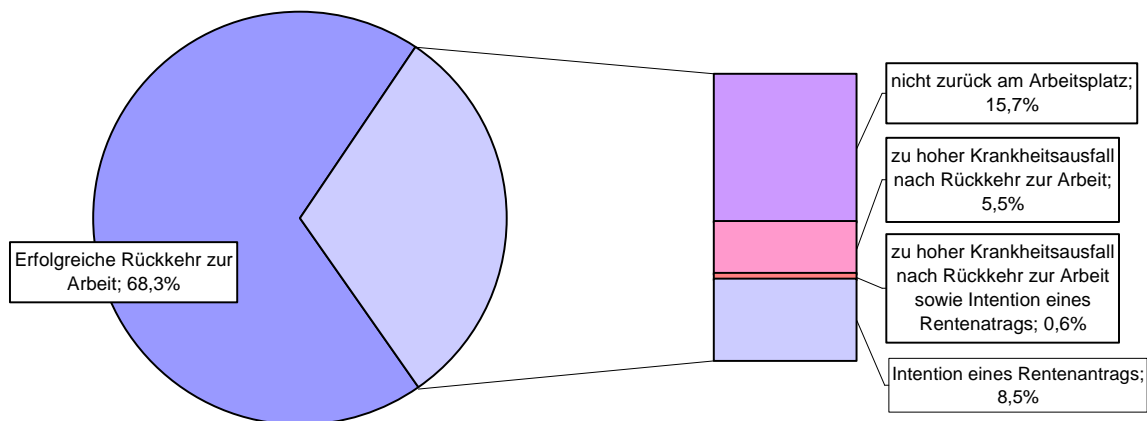


Abb. 6.43: Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit in der Interventionsgruppe nach den modifizierten Kriterien von Bürger et al. (Bürger et al., 2001) 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=164), Angaben in %

In der Vergleichsgruppe sind 65% der Patienten zu T3 wieder erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt. Neben denen, die als nicht erfolgreich zurückgekehrt gelten, weil sie zum Zeitpunkt der dritten Befragung ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T3) nicht berufstätig sind (22%), fallen insgesamt 14% der Patienten in diese Kategorie, da sie trotz beruflicher Wiederaufnahme zu hohe Krankheitszeiten aufweisen oder bereits einen Rentenantrag gestellt haben bzw. dies planen (Abb. 6.44, Tab. 6.88).

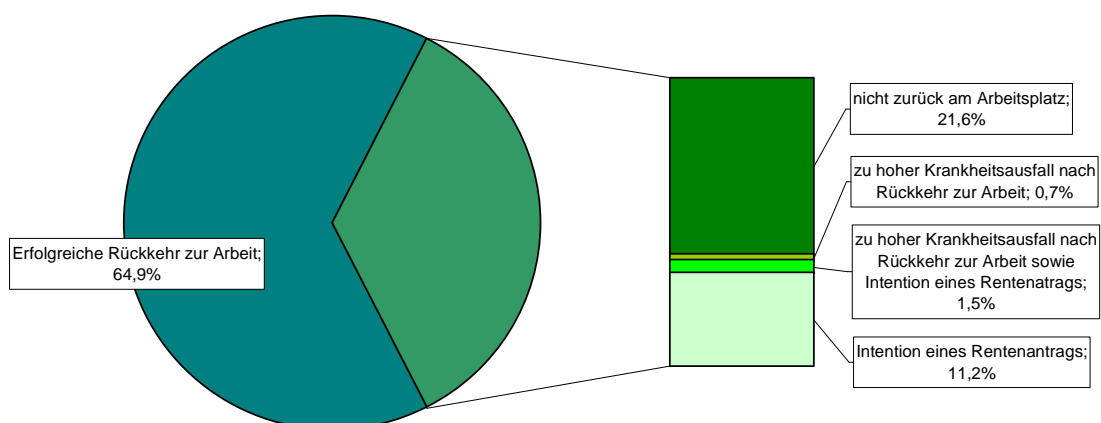


Abb. 6.44: Erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit in der Vergleichsgruppe nach den modifizierten Kriterien von Bürger et al. (Bürger et al., 2001) 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (N=134), Angaben in %

Interventions- und Vergleichsgruppe unterscheiden sich hinsichtlich der Verteilung in der Rückkehr zur Arbeit nicht signifikant voneinander (Tab. 6.88).

Tab. 6.88: Berufliche Rückkehr der Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe nach Anwendung der modifizierten Bürger-Kriterien (Bürger et al., 2001) (N=298)

Berufliche Rückkehraten	Interventionsgruppe (N=164)		Vergleichsgruppe (N=134)		p ^A
	n	%	n	%	
erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	112	68.3	87	64.9	.539
nicht erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	52	31.7	47	35.1	
nicht wieder am Arbeitsplatz	25	15.2	29	21.6	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit	9	5.5	1	0.7	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Intention einen Rentenantrag zu stellen	1	0.6	2	1.5	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Rentenantrag gestellt	-	-	-	-	
zurückgekehrt, aber Intention einen Rentenantrag zu stellen	14	8.5	15	11.2	
zurückgekehrt, aber Rentenantrag gestellt	3	1.8	-	-	

^AChi²-Test

Die Anwendung der modifizierten Bürger-Kriterien (Bürger et al., 2001) auf die AHB-Patienten führt zu ähnlichen Ergebnissen (Tab. 6.89). Auch wenn unter Ausschluss der AHV-Patienten, der Anteil der erfolgreich zurückgekehrten Patienten mit 67% in der Vergleichsgruppe überwiegt (Intervention: 63%), ist der Unterschied in der Verteilung nicht statistisch signifikant. Entsprechend sind auch unter Anwendung schärferer Kriterien die Rückkehraten zwischen Interventions- und Vergleichsgruppenpatienten ähnlich groß.

Tab. 6.89: Berufliche Rückkehr der AHB-Patienten in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe nach Anwendung der modifizierten Bürger-Kriterien (Bürger et al., 2001) (N=166)

Berufliche Rückkehraten	Interventionsgruppe (N=72)		Vergleichsgruppe (N=94)		p ^A
	n	%	n	%	
erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	45	62.5	63	67.0	.545
nicht erfolgreich zur Arbeit zurückgekehrt	27	37.5	31	33.0	
nicht wieder am Arbeitsplatz	15	20.8	23	24.5	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit	2	2.8	-	-	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Intention einen Rentenantrag zu stellen	-	-	1	1.1	
zurückgekehrt, aber zu hoher Ausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Rentenantrag gestellt	-	-	-	-	
zurückgekehrt, aber Intention einen Rentenantrag zu stellen	9	12.5	7	7.4	
zurückgekehrt, aber Rentenantrag gestellt	1	1.4	-	-	

^AChi²-Test

7 Diskussion

Zielsetzung der Studie

Die erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit spielt für einen großen Teil der sogenannten „Cancer Survivor“ eine wichtige Rolle (Ferrell et al., 1997; Kennedy et al., 2007; Main et al., 2005; Short et al., 2005). Es zeigte sich allerdings bereits in nationalen und internationalen Studien, dass im Durchschnitt nur 62% der Patienten wieder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen (Amir & Brocky, 2009; Mehnert, 2011; Spelten et al., 2002; Steiner et al., 2004). Die Gründe dafür sind vielfältig. Häufig entstehen Probleme aufgrund körperlicher Veränderungen durch die Erkrankung oder Behandlungen. Die Patienten leiden beispielsweise unter Fatigue, Abgeschlagenheit und erleben körperliche und motorische Einschränkungen, die die Arbeitskraft mindern (Kennedy et al., 2007; Main et al., 2005; Maunsell et al., 1999). Dies kann neben Problemen in der Ausführung gewohnter Tätigkeiten zusätzlich zu psychischen Belastungen und Erwartungsängsten führen.

Um derartigen Problemen vorzubeugen bzw. Patienten dabei zu unterstützen trotz bestehender Einschränkungen, zukünftig die berufliche Tätigkeit ausüben zu können, bestehen international sehr unterschiedliche Ansätze und Ideen, wie und in welchem Rahmen professionelle Hilfe angeboten werden sollte (de Boer & Frings-Dresen, 2009; de Boer et al., 2011). In Deutschland wird aktuell das MBOR-Programm (Medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation) von der deutschen Rentenversicherung vorgelegt, welches konkrete Maßnahmen für den klinischen Alltag beschreibt und vorschlägt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011).

Um Patienten besser auf die Rückkehr zur Arbeit vorzubereiten, entwickelte die Rehabilitationsklinik Lehmrade eine berufsbezogene Intervention für Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter, die sich in der medizinischen Rehabilitation befinden. Das Konzept basiert auf der interdisziplinären Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams und bietet den Patienten gezielt berufsbezogene Unterstützung auf verschiedensten Ebenen.

Ziel der Studie „Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation“ war die systematische Evaluation des berufsbezogenen Konzeptes im Vergleich zu Rehabilitationsmaßnahmen ohne einen derartigen Schwerpunkt. Entsprechend bezog sich die Hauptfragestellung darauf, inwiefern die Intervention im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zu einer berufunspezifischen Behandlung zu einer höheren beruflichen Rückkehrtrate führt. Darüber hinaus sollten die Fragen geklärt werden, ob Patienten, die eine berufsorientierte Maßnahme erhalten haben, nach der Rückkehr in den Beruf leistungsfähiger sind, eine größere Zufriedenheit berichten und besser mit beruflichen Belastungen umgehen können als Patienten, die keine spezielle berufsbezogene Maßnahme erhalten haben.

Studiendesign und Stichprobe

Um Aussagen über die längerfristige Wirkung der berufsbezogenen Rehabilitationsmaßnahme machen zu können, wurden die Patienten zu drei Messzeitpunkten (T1: Beginn der Rehabilitation, T2: 6 Monate nach der Rehabilitation, T3: 12 Monate nach der Rehabilitation) befragt. Zu allen Messzeitpunkten wurden u.a. Fragen bezüglich der aktuellen Arbeitssituation gestellt sowie standardisierte Messinstrumente zur Erhebung beruflicher Belastungen eingesetzt. Weiterhin wurden medizinische Daten und Behandlungsdaten der Patienten erhoben ebenso wie die ärztliche Beurteilung des sozialmedizinischen Leistungsbilds am Ende der Rehabilitation.

Insgesamt konnten aus der Interventionsklinik (Reha-Klinik Lehmrade) und den beiden Vergleichskliniken (Reha-Klinik Ahrenshoop und Reha-Klinik Schloss Schönhagen) am Ende des Erhebungszeitraum 477 Krebspatienten (259 Interventionspatienten und 218 Vergleichsgruppenpatienten) aus 13 verschiedenen Tumor-Diagnosegruppen in die Studie einbezogen werden. Die Stichprobe besteht zu 73% aus Frauen. Hinsichtlich soziodemographischer und medizinischer Merkmale unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe kaum. Allerdings hat in der Vergleichsgruppe ein sehr viel höherer Anteil an Patienten die Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung (AHB) in Anspruch genommen (73%) als in der Interventionsgruppe (43%). Da davon auszugehen ist, dass Patienten in einer AHB aufgrund des kürzeren zeitlichen Abstands zu Diagnosestellung und Behandlungsende eine höhere körperliche wie psychische Belastung aufweisen als Patienten in einem allgemeinen Heilverfahren (AHV), wurde diese Ungleichverteilung in den Gruppen im Rahmen der Auswertungen in Form von Subgruppenanalysen berücksichtigt.

Während die Patienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) den Fragebogen in der Klinik ausfüllten, erhielten sie die weiteren Fragebögen ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende postalisch. Die Rücklaufquote zu T2 liegt bei 82%, 12 Monate nach Rehabilitationsende (T3) nahmen noch 70% der 477 Patienten an der Befragung teil. Im Rahmen der Nonresponder-Analysen für Interventions- und Vergleichsgruppe wurde deutlich, dass in der Vergleichsgruppe vor allem Patienten über den Katamnesezeitraum hinweg ausgeschieden sind, die ein höheres UICC-Stadium aufweisen. Dennoch bleiben die Interventions- und Vergleichsgruppe weiterhin hinsichtlich der Verteilung der UICC-Stadien in den Gruppen vergleichbar. Alle anderen Stichprobenmerkmale betreffend ergaben sich keine relevanten Unterschiede zwischen Respondern und Nonrespondern, weshalb die verbleibende Stichprobe als repräsentativ für die ursprünglichen Teilnehmer zu Beginn der Rehabilitation (T1) angesehen werden kann.

Ausgangssituation

Zu Beginn der Rehabilitation (T1) weisen *alle* Patienten der Studie eine signifikant geringere Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) und signifikant höhere Angst- und Depressivitätswerte (HADS) als die deutschen Normierungsstichproben auf. Berufliche Parameter betreffend (arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster/AVEM; berufliche Gratifikationskrisen/ERI) liegen dagegen lediglich geringe Unterschiede zu den Werten repräsentativer deutscher Stichproben vor. So geben die Patienten einen geringeren beruflichen Ehrgeiz und eine weniger hohe Verausgabungsbereitschaft an. Darüber hinaus berichten sie eine größere Distanzierungsfähigkeit im Beruf und ein höheres Belohnungserleben als die repräsentativen Vergleichsstichproben. Es handelt sich jeweils jedoch um marginale Unterschiede, so dass nicht davon auszugehen ist, dass sich die Patienten der vorliegenden Stichprobe im Bereich beruflicher Belastungen von der deutschen Bevölkerung unterscheiden.

Die Gegenüberstellung von Interventions- und Vergleichsgruppe zeigt auf, dass sich die Patienten beider Gruppen hinsichtlich der psychosozialen Situation unabhängig von der Rehabilitationsart kaum unterscheiden. Entsprechend ist keine der Patientengruppen psychisch belasteter, was die Rückkehr zur Arbeit negativ beeinflussen könnte. Auch ein Vergleich zwischen AHB- und AHV-Patienten führt kaum zu signifikanten Unterschieden. Insgesamt weisen knapp weniger als die Hälfte aller Patienten eine klinisch relevante Angstsymptomatik auf und ungefähr ein Viertel liegt im grenzwertigen bis auffälligen Bereich einer Depressivitätssymptomatik (HADS). Die subjektive Belastung (DT) betreffend geben ebenfalls ungefähr die Hälfte der Patienten an, klinisch relevant belastet zu sein. Unter den AHV-Patienten gibt es einen etwas höheren Anteil belasteter Patienten (62%) als unter den AHB-Patienten (50%).

Auch in den beruflichen Parametern (AVEM, ERI) und in der Rehabilitationsmotivation weisen Interventions- und Vergleichsgruppe ähnliche Ausprägungen auf. Daher ist nicht davon auszugehen, dass unterschiedliche berufliche Ausgangslagen oder eine unterschiedliche Motivation die katamnästischen Ergebnisse beeinflussen. Es ist allerdings zu bemerken, dass die Erwartung der Interventionspatienten zu Beginn der Rehabilitation (T1) hinsichtlich beruflicher Unterstützungsangebote im Rahmen der Behandlungen signifikant höher ausfällt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten in Lehmrade vorab Informationen zu diesem Thema erhalten haben (vgl. Kapitel 4.3 Interventionsmaßnahme), wodurch den Patienten der Interventionsgruppe vermutlich stärker bewusst ist, dass das Thema Beruf in der medizinischen Rehabilitation Raum erhalten wird.

Der bedeutendste Unterschied zwischen den Patientengruppen wird im Screening Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) sowie in der Selbsteinschätzung der Patienten zum beruflichen Leistungsvermögen deutlich. Die Patienten der Vergleichsgruppe beurteilen sich durchweg beruflich weniger leistungsfähig und belastbar, weisen zu einem

höheren Anteil ein Frühberentungsrisiko auf (18% vs. 28%) und planen eine spätere Rückkehr zur Arbeit. Diese Tendenzen zeigen sich ebenfalls deutlich im Vergleich von AHB- und AHV-Patienten. Erstere planen einen späteren beruflichen Wiedereinstieg und schätzen sich weniger leistungsfähig als die AHV-Patienten ein. Die subjektiven Angaben spiegeln sich in den ärztlichen Beurteilungen des sozialmedizinischen Leistungsbilds wider, welches von den behandelnden Ärzten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme erstellt wird. Auch ärztlicherseits werden die Vergleichsgruppenpatienten im Vergleich zu den Interventionspatienten in ihrem Leistungsvermögen schlechter eingeschätzt wie auch die AHB-Patienten im Vergleich zu den AHV-Patienten. Doch trotz der schlechteren Beurteilungen soll nach ärztlichen Angaben die Mehrheit aller Patienten nach Abschluss der Rehabilitation dem allgemeinen Arbeitsmarkt im gleichen Maße (über sechs Stunden am Tag) zur Verfügung stehen.

Entsprechend der Ergebnisse zur Ausgangssituation der Stichprobe liegen, die berufliche Leistungsfähigkeit ausgenommen, keine relevanten Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe vor. Die unterschiedlich ausgeprägte berufliche Leistungsfähigkeit zwischen den Gruppen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Anteil an AHB-Patienten in der Vergleichsgruppe wesentlich höher ist als in der Interventionsgruppe. Aus diesem Grund wurden neben den katamnesticen Auswertungen der gesamten Stichprobe zusätzlich Subgruppenanalysen für die AHB-Patienten durchgeführt. Auf eine Subgruppenanalyse für die AHV-Patienten wurde verzichtet, da diese im Gegensatz zu AHB-Patienten untereinander weniger vergleichbar sind und sehr heterogene Grundvoraussetzungen aufweisen (unterschiedlich großer zeitlicher Abstand zu Diagnosestellung und Behandlungsende oder der Abwesenheit vom Arbeitsplatz etc.). Da darüber hinaus in der Vergleichsgruppe der Anteil von AHV-Patienten vergleichsweise klein ist, können für diese Subgruppe allein keine aussagekräftigen statistischen Analysen durchgeführt werden.

Effekte der Rehabilitation

Der Anteil an erwerbstätigen Patienten sinkt von 89% zu Beginn der Rehabilitation (T1) auf 83% 12 Monate nach Ende der Rehabilitation (T3). Entsprechend scheiden im Katamnesezeitraum 6% der Patienten aus dem Erwerbsleben aus. Im Vergleich zu anderen Indikationen scheint der Abfall der Erwerbstätigkeit über die Zeit hinweg nicht ungewöhnlich. So wird in einer Studie aus der psychosomatischen Rehabilitation zu Beginn der Rehabilitation eine Erwerbstätigkeitsrate von 75% der Patienten berichtet, die im Laufe von 12 Monaten auf 71% absinkt (Koch, Geissner, & Hillert, 2007). Eine weitere Studie aus der psychosomatischen Rehabilitation berichtet von anfänglichen Werten zwischen 69% und 78% und einem Abfall nach 3 Monaten auf 60% bis 76% (Koch et al., 2006). Demnach zeigt sich, dass die onkologische Rehabilitation im Rahmen dieser Studie einen relativ großen Anteil der Patienten dabei unterstützen konnte, im Erwerbsleben zu verbleiben.

Bezogen auf die Rückkehrraten der erwerbstätigen Patienten, zeichnen sich sowohl ein halbes Jahr (T2) wie auch ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende hohe Werte ab. Insgesamt sind 79% der Patienten zu T2 und 83% zu T3 zur Arbeit zurückgekehrt. Diese Werte liegen deutlich höher als die international berichteten Rückkehrraten von ca. 62% (Amir & Brocky, 2009; Mehnert, 2011; Spelten et al., 2002; Steiner et al., 2004), allerdings wurde die aktuelle Untersuchung im Rahmen einer Rehabilitation vorgenommen und berücksichtigt nicht die berufliche Rückkehr aller Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter, wie es häufig in den Überblicksarbeiten der Fall ist. Die hier untersuchten Patienten haben aktiv Unterstützung in der medizinischen Rehabilitation gesucht, was den Vergleich der Ergebnisse mit internationalen Daten erschwert. Zur Beurteilung der Rückkehrraten sollten aus diesem Grund die Ergebnisse einer anderen Rehabilitationsstichprobe herangezogen werden. Bislang wurden aus der onkologischen Rehabilitation jedoch keine vergleichbaren Daten und Studien berichtet. Ein Vergleich zu Rehabilitanden anderer Indikationsbereiche ist jedoch möglich (bspw. Orthopädie, Kardiologie). Dieser zeigt auf, dass auch bezogen auf die Subgruppe der Rehabilitanden der Anteil an Rückkehrern in der Onkologie relativ hoch ausfällt. In der orthopädischen Rehabilitation werden beispielsweise ein Jahr nach Ende der Rehabilitation Rückkehrraten von 70% bis 77% berichtet (Bürger et al., 2001; Bürger, Dietsche, Morfeld, & Koch, 2002) sowie von 84% durchschnittlich 2,5 Jahre nach Rehabilitationsende (Bürger, 2004). In der Kardiologie liegen die Rückkehrraten 12 Monate nach Ende der Rehabilitation bei 62% (Mittag et al., 2001) bzw. ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme bei 51% bis 72% (Budde & Keck, 2001). Demnach ist indikationsübergreifend ein großer Erfolg der onkologischen medizinischen Rehabilitation zu verzeichnen. Dieser ist allerdings auch darauf zurückzuführen, dass sich Krebspatienten im Vergleich zu orthopädischen und kardiologischen Patienten in ihrer Krankengeschichte und den entstehenden Problemlagen sehr unterscheiden und die Motivation von onkologischen Patienten, zur Arbeit zurückzukehren gewöhnlich hoch ist, da damit die Rückkehr in die Normalität verbunden wird (Ferrell et al., 1997).

Von denjenigen, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) nicht in den Beruf zurückgekehrt sind, geben 4% an, aufgrund einer Krankschreibung nicht berufstätig zu sein, während der Rest eine Rente wegen Erwerbsminderung erhält, eine Altersrente bezieht oder seinen Arbeitsplatz verloren hat. 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).

Neben den Rückkehrraten zeigen sich weitere Effekte der Rehabilitation. Bezogen auf die Entwicklung der psychosozialen Parameter der Stichprobe wird deutlich, dass alle Patienten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität erleben. Bei allen steigert sich die globale Lebensqualität, die Rollenfunktion wie auch die soziale Funktion. Auf Ebene der berufsbezogenen Parameter sind teilweise Veränderungen zu verzeichnen. Zunächst wird ein Anstieg

der beruflichen Leistungsfähigkeit berichtet. Die Patienten schätzen sich ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) leistungsfähiger ein als zu Beginn der Rehabilitation (T1). Davon unabhängig wird anhand der Angaben zum Fragebogen zur Erfassung arbeitsbezogener Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) deutlich, dass sich die Haltung gegenüber der Arbeit über den Katamnesezeitraum bei den Patienten ändert. So wird im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (T1) angegeben, dass die Verausgabung im Beruf und das Perfektionsstreben gesunken sind. Während die Distanzierungsfähigkeit ansteigt, sinkt die Fähigkeit zur offensiven Problembewältigung. Diese Entwicklung deutet daraufhin, dass die Patienten die Ansprüche an sich heruntersetzen, weniger gut mit Konflikten umgehen können und sich durch eine größere Distanzierungsfähigkeit versuchen, vor Belastungen bei der Arbeit zu schützen. Diese Entwicklung wird durch die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen unterstützt (ERI). Auch in diesem Rahmen berichten die Patienten, sich im Vergleich zum Beginn der Rehabilitation (T1) weniger zu verausgaben und sich weniger stark zu überengagieren. 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 et al., 1999). Ein weiterer Grund für diese Entwicklung könnten körperliche und konditionelle Probleme sein, die durch die Erkrankung und die Behandlungen entstanden sind und es notwendig machen, das Arbeitstempo zu verringern und die Ressourcen besser aufzuteilen, indem beispielsweise zusätzliche Belastungen vermieden werden (Kennedy et al., 2007; Main et al., 2005; Maunsell et al., 1999).

Situation der nicht zur Arbeit 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. Die nicht-zurückgekehrten Patienten weisen über alle Messzeitpunkte hinweg (T1 bis T3) eine höhere Angst- sowie Depressivitätssymptomatik auf. Dies trifft ebenfalls auf alle Skalen des EORTC QLQ-C30 zu. Auf der Skala der körperlichen Funktion kommt es bei den nicht-zurückgekehrten Patienten darüber hinaus zu einer Verschlechterung im Katamnesezeitraum, was auf die beruflich aktiven Patienten nicht zutrifft.

Hinsichtlich beruflicher Aspekte berichten die nicht-zurückgekehrten Patienten eine geringere Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und mit ihrer finanziellen Lage. Weiterhin wird eine größere Arbeitsplatzunsicherheit berichtet und eine weniger starke „Belohnung“ am Arbeitsplatz. Es ist davon auszugehen, dass sich die Unzufriedenheit mit den Gegebenheiten des Arbeitsplatzes u.a. negativ auf die allgemeine psychische Situation auswirkt.

Es stellt sich die Frage, inwiefern zum einen die noch nicht-zurückgekehrten Patienten bereits im Rahmen der Rehabilitation als Risikogruppe identifiziert werden könnten und ob zum

anderen eine stärkere Nachbetreuung dieser Patientengruppe über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus möglich und sinnvoll wäre. Dabei sollte vor allem eine psychologische Unterstützung angeboten werden, um Ängste und eventuell negative Erwartungen an die Rückkehr zur Arbeit aufzuarbeiten. Weiterhin erscheint es sinnvoll, mit den Patienten zu diskutieren, inwiefern der Arbeitsplatz als solches Grund für die noch nicht erfolgte Rückkehr zur Arbeit ist und bei dem Wunsch nach Veränderung zu unterstützen.

Effekte der Interventionsmaßnahme

Patientenbeurteilungen und Entwicklungen im Katamnesezeitraum

Nach Ende der Rehabilitation sind Effekte der Interventionsmaßnahme in den Beurteilungen der Patienten sichtbar. So wird deutlich, dass die Interventionspatienten in größerem Ausmaß berichten, in der Rehabilitation besprochen zu haben, wie der berufliche Wiedereinstieg gestaltet werden soll. Dies trifft ebenfalls auf die Einschätzung zu, dass etwaige Probleme bei der Rückkehr in den Alltag und das Umsetzen von neu Erlerntem in den Alltag stärker besprochen wurden. Weiterhin gibt ein größerer Anteil an Interventionspatienten Auskunft über besonders hilfreiche Maßnahmen, die zum Thema Beruf angeboten wurden. Während die Patienten der Vergleichsgruppe am häufigsten die Beratung durch den Soziodienst benennen, nennen die Interventionspatienten zusätzlich die Ergotherapie als unterstützendes Element. Dies verdeutlicht, dass die ergotherapeutischen Angebote der Interventionsklinik als hilfreich anerkannt und wahrgenommen werden, während die Vergleichsgruppenpatienten ergotherapeutische Maßnahmen nicht explizit erwähnen. Zudem zeigt die Analyse der KTL-Daten, dass in der Interventionsklinik 91% der Patienten, in der Vergleichsgruppe jedoch nur 31% der Patienten, Ergotherapie erhalten haben. Weiterhin beurteilt ein höherer Anteil an Interventionspatienten die Unterstützung durch psychologische Beratung und Physiotherapie als besonders hilfreich.

Ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) haben 17% der Vergleichsgruppe aber nur 10% der Interventionsgruppe berufliche Beratung in Anspruch genommen. In den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation (T3) sinkt dieser Unterschied auf 7% in der Interventionsgruppe und 14% in der Vergleichsgruppe. Dennoch ist der Trend erkennbar, dass die Interventionspatienten nach der Rehabilitation geringeren Bedarf an externer Beratung zu beruflichen Themen haben.

Berufliche Rückkehrraten

Hypothese:

Die berufliche Wiedereingliederung von Patienten, die eine explizit berufsorientierte onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (Interventionsgruppe), ist erfolgreicher, als von denen, die eine Standardrehabilitation in Anspruch genommen haben (Vergleichs-

gruppe). Dies sollte sich in einem höheren prozentualen Anteil an erfolgreich zurückgekehrten Patienten der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Vergleichsgruppe ausdrücken.

Der Erfolg der beruflichen Rückkehr wird ausschließlich für Patienten, die die Rehabilitation als AHB-Maßnahme in Anspruch genommen haben, diskutiert, da es sich bei dieser Subgruppe um eine relativ homogene Stichprobe handelt, anhand derer Aussagen zum Erfolg der Maßnahme getroffen werden können. Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe sind aufgrund der ungleichen Verteilung von AHB- und AHV-Patienten in den verschiedenen Kliniken und aufgrund der Unterschiedlichkeit der AHV-Patienten im Hinblick auf den Zeitraum seit Diagnosestellung und Behandlungsabschluss nur schwer interpretierbar.

Ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2) kehren 74% der Interventionspatienten in den Beruf zurück, während dies auf 72% der Vergleichsgruppenpatienten zutrifft. Ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) steigern sich die Rückkehrraten auf 81% in der Interventionsgruppe und 76% in der Vergleichsgruppe. Zu beiden Messzeitpunkten (T2 und T3) zeichnet sich der Trend ab, dass der Anteil an wieder beruflich aktiven Interventionspatienten etwas größer ist als der Anteil der Vergleichsgruppenpatienten. Allerdings sind die Unterschiede nicht signifikant. Bei der Interpretation des Interventionseffekts ist jedoch zu berücksichtigen, dass die allgemeine Rückkehrrate mit knapp 78% bereits sehr hoch ist. Somit liegt ein Jahr nach Rehabilitationsende ohnehin eine insgesamt sehr hohe Erfolgsrate und somit ein „Deckeneffekt“ vor, der es deutlich erschwert, signifikante Interventionseffekte zu erzielen.

Berufliche Leistungsfähigkeit und Umgang mit beruflichen Belastungen

Die Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf die Hypothesen zu weiteren berufsbezogenen Parametern erfolgt aus den oben genannten Gründen ebenfalls anhand der Teilgruppe der AHB-Patienten.

Hypothese:

Die Patienten der Interventionsgruppe profitieren in Bezug auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit stärker als Patienten der Vergleichsgruppe.

Bezüglich der eigenen Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist zu beobachten, dass sich die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) unterschiedlich beurteilen. So sieht sich die Mehrheit der Interventionspatienten als voll leistungsfähig an (46%), während sich die Mehrheit der Vergleichsgruppenpatienten als eingeschränkt leistungsfähig beurteilt (61%). Dieser statistisch signifikante Verteilungsunterschied liegt zu Beginn der Rehabilitation noch nicht vor. Auch wenn es in beiden Gruppen seit Beginn der Rehabilitation (T1) zu einem Anstieg der beruflichen Leistungsfähigkeit gekommen ist, machen die Daten deutlich, dass die Interventionspatienten eine bes-

sere Entwicklung aufweisen. Entsprechend hat die Intervention einen positiven Effekt auf die subjektive Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Hypothese:

Die Patienten der Interventionsgruppe können nach der Rehabilitation besser mit arbeitsbedingten Belastungen umgehen als die Patienten der Vergleichsgruppe.

Die Beantwortung der Hypothese erfolgt mit Hilfe der Angaben zu den arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM), zu den beruflichen Gratifikationskrisen (ERI), sowie den Angaben zur Lebensqualität (EORTC-QLQ-C30).

Die Patienten der Interventionsgruppe geben etwas höhere Werte hinsichtlich Erfolgserlebnissen im Beruf an (AVEM) sowie ein höheres Belohnungserleben bei der Arbeit (ERI). Darüber hinaus zeigen die Patienten der Interventionsgruppe auf einigen Skalen der Lebensqualität eine signifikant bessere Entwicklung. So zeigt sich, dass die Interventionspatienten eine positivere Entwicklung bezüglich der Rollenfunktion berichten und ein Jahr nach Rehabilitationseende eine bessere Rollenfunktion aufweisen als die Vergleichsgruppenpatienten. Dagegen sind die von den Interventionspatienten berichteten Werte zur sozialen Funktion durchweg geringer als die der Vergleichsgruppenpatienten. Dennoch verbessern sich die Interventionspatienten im Katamnesezeitraum um knapp 15 Punkte, während sich die Vergleichsgruppenpatienten in der sozialen Funktion um durchschnittlich 10 Punkte von Beginn der Rehabilitation (T1) an bis ein Jahr nach Rehabilitationseende (T3) verbessern. Entsprechend weisen die Interventionspatienten zwar eine geringere soziale Funktion auf, jedoch eine bessere Entwicklung.

Die Ergebnisse zeigen, dass es einige berufliche Bereiche gibt, in denen die Interventionspatienten besser aufgestellt sind. In anderen berufsbezogenen Parametern wie dem beruflichen Engagement oder der Widerstandskraft bei der Arbeit finden sich keine Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe. Allerdings ist zu bemerken, dass sich die Patienten der Stichprobe von Beginn der Befragung an (T1) zwar an einigen Stellen von der deutschen Bevölkerung unterschieden haben, im Allgemeinen jedoch nicht speziell durch schwierige berufliche Verhaltensmuster aufgefallen sind. Demnach lag in beiden Gruppen im Rahmen der Rehabilitation kein großer Veränderungsbedarf vor, der durch die Intervention hätte besser behandelt werden können.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Auch die Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit erfolgt aus den oben genannten Gründen ebenfalls anhand der Teilgruppe der AHB-Patienten.

Hypothese:

Die Patienten der Interventionsgruppe sind nach der Rehabilitation mit ihrer Arbeitssituation zufriedener als die Patienten der Vergleichsgruppe.

Die Angaben zur Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ähneln sich in Interventions- und Vergleichsgruppe. Über den Katamnesezeitraum sinkt die Zufriedenheit etwas, im Durchschnitt schwanken die Angaben aber zwischen einer „starken“ und „sehr starken“ Zufriedenheit in beiden Gruppen.

Entsprechend kann die Hypothese, dass die Interventionspatienten eine höhere Zufriedenheit mit der Arbeit aufweisen, nicht bestätigt werden. Allerdings ist auch in diesem Falle zu bemerken, dass eine Steigerung der Zufriedenheit der Patienten mit oder ohne Interventionsmaßnahme kaum möglich war, da über alle Zeitpunkte hinweg starke Deckeneffekte zu verzeichnen sind.

Methodik

Die Untersuchung einer berufsbezogenen multidisziplinären Rehabilitationsmaßnahme stellt eine Besonderheit im deutschsprachigen Raum dar. Bislang wurden keine vergleichbaren systematischen Studien berichtet, wenn auch die Rolle der Rehabilitation bei der Rückkehr zur Arbeit thematisiert wurde (Hensel, Egerer, Schneeweiss, Goldschmidt, & Ho, 2002).

International zeigt sich, dass der Nutzen von Interventionen bezüglich einer erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit bereits häufiger diskutiert wurde (de Boer et al., 2011). Allerdings wird deutlich, dass es sich dabei vorwiegend um Interventionen handelt, die keinen berufsbezogenen Schwerpunkt haben, sondern beispielsweise den Einfluss medikamentöser Behandlungen oder psychologischer Interventionen auf die Rückkehraten untersuchen. Weiterhin berichten die Autoren, dass von 14 eingeschlossenen Studien lediglich 3 Untersuchungen Programme evaluierten, die einen interdisziplinären Ansatz verfolgten, obwohl diese im Durchschnitt die höchste Effektivität aufweisen (de Boer et al., 2011).

Während sich viele der bereits international publizierten Studien auf spezifische Diagnosegruppen wie beispielsweise Brustkrebspatientinnen, Patienten mit Prostatakrebs oder Schilddrüsenkrebs beziehen (de Boer et al., 2011), wurde in der vorliegenden Studie bewusst keine Einschränkung des Diagnosespektrums vorgenommen. Es ist daher davon auszugehen, dass die hier untersuchte Stichprobe die Inanspruchnahmepopulation der stationären onkologischen Rehabilitation realitätsnah abbildet.

Eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu Interventions- und Vergleichsgruppe ist im Rahmen der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung aus praktischen und vor allem ethischen Gründen nicht möglich. Um einer möglichen Ungleichverteilung von Merkmalen in der Stichprobe dennoch auf methodischer Ebene begegnen zu können, war eine 2:1 Übererhebung der Vergleichsgruppe geplant, um im Falle zu großer Unterschiede

zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe Parallelisierungen vornehmen zu können. Dies ist aus verschiedensten Gründen nicht gelungen (vgl. Kapitel 4.2.3 Probleme bei der Rekrutierung). Bei der Gegenüberstellung der Stichprobenmerkmale zeigten sich allerdings kaum signifikante Unterschiede in den Gruppen. Allerdings wurde deutlich, dass in der Vergleichsgruppe ein sehr viel höherer Anteil an Patienten (73%) im Vergleich zur Interventionsgruppe (43%) im Rahmen einer AHB in der Rehabilitation gewesen ist. Da es sich hierbei um zwei sehr heterogene Patientengruppen handelt, wurde diese Ungleichverteilung in den Gruppen im Rahmen der Auswertungen berücksichtigt und Subgruppenanalysen durchgeführt.

Fazit

Hinsichtlich der Effekte der untersuchten Interventionsmaßnahme, können die a-priori formulierten Hypothesen teilweise bestätigt werden: Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe kehren zwar nicht zu signifikant unterschiedlich hohen Anteilen zur Arbeit zurück, es zeichnet sich aber ein Trend zugunsten der Interventionsgruppe ab. Dieser fällt vermutlich nicht höher aus, da, wie bereits diskutiert, ein Jahr nach Ende der Rehabilitation (T3) bereits ein hoher Anteil an Patienten beider Gruppen zurückgekehrt ist, was kaum Raum für Interventionseffekte lässt. Die berufliche Leistungsfähigkeit betreffend zeigen sich die stärksten Effekte der Intervention. Hier hat die Maßnahme zu einer Verbesserung geführt.

Auf Ebene der Patientenbeurteilung wird der Effekt der berufsbezogenen Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls deutlich. Die Ergebnisse zeigen, dass die Intervention angenommen wird und besonders spezielle Elemente (Ergotherapie) von den Patienten geschätzt werden. Der Umstand, dass ein geringerer Anteil der Interventionspatienten nach Abschluss der Maßnahme weitere berufliche Beratung brauchte, kann ebenfalls als Erfolg der Maßnahme gewertet werden.

Über die Hauptfragestellungen hinaus finden sich Nebeneffekte, die verdeutlichen, dass der Ansatz einer berufsspezifischen Rehabilitation auf Bedarf trifft, angenommen wird und zu Entlastung auf Seiten der Patienten führt. Es stellt sich die Frage, inwiefern eine Spezialisierung des Angebotes auf spezifische Patientengruppen zielführend wäre. So zeigen die Ergebnisse, dass diejenigen, die ein Jahr nach Ende der Maßnahme noch nicht zur Arbeit zurückgekehrt sind, in vielen Bereichen größere Probleme aufweisen und verstärkt Unterstützung brauchen. Dies trifft allerdings eher auf einen kleinen Teil der Patienten zu. Viele weisen besonders im beruflichen Bereich keine Besonderheiten auf. Daher sollte gezielt eruiert werden, bei wem und in welchen Bereichen tatsächlich Bedarf an berufsorientierter Unterstützung besteht, um auf lange Sicht therapeutische Ressourcen zu schonen.

8 Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. et al. (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. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376.
- Amir, Z. & Brocky, J. (2009).** Cancer survivorship and employment: Epidemiology. *Occupational Medicine*, 59(6), 373-377.
- 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. et al. (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.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002).** The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52(2), 69-77.
- 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.
- Budde, H.-G. & Keck, M. (2001).** Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. *Die Rehabilitation*(208-216).
- Bürger, W. (1998).** Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6(3), 137-150.
- Bürger, W. (2004).** Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation-Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. *Die Rehabilitation*, 43, 152-161.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009).** SIBAR - a short screening instrument for the assessment of need for occupation related treatment in medical rehabilitation. *Die Rehabilitation* 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., Morfeld, M. & Koch, U. (2001).** Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation- Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Die Rehabilitation*, 40, 217-225.

- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M. & Koch, U. (2002).** [Outpatient and inpatient orthopaedic rehabilitation--results of a study comparing outcome and costs]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 41(2-3), 92-102.
- de Boer, A. G. & Frings-Dresen, M. H. W. (2009).** Employment and the common cancers: Return to work of cancer survivors. *Occupational Medicine*, 59(6), 378-380.
- de Boer, A. G., Taskila, T., Tamminga, S. J., Frings-Dresen, M. H., Feuerstein, M. & Verbeek, J. H. (2011).** Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(2), CD007569.
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011).** *Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation- Praxishandbuch.* Verfügbar unter: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/2454> [Zugriff am 05.09.2011].
- 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 [Zugriff am 20.09.2011].
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B., Otis-Green, S. & Garcia, N. (1997).** Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology*, 6(1), 13-23.
- Field, A. (2005).** *Discovering statistics using SPSS.* London: SAGE Publications.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000).** Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Eds.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (pp. 43-68). Berlin: Springer.
- 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. *Support Care 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).** [Development of a patient questionnaire for assessment of motivation for rehabilitation(PAREMO)]. *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. *J Occup Health Psychol*, 5(1), 142-155.
- Heim, M. E. (2008).** Onkologische Rehabilitation: Wege zurück ins Leben. *Universimed, Fachbereich Hämatologie & Onkologie* verfügbar unter: <http://haematologie-onkologie.universimed.com/> [Zugriff: 12.07.2011].
- Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijsen, B., Loge, J. H., Rautalathi, M. et al. (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. *Ann Oncol*, 13(2), 209-217.
- 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.* (Vol. 1). Bern: Huber.
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2001).** [Anxiety and depression in the general population: normal values in the Hospital Anxiety and Depression Scale]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51(5), 193-200.
- Kaasa, S., Bjordal, K., Aaronson, N. K., Moum, T., Wist, E., Hagen, S. et al. (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, S., Geissner, E. & Hillert, A. (2007).** Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 97-109.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006).** Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7-15.
- 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.
- 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. *Psycho-Oncology*, 14, 992-1004.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S. & Fraser, A. (1999).** Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 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., 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.

- 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.
- 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. *Int J 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. *J Clin Oncol*, *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. *Soc Sci Med*, *52*(9), 1441-1450.
- Morfeld, M., Hofreuter, K., Möller, J. U., Fox, M., Höder, J. H., Hintze, R. et al. (2006).** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bei Patienten nach erster Bandscheiben Operation und die Rückkehr zur Arbeit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, *27*(3), 338-362.
- Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwin, H. & Hansmeier, T. (2005).** Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Rehabilitation*, *44*, e32-e45.
- 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. *Br J 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. et al. (2005).** Normierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. PAREMO. Abschlussbericht. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- 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. *Qual Life Res*, *3*, 353-364.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2010).** *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends* (Vol. 7). Berlin.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A. & Brähler, E. (2004).** Psychometric test of the questionnaire measuring effort-reward imbalance at work in a representative German sample. *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 (Eds.), *Current psychological research in Austria* (pp. 145–149). Graz: Akademische Druck- und Verlagsanstalt.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2006).** *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). 3. Auflage* (Vol. 3. Auflage). Frankfurt/ M.: Harcourt Test Services GmbH.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2011).** AVEM- Work-related behaviour and experience patterns. In Schuhfried-GmbH (Ed.), *Vienna Test System- Psychological assessment*. Mödling: Paul Gerin Druckerei, Wolkersdorf.
- Schliehe, F. & Sulek, C. (2007).** Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe. In M. Morfeld, W. Mau, W. H. Jäckel & U. Koch (Eds.), *Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Ein fallorientiertes Lehrbuch*. (pp. 6-16). München: Urban & Fischer.
- Schwarz, R. & Hinz, A. (2001).** Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *Eur J Cancer*, 37(11), 1345-1351.
- 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. et al. (2004).** The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*, 58, 1483-1499.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A. G. & Verbeek, J. H. A. M. (2002).** Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 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. et al. (2003).** Cancer, fatigue and the return of patients to work - A prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, 39(11), 1562-1567.
- Steiner, E. R., Cavender, T. A., Main, D. S. & Bradley, C. J. (2004).** Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer*, 101, 1703-1710.
- Thies, S., Lehmann, C., Kriz, D., Nübling, R. & Mehnert, A. (2008).** [Patient Questionnaire for Assessment of Rehabilitation Motivation (PAREMO-20) - psychometric evaluation and validation in a sample of cancer patients with different tumour sites]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 47(5), 308-318.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983).** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(361-370).

Anhang

Vergleich der EORTC QLQ-C30-Werte mit denen einer Bevölkerungsstichprobe

Tab. A.1: Globale Lebensqualität und Funktionsskalen des EORTC QLQ-C30, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=2041, (Schwarz & Hinz, 2001)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Globale Lebensqualität und Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Bevölkerungsstichprobe			
Globale Lebensqualität	257	-10.815	<.001
Körperliche Funktion	257	-12.475	<.001
Rollenfunktion	257	-15.968	<.001
Emotionale Funktion	257	-12.556	<.001
Kognitive Funktion	257	-12.911	<.001
Soziale Funktion	257	-16.284	<.001
Vergleichsgruppe vs. Bevölkerungsstichprobe			
Globale Lebensqualität	217	-8.157	<.001
Körperliche Funktion	217	-11.815	<.001
Rollenfunktion	217	-16.101	<.001
Emotionale Funktion	217	-9.831	<.001
Kognitive Funktion	217	-11.872	<.001
Soziale Funktion	217	-15.871	<.001

^AT-Test

Tab. A.2: Symptomskalen des EORTC QLQ-C30, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=2041, (Schwarz & Hinz, 2001)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Symptomskalen (EORTC QLQ-C30)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Bevölkerungsstichprobe			
Fatigue	257	20.810	<.001
Übelkeit	257	4.026	<.001
Schmerzen	257	10.636	<.001
Atemnot	257	8.712	<.001
Schlaflosigkeit	257	14.416	<.001
Appetitlosigkeit	257	5.469	<.001
Verstopfung	257	4.857	<.001
Durchfall	257	5.922	<.001
Finanzielle Probleme	257	15.665	<.001

^AT-Test

Fortsetzung der **Tabelle A.2:**

Symptomskalen des EORTC QLQ-C30, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Bevölkerungsstichprobe des EORTC QLQ-C30 (N=2041, (Schwarz & Hinz, 2001)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Symptomskalen (EORTC QLQ-C30)	df	t	p^A
Vergleichsgruppe vs. Bevölkerungsstichprobe			
Fatigue	217	18.185	<.001
Übelkeit	217	3.365	<.001
Schmerzen	217	9.545	<.001
Atemnot	217	10.917	<.001
Schlaflosigkeit	217	11.956	<.001
Appetitlosigkeit	217	5.360	<.001
Verstopfung	217	3.631	<.001
Durchfall	217	4.889	<.001
Finanzielle Probleme	217	13.856	<.001

^AT-Test

Vergleich der AVEM-Werte mit denen einer Normstichprobe

Tab. A.3: AVEM-Skalen „Berufliches Engagement“, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Normstichprobe (N=3168, (Schaarschmidt & Fischer, 2006)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Normstichprobe			
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	250	-0.696	.487
Beruflicher Ehrgeiz	244	-9.492	<.001
Verausgabungsbereitschaft	247	-3.560	<.001
Perfektionsstreben	251	-2.193	.029
Distanzierungsfähigkeit	250	4.356	<.001
Vergleichsgruppe vs. Normstichprobe			
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	210	-0.330	.741
Beruflicher Ehrgeiz	209	-7.026	<.001
Verausgabungsbereitschaft	210	-1.828	.069
Perfektionsstreben	209	0.280	.780
Distanzierungsfähigkeit	211	3.632	<.001

^AT-Test

Tab. A.4: AVEM-Skalen „Widerstandskraft“, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Normstichprobe (N=3168, (Schaarschmidt & Fischer, 2006)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Normstichprobe			
Resignationstendenz bei Misserfolgen	246	0.195	.846
Offensive Problembewältigung	251	-4.983	<.001
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	251	-2.615	.009
Vergleichsgruppe vs. Normstichprobe			
Resignationstendenz bei Misserfolgen	207	1.924	.056
Offensive Problembewältigung	208	-1.842	.067
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	210	-2.712	.007

^AT-Test

Tab. A.5: AVEM-Skalen „Emotionen und Wohlbefinden“, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Normstichprobe (N=3168, (Schaarschmidt & Fischer, 2006)) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Normstichprobe			
Erfolgserleben im Beruf	250	-1.712	.088
Lebenszufriedenheit	244	-2.636	.009
Erleben sozialer Unterstützung	224	0.971	.332
Vergleichsgruppe vs. Normstichprobe			
Erfolgserleben im Beruf	209	-3.882	<.001
Lebenszufriedenheit	209	-3.252	.001
Erleben sozialer Unterstützung	190	1.556	.121

^AT-Test

Vergleich der ERI-Werte mit denen einer Normstichprobe

Tab. A.6: ERI-Skalen, T-Tests zwischen Interventions- (N=259) sowie Vergleichsgruppe (N=218) und einer Normstichprobe (N=709, Kudielka et al., 2004) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)	df	t	p^A
Interventionsgruppe vs. Normstichprobe			
Verausgabung	250	0.353	.724
Belohnung	229	5.993	<.001
Risiko-Index	227	-1.994	.047
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft	249	-0.472	.637
Vergleichsgruppe vs. Normstichprobe			
Verausgabung	207	1.955	.052
Belohnung	182	2.995	.003
Risiko-Index	180	0.392	.695
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft	210	1.158	.248

^AT-Test

KTL-Werte getrennt nach Rehabilitationsform

Tab. A.7: Häufigkeit und Intensität der therapeutischen Leistungen bei AHB- und AHV-Patienten (N=462)

Therapeutische Leistungen	AHB (N=261)		AHV (N=201)		p
	n	%/M(SD)	n	%/M(SD)	
Sport- und Bewegungstherapie					
Leistung erhalten (%)	236	90.4	194	96.5	.011^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	235	9.0 (4.7)	194	10.4 (4.7)	.642 ^B
Physiotherapie					
Leistung erhalten (%)	247	94.6	197	98.0	.063 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	246	4.8 (2.0)	197	5.1 (2.6)	.462 ^B
Information, Motivation und Schulung					
Leistung erhalten (%)	261	100	201	100	-
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	260	3.6 (2.8)	201	4.4 (2.7)	.085 ^B
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie					
Leistung erhalten (%)	184	70.5	123	61.2	.036^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	183	0.7 (0.5)	123	0.5 (0.3)	.001^B
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie					
Leistung erhalten (%)	147	56.3	151	75.1	<.001^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	146	2.4 (1.8)	151	2.9 (2.0)	.343 ^B
Klinische Psychologie, Neuropsychologie					
Leistung erhalten (%)	226	86.6	191	95.0	.002^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	225	2.2 (1.1)	191	2.3 (1.4)	.585 ^B
Reha-Pflege					
Leistung erhalten (%)	26	10.0	22	10.9	.731 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	26	1.8 (2.3)	22	1.4 (1.4)	-
Physikalische Therapie					
Leistung erhalten (%)	215	82.4	174	86.6	.221 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	214	4.1 (2.5)	174	3.4 (2.3)	.284 ^B
Rekreationstherapie					
Leistung erhalten (%)	158	60.5	124	61.7	.801 ^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	157	2.0 (1.7)	124	1.7 (1.7)	.421 ^B
Ernährung					
Leistung erhalten (%)	155	59.4	157	78.1	<.001^A
Anzahl der Leistungen in der Woche (M/SD)	154	6.7	157	6.7 (1.0)	.688 ^B

^AChi²-Test; ^BANOVA mit Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und Rehabilitationsform als feste Faktoren;

grau hinterlegt: aufgrund der geringen Fallzahl in einer oder mehreren Untergruppen war keine Signifikanzprüfung möglich

Ärztliche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Männern und Frauen

Tab. A.8: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der momentanen Erwerbsfähigkeit sowie des positiven und negativen Leistungsvermögens bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A
	n	%	n	%	
Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme					
keine	19	5.8	3	2.4	.155
bis unter 3 Monate	77	23.4	40	32.3	
3 bis unter 6 Monate	71	21.6	24	19.4	
6 und mehr Monate	162	49.2	57	46.0	
Als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen					
ja	107	31.8	26	21.0	.027
Positives Leistungsvermögen (Arbeitsschwere, -haltung, -organisation)					
keine wesentlichen Einschränkungen	74	22.2	19	15.2	.118
Negatives Leistungsvermögen durch Einschränkung der/des					
geistigen/psychischen Belastbarkeit	116	34.4	39	31.0	.508
Sinnesorgane	7	2.0	6	4.8	.125
Bewegungs- und Halteapparats	222	65.9	80	63.5	.662
Gefährdungs- und Belastungsfaktoren	202	59.9	71	56.3	.525

^AChi²-Test

Tab. A.9: Einschätzungen des positiven Leistungsvermögens hinsichtlich Arbeitsschwere und -haltung bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1), Angaben in %

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A
	n	%	n	%	
Körperliche Arbeitsschwere					
schwer bis mittelschwer	40	12.0	30	24.4	.003
mittelschwer bis leicht	191	57.5	55	44.7	
leicht	101	30.4	38	30.9	
Arbeitshaltung im Stehen					
ständig	54	16.3	12	9.8	.150
überwiegend	195	58.7	73	59.3	
zeitweise	83	25.0	38	30.9	

^AChi²-Test

Fortsetzung der **Tabelle A.9:**

Einschätzungen des positiven Leistungsvermögens hinsichtlich Arbeitsschwere und -haltung bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A
	n	%	n	%	
Arbeitshaltung im Sitzen					
ständig	193	58.1	62	50.4	.167
überwiegend	139	41.9	61	49.6	

^AChi²-Test

Tab. A.10: Ärztliche Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der letzten beruflichen Tätigkeit sowie der Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen bei Frauen und Männern (N=477) zu Beginn der Rehabilitation (T1)

	Frauen (N=348)		Männer (N=129)		p ^A
	n	%	n	%	
Einschätzung der täglichen Arbeitskraft im Rahmen der letzten Tätigkeit					
≥ 6 Stunden	268	79.3	97	77.0	.428
3 bis 6 Stunden	14	4.1	3	2.4	
< 3 Stunden	56	16.6	26	20.6	

Einschätzung der allgemeinen Arbeitskraft als Folge des positiven und negativen Leistungsvermögens

≥ 6 Stunden	313	93.2	116	93.5	.160
< 6 Stunden	23	6.8	8	6.5	

^AChi²-Test

Einschätzung der Rehabilitationseffekte zu T2 und T3

Tab. A.11: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der Rehabilitationseffekte 6 Monate nach Rehabilitationseende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Körperliche Gesundheit			
Gruppe	1	0.459	.498
Geschlecht	1	1.202	.274
Gruppe*Geschlecht	1	0.762	.383
Schmerzen			
Gruppe	1	3.042	.082
Geschlecht	1	1.018	.314
Gruppe*Geschlecht	1	0.968	.326
Familie/Partnerschaft			
Gruppe	1	3.540	.061
Geschlecht	1	0.728	.394
Gruppe*Geschlecht	1	2.000	.158

^AANOVA

Fortsetzung der **Tabelle A.11:**

Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der Rehabilitationseffekte 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Kontakt mit anderen			
Gruppe	1	3.280	.071
Geschlecht	1	13.140	<.001
Gruppe*Geschlecht	1	0.167	.683
Seelisches Befinden			
Gruppe	1	2.796	.095
Geschlecht	1	10.237	.001
Gruppe*Geschlecht	1	1.679	.196
Arbeit und Beruf			
Gruppe	1	0.874	.350
Geschlecht	1	1.436	.232
Gruppe*Geschlecht	1	0.070	.792
Freizeit			
Gruppe	1	1.106	.294
Geschlecht	1	0.788	.375
Gruppe*Geschlecht	1	0.507	.477

^AANOVA

Tab. A.12: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der Praktikabilität bzw. Umsetzung der Rehabilitationsinhalte im Alltag 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Das in der Reha Gelernte war für den Alltag geeignet.			
Gruppe	1	1.436	.232
Geschlecht	1	3.002	.084
Gruppe*Geschlecht	1	0.222	.638
Es wurde besprochen, wie man das in der Reha Gelernte im Alltag umsetzen kann.			
Gruppe	1	4.376	.037
Geschlecht	1	2.877	.091
Gruppe*Geschlecht	1	0.971	.325
Es wurden Probleme besprochen, die beim Übergang in den Alltag entstehen können.			
Gruppe	1	5.879	.016
Geschlecht	1	0.000	.990
Gruppe*Geschlecht	1	3.957	.047
Es wurde besprochen, wie der berufliche Wiedereinstieg gestaltet werden soll.			
Gruppe	1	22.173	<.001
Geschlecht	1	1.762	.185
Gruppe*Geschlecht	1	0.233	.630

^AANOVA

Tab. A.13: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der ärztlichen Betreuung während der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
„Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.“			
Gruppe	1	1.003	.317
Geschlecht	1	0.006	.937
Gruppe*Geschlecht	1	6.938	.009
„Die Ärztin/der Arzt war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“			
Gruppe	1	0.714	.399
Geschlecht	1	0.600	.439
Gruppe*Geschlecht	1	0.003	.958
„Die Ärztin/der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich gemacht.“			
Gruppe	1	0.030	.862
Geschlecht	1	0.704	.402
Gruppe*Geschlecht	1	0.367	.545
„Die Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.“			
Gruppe	1	1.305	.254
Geschlecht	1	0.242	.623
Gruppe*Geschlecht	1	0.032	.858

^AANOVA

Tab. A.14: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der pflegerischen Betreuung während der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
„Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.“			
Gruppe	1	0.145	.704
Geschlecht	1	0.175	.676
Gruppe*Geschlecht	1	0.610	.435
„Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.“			
Gruppe	1	1.888	.170
Geschlecht	1	2.148	.144
Gruppe*Geschlecht	1	1.335	.249
„Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.“			
Gruppe	1	0.748	.388
Geschlecht	1	1.758	.186
Gruppe*Geschlecht	1	0.481	.488

^AANOVA

Tab. A.15: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der psychologischen Betreuung 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=174, Anzahl an Patienten, die eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen haben)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
„Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.“			
Gruppe	1	0.981	.323
Geschlecht	1	0.650	.421
Gruppe*Geschlecht	1	0.098	.755
„Die Psychologin/der Psychologe war sehr einfühlsam und verständnisvoll.“			
Gruppe	1	1.359	.245
Geschlecht	1	0.023	.878
Gruppe*Geschlecht	1	0.572	.450
„Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten.“			
Gruppe	1	0.668	.415
Geschlecht	1	0.101	.751
Gruppe*Geschlecht	1	1.347	.247

^AANOVA

Tab. A.16: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Beurteilung der strukturellen Aspekte während der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Leistung der Verwaltung			
Gruppe	1	6.041	.014
Geschlecht	1	0.010	.920
Gruppe*Geschlecht	1	2.932	.088
Größe und Ausstattung des Zimmers			
Gruppe	1	3.972	.047
Geschlecht	1	0.046	.830
Gruppe*Geschlecht	1	0.120	.729
Essen/Ernährung			
Gruppe	1	12.377	<.001
Geschlecht	1	0.232	.630
Gruppe*Geschlecht	1	3.224	.073
Organisation der Abläufe			
Gruppe	1	12.410	<.001
Geschlecht	1	1.685	.195
Gruppe*Geschlecht	1	3.192	.075

^AANOVA

Tab. A.17: Einfluss der Variablen Gruppe und Geschlecht auf die Gesamtbeurteilung der Rehabilitation 6 Monate nach Rehabilitationsende (N=390)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Gruppe	1	3.742	.054
Geschlecht	1	0.197	.657
Gruppe*Geschlecht	1	2.939	.087

^AANOVA

Veränderungen im Katamnesezeitraum bei Männern und Frauen

Tab. A.18: Veränderungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=390)

Veränderungen seit der Rehabilitation	Männer (N=102)		Frauen (N=288)		p ^A
	n	%	n	%	
Veränderung bzgl. Familie, Ehe oder Partnerschaft	15	14.7	49	17.3	.553
Veränderung bzgl. Beruf	36	35.3	94	33.0	.671
Ereignisse, die bis heute belasten	25	24.8	95	33.2	.114
Ereignisse, die bis heute positiv wirken	29	28.4	115	40.5	.031

^AChi²-Test

Tab. A.19: Veränderungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=336)

Veränderungen seit der Rehabilitation	Männer (N=81)		Frauen (N=255)		p ^A
	n	%	n	%	
Veränderung bzgl. Familie, Ehe oder Partnerschaft	5	6.3	33	13.0	.096
Veränderung bzgl. Beruf	23	29.1	69	27.5	.779
Ereignisse, die bis heute belasten	23	29.1	97	39.3	.103
Ereignisse, die bis heute positiv wirken	19	23.5	97	39.0	.011

^AChi²-Test

Tab. A.20: Entwicklung der Krebserkrankung in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=390)

Entwicklung der Krebserkrankung	Männer (N=102)		Frauen (N=288)		p
	n	%	n	%	
weiterhin kein Tumor nachweisbar	75	75.0	255	89.5	
Zurückbildung der Tumorerkrankung	11	11.0	7	2.5	
Wiederauftreten des ursprünglichen Tumors	2	2.0	2	0.7	.001^A
Metastasierung	4	4.0	11	3.9	
Sonstiges	8	8.0	10	3.5	
Auftreten anderer, stark beeinträchtigender Erkrankungen	29	28.7	77	26.8	.715^B

^AExakter Test nach Fisher, ^BChi²-Test

Tab. A.21: Entwicklung der Krebserkrankung in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=336)

Entwicklung der Krebserkrankung	Männer (N=81)		Frauen (N=255)		p
	n	%	n	%	
weiterhin kein Tumor nachweisbar	65	81.3	222	88.4	
Zurückbildung der Tumorerkrankung	7	8.8	4	1.6	
Wiederauftreten des ursprünglichen Tumors	3	3.8	3	1.2	.018^A
Metastasierung	2	2.5	8	3.2	
Sonstiges	3	3.8	14	5.6	
Auftreten anderer, stark beeinträchtigender Erkrankungen	20	25.0	78	31.7	.256^B

^AExakter Test nach Fisher, ^BChi²-Test

Tab. A.22: Krebsspezifische Behandlungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=390)

Krebspezifische Behandlungen	Männer (N=102)		Frauen (N=288)		p
	n	%	n	%	
Behandlung					
Operation	6	6.3	14	5.2	.694^A
Chemotherapie	14	14.6	13	4.9	.002^A
Strahlentherapie	9	9.5	4	1.5	.001^B
Hormonbehandlung	2	2.2	103	37.6	<.001^A
Schmerzmedikation	18	19.4	24	9.2	.009^A
Andere	6	6.5	50	19.4	.004^A
Stationäre Aufenthalte					
Rehabilitationseinrichtung	2	2.1	4	1.5	.647^B
Krankenhaus	19	19.4	26	9.9	.016^A

^AChi²-Test; ^BExakter Test nach Fisher

Tab. A.23: Krebsspezifische Behandlungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=336)

Krebspezifische Behandlungen	Männer (N=81)		Frauen (N=255)		p
	n	%	n	%	
Behandlung					
Operation	3	3.8	11	4.7	1.00 ^A
Chemotherapie	5	6.3	14	5.9	1.00 ^A
Strahlentherapie	5	6.3	3	1.3	.028^A
Hormonbehandlung	2	2.5	84	35.0	<.001^B
Schmerzmedikation	5	6.3	20	8.5	.530 ^B
Andere	3	3.9	36	16.6	.005^B
Stationäre Aufenthalte					
Rehabilitationseinrichtung	8	10.1	26	10.5	.928 ^B
Krankenhaus	9	12.2	18	7.9	.264 ^B

^AExakter Test nach Fisher, ^BChi²-Test

Tab. A.24: Ambulante Behandlungen in den Monaten 1 bis 6 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=390)

	Männer (N=102)		Frauen (N=288)		p ^A
	n	%	n	%	
Ambulante medizinische Behandlungen					
Hausarzt	66	66.7	172	66.9	.963
Onkologe	58	61.1	124	50.0	.066
anderer Arzt	39	43.3	192	73.8	<.001
Heilpraktiker	4	4.9	25	11.8	.077
Lymphdrainage	7	8.3	80	34.6	<.001
Ambulante psycho-soziale Behandlungen					
niedergelassener Psychotherapeut	8	7.8	61	21.6	.002
Selbsthilfegruppe	2	2.0	20	7.2	.055
Krebsberatungsstelle	4	4.0	11	4.1	1.00
berufliche Beratung	10	10.0	37	13.7	.342
anderes	1	1.4	18	10.3	.016

^AChi²-Test

Tab. A.25: Ambulante Behandlungen in den Monaten 7 bis 12 nach Ende der Rehabilitation bei Frauen und Männern (N=336)

	Männer (N=81)		Frauen (N=255)		p
	n	%	n	%	
Ambulante medizinische Behandlungen					
Hausarzt	46	59.0	104	45.8	.045^A
Onkologe	44	56.4	98	43.6	.050 ^A
anderer Arzt	24	33.8	134	58.5	<.001^A
Heilpraktiker	3	4.2	19	9.5	.152 ^A
Lymphdrainage	5	7.0	56	26.3	.001^A
Ambulante psycho-soziale Behandlungen					
niedergelassener Psychotherapeut	13	16.5	50	19.9	.494 ^A
Selbsthilfegruppe	1	1.3	10	4.1	.471 ^B
Krebsberatungsstelle	3	3.8	7	2.9	.709 ^B
berufliche Beratung	10	12.8	23	9.6	.415 ^A
anderes	2	3.6	7	4.7	1.00 ^B

^AChi²-Test, ^BExakter Test nach Fisher

Entwicklung der beruflichen Situation der Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation (T1) arbeitslos sind bzw. Erwerbsminderungsrente beziehen

Tab. A.26: Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach Rehabilitationsende nach Arbeitslosigkeit oder Erwerbsminderungsrente zu Beginn der Rehabilitation (T1) in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe (N=24)

	wieder in einem beruflichen Verhältnis		nicht in einem beruflichen Verhältnis	
	n	%	n	%
Arbeitslosigkeit zu T1				
Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2)				
Interventionsgruppe	3	30.0	7	70.0
Vergleichsgruppe	2	18.2	9	81.8
Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3)				
Interventionsgruppe	6	60.0	4	40.0
Vergleichsgruppe	2	18.2	9	81.8
Erwerbsunfähigkeitsrente zu T1				
Situation ein halbes Jahr nach Rehabilitationsende (T2)				
Interventionsgruppe	-	-	-	-
Vergleichsgruppe	1	33.3	2	66.7
Situation ein Jahr nach Rehabilitationsende (T3)				
Interventionsgruppe	-	-	-	-
Vergleichsgruppe	1	33.3	2	66.7

Entwicklung der psychosozialen Situation bei AHB-Patienten

Tab. A.27: Deskriptive Statistik zu Angst- und Depressivitätswerten (HADS) sowie der subjektiven Belastung (DT) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Psychische Belastung (HADS, DT)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Angst (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	60	6.2	3.5	60	6.9	3.9	60	6.9	4.0
	Vergleichsgruppe	71	6.5	3.9	71	6.5	3.2	71	6.7	3.8
	Gesamt	131	6.4	3.7	131	6.7	3.5	131	6.8	3.9
Nicht zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	12	8.3	4.2	12	8.0	4.5	12	8.3	3.7
	Vergleichsgruppe	23	8.3	3.5	23	9.3	4.2	23	9.1	4.2
	Gesamt	35	8.3	3.7	35	8.9	4.3	35	8.8	4.0
Gesamt	Interventionsgruppe	72	6.6	3.7	72	7.1	4.0	72	7.2	4.0
	Vergleichsgruppe	94	7.0	3.9	94	7.2	3.7	94	7.3	4.0
Depressivität (HADS)^A										
Zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	60	5.3	3.6	60	4.9	4.0	60	5.1	4.5
	Vergleichsgruppe	71	4.6	3.7	71	4.4	3.5	71	4.8	4.1
	Gesamt	131	4.9	3.6	131	4.7	3.7	131	5.0	4.2
Nicht zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	12	6.4	3.5	12	6.6	4.5	12	6.2	4.1
	Vergleichsgruppe	23	7.8	4.7	23	8.7	4.8	23	7.7	4.6
	Gesamt	35	7.3	4.3	35	8.0	4.8	35	7.2	4.4
Gesamt	Interventionsgruppe	72	5.5	3.6	72	5.2	4.1	72	5.3	4.4
	Vergleichsgruppe	94	5.4	4.2	94	5.5	4.3	94	5.6	4.4
Subjektive Belastung (DT)^B										
Zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	58	4.7	2.1	58	4.6	2.4	58	5.1	2.6
	Vergleichsgruppe	63	4.2	2.2	63	4.4	2.2	63	5.1	2.6
	Gesamt	121	4.4	2.2	121	4.5	2.3	121	5.1	2.6
Nicht zur Arbeit zurückge- kehrt	Interventionsgruppe	13	5.2	2.9	13	5.0	2.3	13	4.6	2.8
	Vergleichsgruppe	21	4.6	2.5	21	6.2	2.0	21	5.3	2.4
	Gesamt	34	4.8	2.6	34	5.7	2.2	34	5.1	2.6
Gesamt	Interventionsgruppe	71	4.8	2.3	71	4.7	2.4	71	5.0	2.6
	Vergleichsgruppe	84	4.3	2.3	84	4.8	2.3	84	5.1	2.5

^Aklinisch grenzwertig ab einem Wert ≥ 8 , ^Bklinisch relevant belastet ab einem Wert ≥ 5

Tab. A.28: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie die subjektive Belastung (DT) (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Angst (HADS)			
Zeit	1.789	1.088	.333
Gruppe	1	0.204	.652
Rückkehr zur Arbeit	1	8.112	.005
Zeit*Gruppe	1.789	0.105	.880
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.789	0.007	.989

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle A.28:**

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Angst- und Depressivitätswerte (HADS) sowie die subjektive Belastung (DT) (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Depressivität (HADS)			
Zeit	1.888	0.214	.795
Gruppe	1	0.775	.380
Rückkehr zur Arbeit	1	11.228	.001
Zeit*Gruppe	1.888	0.302	.727
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.888	1.480	.230
Subjektive Belastung (DT)			
Zeit	2	1.330	.266
Gruppe	1	1.708	.193
Rückkehr zur Arbeit	1	0.079	.780
Zeit*Gruppe	2	2.042	.132
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	2.543	.080

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.29: Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Globale Lebensqualität^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	56.8	19.7	60	64.6	23.7	60	67.1	22.8
	Vergleichsgruppe	74	60.6	18.7	74	65.8	16.9	74	65.2	20.4
	Gesamt	134	58.9	19.2	134	65.2	20.1	134	66.0	21.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	51.8	22.2	14	54.2	22.8	14	57.7	21.0
	Vergleichsgruppe	23	52.2	18.7	23	41.7	21.0	23	51.1	22.7
	Gesamt	37	52.0	19.8	37	46.4	22.3	37	53.6	22.0
Gesamt	Interventionsgruppe	74	55.9	20.1	74	62.6	23.7	74	65.3	22.7
	Vergleichsgruppe	97	58.6	18.9	97	60.1	20.6	97	61.9	21.7
Körperliche Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	73.0	19.1	60	82.6	17.4	60	83.3	18.4
	Vergleichsgruppe	74	74.2	19.6	74	82.4	14.3	74	82.7	15.6
	Gesamt	134	73.7	19.3	134	82.5	15.7	134	82.9	16.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	63.3	15.9	14	68.1	17.8	14	67.1	17.2
	Vergleichsgruppe	23	68.8	16.6	23	60.6	20.7	23	65.8	18.0
	Gesamt	37	66.7	16.3	37	63.4	19.7	37	66.3	17.5
Gesamt	Interventionsgruppe	74	71.2	18.8	74	79.8	18.3	74	80.2	19.2
	Vergleichsgruppe	97	72.9	19.0	97	77.2	18.5	97	78.7	17.6

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Fortsetzung der **Tabelle A.29**:

Deskriptive Statistik zur globalen Lebensqualität und den Funktionsskalen (EORTC QLQ-C30) zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Lebensqualität (EORTC QLQ-C30)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Rollenfunktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	48.9	32.5	60	71.9	28.7	60	73.6	29.5
	Vergleichsgruppe	74	58.6	26.2	74	74.1	24.8	74	72.1	23.7
	Gesamt	134	54.2	29.5	134	73.1	26.6	134	72.8	26.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	36.9	27.1	14	47.6	20.5	14	59.5	31.8
	Vergleichsgruppe	23	48.6	24.6	23	41.3	27.9	23	49.3	27.7
	Gesamt	37	44.1	25.8	37	43.7	25.3	37	53.2	29.4
Gesamt	Interventionsgruppe	74	46.6	31.7	74	67.3	28.9	74	70.9	30.2
	Vergleichsgruppe	97	56.2	26.1	97	66.3	29.1	97	66.7	26.5
Emotionale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	65.1	25.3	60	62.8	26.9	60	61.8	27.3
	Vergleichsgruppe	74	64.5	25.6	74	64.9	24.0	74	61.3	24.5
	Gesamt	134	64.8	25.4	134	63.9	25.2	134	61.5	25.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	51.8	27.2	14	51.8	24.1	14	52.4	22.0
	Vergleichsgruppe	23	52.2	21.8	23	46.4	29.3	23	53.3	26.7
	Gesamt	37	52.0	23.6	37	48.4	27.2	37	52.9	24.7
Gesamt	Interventionsgruppe	74	62.6	26.0	74	60.7	26.6	74	60.0	26.5
	Vergleichsgruppe	97	61.6	25.2	97	60.5	26.4	97	59.4	25.1
Kognitive Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	76.4	21.1	60	76.9	23.6	60	73.1	25.7
	Vergleichsgruppe	74	73.4	23.6	74	74.1	23.9	74	75.7	23.3
	Gesamt	134	74.8	22.5	134	75.4	23.7	134	74.5	24.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	48.8	30.3	14	56.0	30.4	14	48.8	28.8
	Vergleichsgruppe	23	61.6	23.8	23	56.5	25.0	23	63.8	26.4
	Gesamt	37	56.8	26.8	37	56.3	26.7	37	58.1	27.9
Gesamt	Interventionsgruppe	74	71.2	25.3	74	73.0	26.1	74	68.5	27.8
	Vergleichsgruppe	97	70.6	24.0	97	69.9	25.2	97	72.9	24.5
Soziale Funktion^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	59	58.2	23.2	59	70.6	27.9	59	72.3	29.1
	Vergleichsgruppe	74	62.6	26.9	74	78.2	22.7	74	75.2	24.1
	Gesamt	133	60.7	25.3	133	74.8	25.3	133	73.9	26.4
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	44.0	33.1	14	64.3	29.9	14	60.7	28.2
	Vergleichsgruppe	23	63.0	28.8	23	53.6	31.0	23	64.5	30.3
	Gesamt	37	55.9	31.5	37	57.7	30.6	37	63.1	29.2
Gesamt	Interventionsgruppe	73	55.5	25.8	73	69.4	28.2	73	70.1	29.1
	Vergleichsgruppe	97	62.7	27.2	97	72.3	26.9	97	72.7	25.9

^ASkala von 0 bis 100 (100 ≙ volles Funktionsniveau)

Tab. A.30: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die globale Lebensqualität und die Funktionskalen (EORTC QLQ-C30) (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Globale Lebensqualität			
Zeit	1.894	3.453	.035
Gruppe	1	0.673	.413
Rückkehr zur Arbeit	1	13.956	<.001
Zeit*Gruppe	1.894	2.217	.113
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.894	3.619	.030
Körperliche Funktion			
Zeit	1.733	4.707	.013
Gruppe	1	0.032	.859
Rückkehr zur Arbeit	1	26.300	<.001
Zeit*Gruppe	1.733	2.406	.100
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.733	5.949	.005
Rollenfunktion			
Zeit	1.919	14.904	<.001
Gruppe	1	0.050	.823
Rückkehr zur Arbeit	1	23.359	<.001
Zeit*Gruppe	1.919	4.522	.013
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.919	4.678	.011
Emotionale Funktion			
Zeit	1.829	0.384	.663
Gruppe	1	0.017	.896
Rückkehr zur Arbeit	1	8.699	.004
Zeit*Gruppe	1.829	0.095	.894
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.829	0.933	.387
Kognitive Funktion			
Zeit	1.811	0.069	.918
Gruppe	1	1.202	.275
Rückkehr zur Arbeit	1	24.801	<.001
Zeit*Gruppe	1.811	2.435	.095
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.811	0.069	.918
Soziale Funktion			
Zeit	1.922	10.139	<.001
Gruppe	1	1.254	.264
Rückkehr zur Arbeit	1	7.718	.006
Zeit*Gruppe	1.922	3.085	.049
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.922	1.259	.285

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Entwicklung der beruflichen Belastung bei AHB-Patienten

Tab. A.31: Deskriptive Statistik zur Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZ^M) sowie zur beruflichen Belastung (SIBAR) (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Lebenszufriedenheit* (FLZ^M)										
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	5.0	1.6	60	4.8	1.6	60	4.8	1.8
	Vergleichsgruppe	72	5.0	1.6	72	5.0	1.5	72	4.8	1.4
	Gesamt	132	5.0	1.6	132	4.9	1.5	132	4.8	1.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	5.1	1.6	13	2.9	2.0	13	4.1	2.6
	Vergleichsgruppe	19	3.4	1.6	19	2.4	1.6	19	3.0	1.7
	Gesamt	32	4.1	1.8	32	2.6	1.7	32	3.4	2.2
Gesamt	Interventionsgruppe	73	5.0	1.6	73	4.5	1.8	73	4.7	1.9
	Vergleichsgruppe	91	4.7	1.7	91	4.5	1.8	91	4.4	1.6
Finanzielle Lage^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	62	4.6	1.5	62	4.4	1.7	62	4.7	1.6
	Vergleichsgruppe	72	4.7	1.5	72	4.8	1.4	72	4.6	1.4
	Gesamt	134	4.6	1.5	134	4.6	1.5	134	4.6	1.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	14	4.8	1.6	14	4.0	1.9	14	4.7	1.9
	Vergleichsgruppe	22	3.9	1.7	22	3.0	1.6	22	3.5	1.6
	Gesamt	36	4.2	1.7	36	3.4	1.8	36	4.0	1.8
Gesamt	Interventionsgruppe	76	4.6	1.5	76	4.3	1.7	76	4.7	1.7
	Vergleichsgruppe	94	4.5	1.6	94	4.4	1.6	94	4.3	1.5
Berufliche Situation/ Belastung (SIBAR)^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	3.2	1.1	60	3.2	1.3	60	3.4	1.1
	Vergleichsgruppe	70	3.3	1.2	70	3.4	1.1	70	3.5	1.0
	Gesamt	130	3.3	1.1	130	3.3	1.2	130	3.4	1.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	11	2.7	1.4	11	2.3	1.3	11	2.0	1.3
	Vergleichsgruppe	21	1.9	1.0	21	1.7	0.9	21	1.8	0.9
	Gesamt	32	2.2	1.2	32	1.9	1.1	32	1.8	1.1
Gesamt	Interventionsgruppe	71	3.2	1.2	71	3.0	1.3	71	3.1	1.2
	Vergleichsgruppe	91	3.0	1.3	91	3.0	1.2	91	3.1	1.2

^ASkala 1 „gar nicht“, 2 „wenig“, 3 „mittel“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“

^BSkala 1 „stark belastend“, 2 „etwas belastend“, 3 „teils/teils“, 4 „eher erfüllend“, 5 „sehr erfüllend“

Tab. A.32: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Lebenszufriedenheit im beruflichen und finanziellen Bereich (FLZM) sowie die berufliche Belastung (SIBAR) (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung			
Zeit	2	10.710	<.001
Gruppe	1	4.229	.041
Rückkehr zur Arbeit	1	35.136	<.001
Zeit*Gruppe	2	2.117	.122
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	8.909	<.001
Finanzielle Lage			
Zeit	2	6.272	.002
Gruppe	1	3.474	.064
Rückkehr zur Arbeit	1	6.380	.012
Zeit*Gruppe	2	0.831	.437
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	5.145	.006
Berufliche Belastung (SIBAR)			
Zeit	1.922	1.087	.337
Gruppe	1	1.179	.279
Rückkehr zur Arbeit	1	45.465	<.001
Zeit*Gruppe	1.922	0.914	.399
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.922	2.956	.056

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.33: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	58	15.5	4.7	58	14.6	4.8	58	14.5	4.5
	Vergleichsgruppe	71	16.6	5.0	71	15.8	5.3	71	16.1	4.5
	Gesamt	129	16.1	4.9	129	15.3	5.1	129	15.3	4.5
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	14.9	4.6	13	17.1	5.5	13	16.2	5.8
	Vergleichsgruppe	17	14.1	4.9	17	13.2	5.3	17	14.4	5.1
	Gesamt	30	14.4	4.7	30	14.9	5.6	30	15.2	5.4
Gesamt	Interventionsgruppe	71	15.4	4.7	71	15.0	5.0	71	14.8	4.8
	Vergleichsgruppe	88	16.1	5.1	88	15.3	5.4	88	15.7	4.6

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung der **Tabelle A.33**:

Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Berufliches Engagement										
Beruflicher Ehrgeiz^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	57	16.0	4.5	57	15.5	4.5	57	15.7	4.7
	Vergleichsgruppe	68	15.2	5.2	68	15.0	4.2	68	15.5	4.7
	Gesamt	125	15.5	4.9	125	15.3	4.3	125	15.6	4.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	14.3	4.9	13	15.6	5.8	13	15.5	4.8
	Vergleichsgruppe	15	14.5	3.7	15	14.2	3.5	15	14.6	3.8
	Gesamt	28	14.4	4.2	28	14.9	4.7	28	15.0	4.2
Gesamt	Interventionsgruppe	70	15.6	4.5	70	15.6	4.7	70	15.7	4.7
	Vergleichsgruppe	83	15.1	5.0	83	14.9	4.1	83	15.4	4.5
Verausgabungsbereitschaft^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	60	17.6	5.2	60	17.2	5.3	60	17.0	5.5
	Vergleichsgruppe	66	18.1	4.7	66	16.6	4.8	66	16.9	4.7
	Gesamt	126	17.8	4.9	126	16.9	5.1	126	16.9	5.1
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	12	21.5	5.3	12	20.8	5.4	12	19.5	5.9
	Vergleichsgruppe	13	18.4	4.9	13	16.8	4.8	13	16.1	3.9
	Gesamt	25	19.9	5.3	25	18.7	5.4	25	17.7	5.1
Gesamt	Interventionsgruppe	72	18.3	5.4	72	17.8	5.5	72	17.4	5.6
	Vergleichsgruppe	79	18.1	4.7	79	16.7	4.8	79	16.7	4.6
Perfektionsstreben^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	58	21.1	4.8	58	21.3	3.8	58	21.1	4.7
	Vergleichsgruppe	71	21.8	4.6	71	20.8	4.6	71	21.2	3.7
	Gesamt	129	21.5	4.7	129	21.0	4.3	129	21.1	4.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	21.5	4.9	13	23.0	5.7	13	22.5	4.2
	Vergleichsgruppe	16	22.9	3.6	16	21.9	2.6	16	21.7	3.3
	Gesamt	29	22.3	4.2	29	22.4	4.2	29	22.0	3.7
Gesamt	Interventionsgruppe	71	21.1	4.8	71	21.6	4.2	71	21.3	4.6
	Vergleichsgruppe	87	22.0	4.5	87	21.0	4.3	87	21.3	3.6
Distanzierungsfähigkeit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	58	19.1	5.6	58	19.0	5.3	58	19.9	5.7
	Vergleichsgruppe	71	19.5	4.7	71	20.8	4.7	71	20.1	4.9
	Gesamt	129	19.3	5.1	129	20.0	5.0	129	20.0	5.2
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	17.5	6.2	13	17.3	7.4	13	18.9	6.6
	Vergleichsgruppe	17	18.3	5.2	17	18.1	5.0	17	18.6	5.3
	Gesamt	30	17.9	5.5	30	17.8	6.0	30	18.7	5.8
Gesamt	Interventionsgruppe	71	18.8	5.7	71	18.7	5.7	71	19.8	5.8
	Vergleichsgruppe	88	19.3	4.8	88	20.3	4.8	88	19.8	5.0

^A pro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Tab. A.34: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Berufliches Engagement“ (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit			
Zeit	2	0.058	.944
Gruppe	1	0.218	.641
Rückkehr zur Arbeit	1	0.311	.578
Zeit*Gruppe	2	2.977	.052
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	4.002	.019
Beruflicher Ehrgeiz			
Zeit	2	0.546	.580
Gruppe	1	0.448	.504
Rückkehr zur Arbeit	1	0.615	.434
Zeit*Gruppe	2	0.534	.587
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.705	.495
Verausgabebereitschaft			
Zeit	2	6.824	.001
Gruppe	1	3.173	.077
Rückkehr zur Arbeit	1	2.720	.101
Zeit*Gruppe	2	0.534	.587
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	1.239	.291
Perfektionsstreben			
Zeit	2	0.284	.753
Gruppe	1	0.001	.980
Rückkehr zur Arbeit	1	1.651	.201
Zeit*Gruppe	2	4.911	.008
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.476	.622
Distanzierungsfähigkeit			
Zeit	1.895	2.689	.073
Gruppe	1	0.375	.541
Rückkehr zur Arbeit	1	2.645	.106
Zeit*Gruppe	1.895	2.052	.133
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.895	1.089	.335

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.35: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Widerstandskraft“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach 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	Interventionsgruppe	56	15.3	3.3	56	15.6	3.6	56	15.0	3.7
	Vergleichsgruppe	67	15.8	4.1	67	15.1	3.6	67	15.4	3.8
	Gesamt	123	15.6	3.8	123	15.3	3.6	123	15.2	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	14.6	5.2	13	15.5	5.6	13	15.9	5.3
	Vergleichsgruppe	17	17.3	5.3	17	17.8	5.2	17	17.3	3.9
	Gesamt	30	16.1	5.3	30	16.8	5.4	30	16.7	4.5
Gesamt	Interventionsgruppe	69	15.2	3.7	69	15.6	4.0	69	15.2	4.0
	Vergleichsgruppe	84	16.1	4.4	84	15.7	4.1	84	15.8	3.9
Offensive Problembewältigung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	56	21.1	3.6	56	20.8	3.4	56	20.9	3.7
	Vergleichsgruppe	71	21.8	3.5	71	21.1	3.4	71	21.0	3.5
	Gesamt	127	21.5	3.5	127	21.0	3.4	127	20.9	3.6
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	20.2	3.8	13	20.5	4.5	13	20.0	3.0
	Vergleichsgruppe	18	20.6	3.1	18	20.2	3.1	18	19.8	1.8
	Gesamt	31	20.4	3.3	31	20.3	3.7	31	19.9	2.3
Gesamt	Interventionsgruppe	69	20.9	3.6	69	20.8	3.6	69	20.7	3.6
	Vergleichsgruppe	89	21.6	3.4	89	20.9	3.4	89	20.7	3.2
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	58	20.2	4.2	58	19.9	4.3	58	20.4	4.1
	Vergleichsgruppe	71	19.6	3.4	71	19.7	3.4	71	19.8	3.5
	Gesamt	129	19.9	3.7	129	19.8	3.8	129	20.1	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	12	17.4	7.0	12	17.5	6.3	12	17.9	6.6
	Vergleichsgruppe	18	20.3	4.9	18	19.4	5.0	18	20.1	4.6
	Gesamt	30	19.2	5.9	30	18.6	5.6	30	19.2	5.5
Gesamt	Interventionsgruppe	70	19.8	4.8	70	19.5	4.7	70	20.0	4.7
	Vergleichsgruppe	89	19.7	3.7	89	19.7	3.7	89	19.9	3.7

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Tab. A.36: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit die AVEM-Skala „Widerstandskraft“ (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Resignationstendenz bei Misserfolgen			
Zeit	1.783	0.332	.693
Gruppe	1	2.265	.134
Rückkehr zur Arbeit	1	1.898	.170
Zeit*Gruppe	1.783	0.800	.438
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.783	1.566	.213

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle A.36:**

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit die AVEM-Skala „Widerstandskraft“ (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Offensive Problembewältigung			
Zeit	2	1.646	.195
Gruppe	1	0.064	.800
Rückkehr zur Arbeit	1	2.030	.156
Zeit*Gruppe	2	0.695	.500
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.362	.696
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit			
Zeit	1.866	1.240	.289
Gruppe	1	1.384	.241
Rückkehr zur Arbeit	1	2.137	.146
Zeit*Gruppe	1.866	0.181	.820
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.866	0.188	.814

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.37: Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach 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	Interventionsgruppe	56	21.9	3.4	56	21.9	3.4	56	21.5	3.7
	Vergleichsgruppe	70	21.2	4.3	70	21.3	3.5	70	21.2	3.7
	Gesamt	126	21.5	3.9	126	21.6	3.5	126	21.3	3.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	12	22.5	4.1	12	21.7	4.0	12	21.3	5.0
	Vergleichsgruppe	17	18.8	5.1	17	18.9	3.9	17	19.5	3.9
	Gesamt	29	20.3	5.0	29	20.1	4.1	29	20.2	4.4
Gesamt	Interventionsgruppe	68	22.0	3.5	68	21.9	3.5	68	21.5	3.9
	Vergleichsgruppe	87	20.7	4.5	87	20.8	3.7	87	20.8	3.8

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Fortsetzung der **Tabelle A.37:**

Deskriptive Statistik der AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach 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	Interventionsgruppe	58	21.3	4.0	58	20.7	4.0	58	20.6	4.2
	Vergleichsgruppe	69	21.6	3.7	69	21.3	3.6	69	21.1	3.4
	Gesamt	127	21.5	3.8	127	21.0	3.8	127	20.9	3.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	21.8	4.5	13	21.2	5.0	13	19.6	6.0
	Vergleichsgruppe	17	18.9	5.7	17	17.9	5.5	17	17.9	5.5
	Gesamt	30	20.1	5.4	30	19.3	5.4	30	18.6	5.7
Gesamt	Interventionsgruppe	71	21.4	4.1	71	20.8	4.2	71	20.5	4.5
	Vergleichsgruppe	86	21.1	4.3	86	20.6	4.2	86	20.5	4.1
Erleben sozialer Unterstützung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	47	23.1	4.5	47	22.6	4.5	47	22.8	4.6
	Vergleichsgruppe	60	23.0	3.9	60	22.7	4.2	60	22.2	4.0
	Gesamt	107	23.0	4.2	107	22.7	4.3	107	22.5	4.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	9	23.9	4.8	9	23.8	5.3	9	23.1	5.1
	Vergleichsgruppe	15	22.9	4.6	15	22.5	4.1	15	21.7	4.6
	Gesamt	24	23.3	4.6	24	23.0	4.5	24	22.3	4.7
Gesamt	Interventionsgruppe	56	23.2	4.5	56	22.8	4.6	56	22.8	4.7
	Vergleichsgruppe	75	22.9	4.0	75	22.7	4.2	75	22.1	4.1

^Apro Skala 6 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft völlig zu)

Tab. A.38: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Erfolgs erleben im Beruf			
Zeit	2	0.380	.684
Gruppe	1	5.201	.024
Rückkehr zur Arbeit	1	1.981	.161
Zeit*Gruppe	2	2.093	.125
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.360	.698
Lebenszufriedenheit			
Zeit	2	6.975	.001
Gruppe	1	1.950	.165
Rückkehr zur Arbeit	1	4.023	.047
Zeit*Gruppe	2	1.070	.344
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	1.711	.182

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle A.38**:

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die AVEM-Skala „Emotionen und Wohlbefinden“ (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Erleben sozialer Unterstützung			
Zeit	2	2.226	.110
Gruppe	1	0.582	.447
Rückkehr zur Arbeit	1	0.071	.790
Zeit*Gruppe	2	0.208	.813
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.359	.698

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.39: Deskriptive Statistik der ERI-Skalen und des Risiko-Index zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Verausgabung^A										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	57	14.3	5.2	57	14.6	5.6	57	13.8	5.6
	Vergleichsgruppe	65	14.8	4.7	65	13.7	4.4	65	13.3	4.4
	Gesamt	122	14.5	4.9	122	14.1	5.0	122	13.5	5.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	11	16.4	5.9	11	14.9	5.8	11	14.7	7.4
	Vergleichsgruppe	15	17.5	5.4	15	17.2	5.7	15	15.3	6.7
	Gesamt	26	17.0	5.5	26	16.2	5.8	26	15.0	6.9
Gesamt	Interventionsgruppe	68	14.6	5.3	68	14.6	5.6	68	14.0	5.9
	Vergleichsgruppe	80	15.3	5.0	80	14.4	4.8	80	13.7	4.9
Belohnung^B										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	46	49.0	6.1	46	49.1	5.4	46	48.5	7.5
	Vergleichsgruppe	51	47.6	6.4	51	49.3	6.2	51	49.9	5.9
	Gesamt	97	48.3	6.3	97	49.2	5.8	97	49.2	6.7
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	11	48.0	5.3	11	47.5	5.6	11	45.5	8.8
	Vergleichsgruppe	12	42.6	7.9	12	43.9	7.8	12	44.4	8.0
	Gesamt	23	45.2	7.2	23	45.6	6.9	23	45.0	8.2
Gesamt	Interventionsgruppe	57	48.8	6.0	57	48.8	5.4	57	47.9	7.8
	Vergleichsgruppe	63	46.6	7.0	63	48.3	6.8	63	48.9	6.6

^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)

Fortsetzung der **Tabelle A.39**:

Deskriptive Statistik der ERI-Skalen und des Risiko-Index zu allen drei Messzeitpunkten in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Risiko-Index^C										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	45	0.52	0.23	45	0.52	0.24	45	0.54	0.33
	Vergleichsgruppe	49	0.60	0.25	49	0.55	0.29	49	0.52	0.23
	Gesamt	94	0.56	0.24	94	0.54	0.26	94	0.53	0.28
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	10	0.64	0.31	10	0.60	0.28	10	0.65	0.45
	Vergleichsgruppe	12	0.81	0.26	12	0.77	0.31	12	0.70	0.38
	Gesamt	22	0.73	0.29	22	0.69	0.30	22	0.68	0.40
Gesamt	Interventionsgruppe	55	0.54	0.24	55	0.54	0.24	55	0.56	0.35
	Vergleichsgruppe	61	0.64	0.27	61	0.60	0.30	61	0.55	0.27
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft^D										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	57	14.5	2.9	57	14.4	2.7	57	14.1	2.9
	Vergleichsgruppe	69	13.7	3.6	69	13.9	2.8	69	13.3	2.9
	Gesamt	126	14.0	3.3	126	14.1	2.8	126	13.7	2.9
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	15.5	4.9	13	14.6	4.4	13	14.5	3.6
	Vergleichsgruppe	15	16.3	3.6	15	16.1	3.3	15	15.0	3.7
	Gesamt	28	15.9	4.2	28	15.4	3.8	28	14.8	3.6
Gesamt	Interventionsgruppe	70	14.6	3.3	70	14.4	3.1	70	14.2	3.1
	Vergleichsgruppe	84	14.1	3.7	84	14.3	3.0	84	13.6	3.1

^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)

Tab. A.40: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die ERI-Skalen und den Risiko-Index (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Verausgabung			
Zeit	1.906	5.785	.004
Gruppe	1	0.258	.613
Rückkehr zur Arbeit	1	3.594	.060
Zeit*Gruppe	1.906	0.541	.574
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.906	0.629	.526
Belohnung			
Zeit	1.865	0.617	.530
Gruppe	1	1.500	.223
Rückkehr zur Arbeit	1	7.008	.009
Zeit*Gruppe	1.865	4.725	.011
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.865	0.520	.583

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Fortsetzung der **Tabelle A.40:**

Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die ERI-Skalen und den Risiko-Index (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Risiko-Index			
Zeit	1.852	1.344	.263
Gruppe	1	1.824	.180
Rückkehr zur Arbeit	1	6.707	.011
Zeit*Gruppe	1.852	3.028	.055
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.852	0.087	.904
Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft			
Zeit	2	3.668	.027
Gruppe	1	0.033	.857
Rückkehr zur Arbeit	1	5.295	.023
Zeit*Gruppe	2	0.676	.510
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	1.042	.354

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.41: Deskriptive Statistik der Unterskalen „Belohnung“ des ERI zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Unterskalen der Skala „Belohnung“^A										
Anerkennung										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	52	23.2	2.6	52	22.9	3.1	52	22.7	3.6
	Vergleichsgruppe	63	22.4	3.3	63	23.0	3.2	63	23.1	3.0
	Gesamt	115	22.7	3.0	115	22.9	3.2	115	22.9	3.3
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	12	21.8	3.4	12	23.3	2.1	12	22.3	4.1
	Vergleichsgruppe	14	20.2	5.2	14	20.1	4.2	14	20.7	5.3
	Gesamt	26	21.0	4.4	26	21.5	3.7	26	21.4	4.7
Gesamt	Interventionsgruppe	64	22.9	2.8	64	22.9	2.9	64	22.6	3.7
	Vergleichsgruppe	77	22.0	3.7	77	22.5	3.6	77	22.7	3.6
Bezahlung/Aufstieg										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	50	17.3	2.8	50	17.5	2.7	50	17.2	3.3
	Vergleichsgruppe	58	17.1	3.0	58	17.7	2.5	58	17.9	2.7
	Gesamt	108	17.2	2.9	108	17.6	2.6	108	17.6	3.0
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	11	16.4	2.3	11	16.6	2.8	11	16.0	3.1
	Vergleichsgruppe	14	16.5	2.6	14	17.4	2.4	14	17.2	2.9
	Gesamt	25	16.4	2.4	25	17.1	2.6	25	16.7	3.0
Gesamt	Interventionsgruppe	61	17.1	2.8	61	17.3	2.7	61	17.0	3.2
	Vergleichsgruppe	72	16.9	2.9	72	17.6	2.4	72	17.8	2.8

^A11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

Fortsetzung der **Tabelle A.41**:

Deskriptive Statistik der Unterskalen „Belohnung“ des ERI zu allen drei Messzeitpunkten (T1-T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe sowie getrennt für zur Arbeit zurückgekehrte und nicht zurückgekehrte Patienten (nur AHB-Patienten, N=174)

Berufliche Gratifikationskrisen (ERI)		Beginn der Rehabilitation (T1)			6 Monate nach der Rehabilitation (T2)			12 Monate nach der Rehabilitation (T3)		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Unterskalen der Skala „Belohnung“^A										
Arbeitsplatzsicherheit										
Zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	58	8.5	2.2	58	8.8	1.8	58	9.0	1.9
	Vergleichsgruppe	71	8.6	2.2	71	9.1	1.8	71	9.1	1.8
	Gesamt	129	8.6	2.2	129	8.9	1.8	129	9.1	1.8
Nicht zur Arbeit zurückgekehrt	Interventionsgruppe	13	9.1	1.5	13	7.6	2.6	13	7.2	3.0
	Vergleichsgruppe	15	7.2	2.4	15	7.4	3.0	15	6.9	2.8
	Gesamt	28	8.1	2.2	28	7.5	2.8	28	7.0	2.8
Gesamt	Interventionsgruppe	71	8.6	2.1	71	8.6	2.0	71	8.7	2.2
	Vergleichsgruppe	86	8.4	2.2	86	8.8	2.2	86	8.7	2.2

^A11 Items mit 5-stufiger Likert-Skala (je geringer der Wert, desto geringer die Belohnung)

Tab. A.42: Einfluss der Variablen Zeit, Gruppe und Rückkehr zur Arbeit auf die Unterskalen der „Belohnung“ des ERI (nur AHB-Patienten, N=174)

Quelle der Varianz	df	F	p ^A
Unterskalen der Skala „Belohnung“			
Anerkennung			
Zeit	2	0.821	.441
Gruppe	1	2.857	.093
Rückkehr zur Arbeit	1	5.341	.022
Zeit*Gruppe	2	1.249	.288
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.320	.726
Bezahlung/Aufstieg			
Zeit	2	1.992	.139
Gruppe	1	0.742	.391
Rückkehr zur Arbeit	1	1.727	.191
Zeit*Gruppe	2	2.173	.116
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	2	0.344	.709
Arbeitsplatzsicherheit			
Zeit	1.861	0.969	.375
Gruppe	1	0.829	.364
Rückkehr zur Arbeit	1	14.297	<.001
Zeit*Gruppe	1.861	2.307	.105
Zeit*Rückkehr zur Arbeit	1.861	6.524	.002

^AANOVA mit Messwiederholung, grau hinterlegt: Greenhouse-Geisser-Korrektur

Tab. A.43: Subjektive Prognosen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Rehabilitation (T1) und ein Jahr nach Ende der Maßnahme (T3) in der Interventions- und Vergleichsgruppe (nur AHB-Patienten, N=174)

	Interventions- gruppe (N=77)		Vergleichs- gruppe (N=97)		p^A	Interventions- gruppe (N=77)		Vergleichs- gruppe (N=97)		p^A
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Leistungseinschätzung zu T1					Leistungseinschätzung zu T3				
voll leistungsfähig	7	9.2	4	4.2	.318	35	46.1	28	28.9	.030
eingeschränkt leistungsfähig	57	75.0	79	83.2		31	40.8	59	60.8	
gar nicht leistungsfähig	12	15.8	12	12.6		10	13.2	10	10.3	

^AChi²-Test

