



Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation

Ein Literatur-Review

PD Dr. David L.B. Schwappach, MPH

Im Auftrag der Krebsliga Schweiz,
finanziert durch die Jubiläumsstiftung der Credit Suisse Group

Forschungsbericht Nr. 236 aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung

August 2007



Inhalt

1	Executive Summary	1
2	Hintergrund	4
3	Methode	6
4	Ergebnisse	9
4.1	Überblick über die exkludierten Studien	9
4.1.1	Spezifische Aspekte der Lebensqualität	9
4.1.2	Entwicklung der Lebensqualität im Zeitverlauf	10
4.1.3	Bedürfnisse an die Akut-Versorgung und das medizinische Follow-up	11
4.1.4	Instrumente zum Assessment von Behandlungsbedürfnissen	12
4.1.5	Effektivität von Interventionen	14
4.1.6	Aspekte des Versorgungssystems	16
4.1.7	Berufsleben, Arbeitstätigkeit und Krebserkrankung	16
4.2	Bedürfnisse, Erfahrungen und Erwartungen an die Rehabilitation	19
4.2.1	Erwartungen an die Rehabilitation	21
4.2.2	Zufriedenheit mit der Rehabilitation	28
4.2.3	Präferenzen gegenüber Rehabilitationsprogrammen oder -komponenten	29
4.2.4	Beurteilung der ambulant-teilstationären Rehabilitation	32
4.2.5	Beurteilung der beruflichen Rehabilitation und Reintegration	35
4.3	Kurzzusammenfassung relevanter Instrumente	38
5	Diskussion und Schlussfolgerungen	39
6	Referenzen	46
7	Anhang	56
7.1	Anhang 1: Bibliographische Angaben der im Volltext analysierten Studien	56
7.2	Anhang 2: Instrumente	69
7.2.1	Supportive Care Needs Survey (SCNS) [136]	69
7.2.2	Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES-SF) [37]	70
7.2.3	Social Difficulties Inventory (SDI) [35]	72
7.2.4	FREM-8 [117]	73
7.2.5	Cancer Rehabilitation Questionnaire (CRQ) [7]	74
7.2.6	Lübecker Patientenfragebogen "Rehabilitation" [118]	75
7.2.7	BFA Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation [119]	79

1 Executive Summary

Hintergrund: Onkologische Erkrankungen gehören in den westlichen Industrieländern immer noch zu den häufigsten Todesursachen. Dennoch überleben aufgrund der enormen Fortschritte in der Früherkennung und in der Therapie bösartiger Neubildungen in den letzten Jahren eine zunehmende Anzahl von Patienten die Erkrankung. Diese erfreuliche Entwicklung ist sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten des Versorgungssystems begleitet von neuen Herausforderungen an das Follow-up, die Nachsorge und die Re-Integration der betroffenen "survivors". International wird daher seit einiger Zeit die Notwendigkeit diskutiert, Patienten nach onkologischen Erkrankungen durch gezielte Rehabilitations-Angebote im Versorgungssystem zu unterstützen wie sie für andere Erkrankungen inzwischen weit etabliert sind. Entsprechend wissenschaftlichen Forderungen und den Entwicklungen in anderen Versorgungsbereichen, zum Beispiel der akut-stationären Versorgung, ist es dabei unerlässlich, neben der professionellen Expertise auch die Sicht der Patienten zu berücksichtigen. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist eine genaue Kenntnis der Bedürfnisse, Erfahrungen und Präferenzen der Patienten erforderlich.

Zielsetzung: Mit dem Ziel, eine detaillierte Sekundäranalyse der relevanten publizierten wissenschaftlichen Erkenntnisse der international publizierten Literatur zu dieser Thematik zu erstellen, wurde vorliegender Literatur-Review durchgeführt. Mit der Analyse sollen insbesondere Erkenntnisse und empirische Daten präsentiert werden, die sich auf die Bedürfnisse, die Präferenzen und die Beurteilung der onkologischen Rehabilitation aus Patientensicht beziehen. Daraus sollen Schlussfolgerungen hinsichtlich der konkreten Rehabilitationsbedürfnisse und Präferenzen von onkologischen Patienten abgeleitet werden. Ebenfalls sollen mögliche Messinstrumente zur Erhebung der Patientensicht auf die Rehabilitation identifiziert und dargestellt werden.

Methode: Im Rahmen eines formalen, standardisierten Vorgehens wurden zunächst Ein- und Ausschlusskriterien fixiert, und diese dann in Suchbegriffe und –strings übersetzt. Mit diesen Suchstrings wurden generische und spezifische Datenbanken abgefragt. In einem zweistufigen Verfahren wurden die empfangenen Datensätze zunächst auf relevante Publikationen reduziert. Die verbleibenden Studien wurden im Volltext empfangen und ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 2151 Studien identifiziert und als Datensätze empfangen, von denen 204 Studien im Volltext ausgewertet wurden. Da die analysierten Studien sowohl in Methodik als auch in den inhaltlichen Fragestellungen eine sehr hohe Varianz aufwiesen, wurde auf den Versuch einer quantitativen Auswertung verzichtet. Vielmehr werden die relevanten Arbeiten und die bedeutsamsten Ergebnisse in systematischer Form dargestellt. Die Mehrzahl der relevanten Studien stammt aus Deutschland, einige wenige jüngere Studien auch aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern. Die Konzentration deutscher Studien ist nicht erstaunlich, hat die Rehabilitation insgesamt, insbesondere aber auch die onkologische Rehabilitation dort eine relativ lange Tradition.

Aus Sicht der Patienten betreffen die wichtigsten Zielbereiche der onkologischen Rehabilitation die "körperliche Leistungsfähigkeit", den Bereich "Ernährung/ Gewicht", und den Bereich "seelische Belastung". Die Erwartungen der Patienten an die onkologische Rehabilitation zeigen, dass sie ein ganzheitliches, umfassendes Verständnis der Rehabilitation haben und Hilfestellung und Unterstützung in der gesamten Bandbreite erwarten. Ärzte und Patienten weisen oftmals sehr divergierende Zielformulierungen für die Rehabilitation auf. Die Beurteilung der Rehabilitation durch die Patienten im Sinne der Erfüllung von Erwartungen und der Zufriedenheit mit Rehabilitationsmassnahmen fällt insgesamt positiv aus. In den vorliegenden Untersuchungen aus Deutschland zeigt sich, dass die stationäre und die ambulante/teilstationäre onkologische Rehabilitation gleichermaßen gut durch die Patienten beurteilt werden.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Literatur-Arbeit liefert eine umfassende Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes zu Bedürfnissen an und zur Zufriedenheit mit der onkologischen Rehabilitation, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne, relevante Studien nicht identifiziert werden konnten. Viele der im Volltext analysierten Studien erfüllten nicht alle Einschlusskriterien sondern bezogen sich auf die primäre onkologische Behandlung, einzelne rehabilitative Massnahmen, bezogen sich nicht auf die Patientenperspektive oder präsentierten keine Primärdaten. Die ausgewerteten Untersuchungen wiesen oftmals eine geringe methodische Qualität und viele Defizite auf. Insgesamt zeigen sich im Bereich der onkologischen Rehabilitation aus internationaler Perspektive sowohl schon zahlreiche wichtige Erkenntnisse, als auch noch deutliche Forschungslücken. Diese Lücken betreffen zwei Dimensionen: Zum einen liegen für viele Aspekte und Einzelinterventionen bisher nur begrenzte wissenschaftlich belastbare Daten hinsichtlich der Effektivität der Massnahmen vor. Zum anderen beziehen sich die identifizierten empirischen Erkenntnisse fast ausschliesslich auf Länder mit

etablierten stationären und ambulanten rehabilitativen Versorgungssystemen, insbesondere auf Deutschland. Daten zu patientenseitigen Erwartungen, Bedürfnissen und zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation nach der onkologischen Erkrankung liegen fast ausschliesslich aus Deutschland vor. Es ist völlig unklar, in wie weit diese Erkenntnisse auf die Schweiz mit einem strukturell verschiedenen Versorgungsangebot übertragbar sind. Es konnten einige konkrete Hinweise auf wichtige Optimierungspotentiale gewonnen werden, z.B. die frühzeitige Information der Patienten über berufliche Aspekte oder auch das Unterstützungspotential der Arbeitgeber für die Rückkehr von Krebspatienten an den Arbeitsplatz. Diese Aspekte können neben der Bearbeitung der strukturellen Perspektive des Rehabilitationsangebotes wichtige konkrete Hinweise zur Verbesserung der Versorgung von Patienten nach onkologischen Erkrankungen liefern.

2 Hintergrund

Onkologische Erkrankungen gehören in den westlichen Industrieländern immer noch zu den häufigsten Todesursachen. Dennoch überleben aufgrund der enormen Fortschritte in der Früherkennung und in der Therapie bösartiger Neubildungen in den letzten Jahren eine zunehmende Anzahl von Patienten die Erkrankung. Für Dänemark wurde für das Jahr 1995 berechnet, dass etwa 70% aller neu diagnostizierten Erkrankungsfälle einer bösartigen Neubildung (äquivalent zu 16.297 Patienten) rehabilitative Leistungen benötigen. Davon betroffen sind circa 3.5% Patienten, die noch in der Ausbildung befindlich sind und weitere 34% jüngere Erwachsene, die eine berufliche Rehabilitation oder entsprechende Einzelleistungen benötigen [1].

Diese erfreuliche Entwicklung ist sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten des Versorgungssystems begleitet von neuen Herausforderungen an das Follow-up, die Nachsorge und die Re-Integration der betroffenen "survivors". Neben dem immer noch zunächst prioritären Ziel, durch die onkologische Therapie die Lebenserwartung zu gewährleisten, tritt so mittel- und langfristig neben der Vermeidung oder Früherkennung von Rezidiven vor allem die Erhaltung und Wiedergewinnung einer optimalen Lebensqualität, die Adaption an mögliche bleibende Einschränkungen, sowie die Verarbeitung der gemachten Erfahrungen in den Vordergrund [2]. Diese Aspekte wiegen umso schwerer, als dass es zunehmende Evidenz dafür gibt, dass die psychosozialen Dimensionen der Krebserkrankung einen unabhängigen Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit haben [3]. Zu diesen individuellen Prozessen gehört neben der Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit auch die Integration in das soziale Leben, den Alltag und das persönliche Lebensumfeld (z.B. Rolle in der Familie). Der etwaigen Rückkehr in das Berufsleben kommt dabei eine besondere Rolle zu, sichert sie doch einerseits die auch ökonomische persönliche Unabhängigkeit und Selbstständigkeit. Andererseits ist die mit der Berufstätigkeit verbundene soziale Eingliederung, Zukunftsperspektive und die individuelle Erfüllung eine wichtige Determinante für die Regenerierung, soweit sie nicht mit einer Leistungsüberforderung verbunden ist. Die (Wieder-)erlangung der Berufstätigkeit ist auch deswegen ein wichtiger Aspekt, da Studien zeigen, dass Patienten mit schlechten Lebensbedingungen (Arbeit, Einkommen, Ausbildung) die Auswirkungen ihrer Krebserkrankung deutlich schwerer beurteilen, als solche, die unter "guten" Lebensbedingungen leben [4].

International wird daher seit einiger Zeit die Notwendigkeit diskutiert, Patienten nach onkologischen Erkrankungen durch gezielte Angebote im Versorgungssystem zu unterstützen wie sie für die Bereiche der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der muskuloskelettalen sowie der neurologischen Erkrankungen und Verletzungen inzwischen weit etabliert sind. Zunehmend werden entsprechende Interventionen auch wissenschaftlich evaluiert und die Effektivität verschiedener Ansätze in Studien untersucht. Auch die Krebsliga Schweiz widmet sich verstärkt dem Bereich der onkologischen Nachsorge und Rehabilitation. In diesem Rahmen wurde ein Projekt „Onkologische Rehabilitation“ initiiert, dessen Ziel es ist, Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder eine Krebserkrankung überstanden haben, Angebote und Unterstützung, die ihre soziale und wirtschaftliche Integration sicherstellen, bieten zu können. Das Projekt besteht aus den Teilprojekten "Rehabilitation am Wohnort", "stationäre Rehabilitation" und "Rehabilitation am Arbeitsplatz". Im Rahmen des 2. Teilprojektes „Stationäre Rehabilitation“ werden die Ziele und Inhalte eines zukünftigen idealen stationären Rehabilitationsangebots bei Fachpersonen aus der Medizin, Pflege und Sozialarbeit mittels einer qualitativen Studie eruiert, um ein stationäres Rehabilitationskonzept, das in drei Kliniken implementiert und getestet wird, zu erarbeiten.

Entsprechend wissenschaftlichen Forderungen und den Entwicklungen in anderen Versorgungsbereichen, zum Beispiel der akut-stationären Versorgung, wurde erkannt, dass es dabei unerlässlich ist neben der professionellen Expertise auch die Sicht der Patienten zu berücksichtigen [5]. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist eine genaue Kenntnis der Bedürfnisse, Erfahrungen und Präferenzen der Patienten erforderlich.

Dafür wurde ein zweistufiges Vorgehen erarbeitet: In einem ersten Schritt erfolgt eine detaillierte Sekundäranalyse der relevanten publizierten wissenschaftlichen Erkenntnisse. In einem zweiten Schritt werden neue empirische Daten mit Hilfe einer Patientenbefragung generiert und analysiert. Durch diesen zweiten Schritt ist es möglich, auch für die Schweiz spezifische Erkenntnisse zu gewinnen, da z.B. internationale empirische Daten, insbesondere im Hinblick auf die soziale Absicherung, nicht zwangsläufig auch für die Schweiz zutreffen müssen.

Dieser Bericht dokumentiert die erste Studienphase, die Analyse und Auswertung der international publizierten wissenschaftlichen Literatur. Der vorgegebene Zeithorizont erlaubt zwar nicht die Durchführung eines formalen systematischen Reviews, wie beispielsweise von Egger und der Cochrane Collaboration definiert [6]. Zudem scheint ein formaler systematischer Review zum jetzigen Zeitpunkt auch unangemessen, da das

beschriebene Themenfeld noch relativ heterogen und wenig bearbeitet ist. Dennoch soll mit einem formalisierten Abfrageprotokoll eine möglichst effiziente und systematische Datenbanksuche durchgeführt und abgesichert werden.

Mit der Analyse der Sekundärdaten sollen folgende Fragen beantwortet und Ergebnisse präsentiert werden:

- Erstellung einer Übersicht über die bisher publizierten Patientenbefragungen zur onkologischen Rehabilitation. Daraus leiten sich die Erkenntnisse zu Patientenbedürfnissen, und im Umkehrschluss auch zu bisherigen Forschungslücken ab.
- Identifikation und Darstellung existierender Messinstrumente zur Erhebung der Zufriedenheit, Präferenzen oder Bedürfnisse von onkologischen Patienten an die Rehabilitation.
- Ableitung von Schlussfolgerungen hinsichtlich der Rehabilitationsbedürfnisse onkologischer Patienten, z.B. in Bezug auf Wohnortnähe, stationäre vs. ambulante Rehabilitation sowie gesellschaftliche und berufliche Reintegration.

3 Methode

Für die systematische Literaturanalyse wurden eine präzise Such-Methode und ein Abfrageprotokoll definiert um eine möglichst geringe Rate falsch-positiver und falsch-negativer Suchresultate zu erzielen. Dafür wurden zunächst Ein- und Ausschlusskriterien für die zu berücksichtigenden Studien fixiert:

Einschlusskriterien:

- Qualitative oder quantitative Patientenbefragung und Erhebung von Bedürfnissen, Erfahrungen oder Präferenzen (inklusive verwandter Konstrukte)
- Empirische Arbeiten mit Primärdaten oder reviews (keine Editorials, methodischen Studien, etc.)
- Ergebnisse für die onkologische Rehabilitation (ggf. auch als Subgruppen-Analyse)
- Publikation im Zeitraum 1990-2007
- West-europäische oder Nordamerikanische Patientenkollektive

Diese Ein- und Ausschlusskriterien wurden in einem nächsten Schritt operationalisiert und in Suchbegriffe und –strings übersetzt. Die folgenden Suchbegriffe wurden verwendet:

[All words]	Oncology Neoplasms Cancer Malignancy	ODER Verknüpfung, Trunkierte Begriffe
[All words]	Rehabilitation Occupational therapy Vocational therapy Employment Work Workplace	ODER Verknüpfung, Trunkierte Begriffe
[All words]	Survey Questionnaire Interview	ODER Verknüpfung, Trunkierte Begriffe
[All words]	Expectation Experience Values Preference Patient satisfaction Satisfaction Needs	ODER Verknüpfung, Trunkierte Begriffe

Die Begriffe einer jeden Kategorie, beziehungsweise deren Trunkierungen, wurden mit Bool'schen Operatoren verknüpft. Operatoren wie Verknüpfungen und Trunkierungen können sich dabei zwischen den verschiedenen Datenbanken unterscheiden und werden hier nicht jeweils aufgeführt. Beispielhaft ist hier der Suchstring für Medline (pubmed) dargestellt:

#1	(Oncology[All Fields] OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR Neoplasms[Text Word]) OR ("neoplasms"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR Cancer[Text Word]) OR ("neoplasms"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR Malignancy[Text Word])
	AND
#2	(("rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR Rehabilitation[Text Word]) OR ("occupational therapy"[MeSH Terms] OR Occupational Therapy[Text Word]) OR ("vocational therapy"[MeSH Terms] OR vocational Therapy[Text Word]) OR ("employment"[MeSH Terms] OR Employment[Text Word]) OR ("workplace"[MeSH Terms] OR Workplace[Text Word]))
	AND
#3	((("data collection"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "data collection"[MeSH Terms] OR Survey[Text Word]) OR ("questionnaires"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "questionnaires"[MeSH Terms] OR Questionnaire[Text Word]) OR ("interview"[Publication Type] OR "interviews"[MeSH Terms] OR "interview"[Text Word]) OR "focus groups"[MeSH Terms] OR Focus Groups[Text Word] OR qualitative study[Text word])
	AND
#4	(Expectation*[All Fields] OR Experience*[All Fields] OR Values[All Fields] OR Preference*[All Fields] OR ("patient satisfaction"[MeSH Terms] OR Patient satisfaction[Text Word]) OR ("personal satisfaction"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "personal satisfaction"[MeSH Terms] OR Satisfaction[Text Word]) OR ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR Needs[Text Word]))

Wo möglich wurden sinnvolle Delimiter eingefügt, beispielsweise eine Begrenzung auf "Menschen", oder der Ausschluss von "Editorialen" und "Briefen" als Publikationstyp. Neben generischen medizinischen Datenbanken (insbesondere MEDLINE) wurden auch spezifische "Health Technology Assessment" (HTA) Datenbanken abgefragt (z.B. DARE, NICE-HTA, DIMDI-HTA) um insbesondere systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu identifizieren, deren Ergebnisse nicht spezifisch für den Bereich der Onkologie publiziert wurden. So können beispielsweise systematische Reviews von Studien zur Messung der Patientenzufriedenheit identifiziert werden, bei denen die onkologische Rehabilitation als eine Teilgruppe eingeschlossen ist. Die folgenden Datenbanken wurden im Juni 2007 unter Verwendung der genannten strings abgefragt:

- MEDLINE (pubmed) (mit / ohne limits 'Cancerlit')
- PsycInfo
- CINAHL
- EMBASE
- CRD databases (DARE und HTA)
- Cochrane Library
- NICE-HTA
- DIMDI-HTA

Bei den HTA-Datenbanken wurde das Suchspektrum sehr weit geöffnet (z.B. Abfrage nur des Begriffes "Rehabilitation" oder "Cancer") um alle Arbeiten zu identifizieren, in denen onkologische Patienten beziehungsweise die Rehabilitation als Subgruppe inkludiert sein könnten. Alle empfangenen Referenzen wurden in eine Datenbank importiert (Reference Manager V11) und in einem ersten Schritt anhand der biographischen Daten und Abstracts auf ihre grundsätzliche Eignung und Erfüllung der Einschlusskriterien geprüft und entsprechend weiter selektioniert. Die verbleibenden Publikationen wurden im Volltext empfangen und ausgewertet. Nach Analyse der Volltexte wurden die Referenzen der Arbeiten manuell ausgewertet um weitere, bisher nicht erfasste Studien zu identifizieren.

4 Ergebnisse

Insgesamt wurden 2151 Studien identifiziert und als Datensätze empfangen. Nach der Reduzierung um Dubletten und Publikationen, die nicht die grundsätzlichen Einschlusskriterien erfüllten (z.B. Abstracts), verblieben 195 Studien, die im Volltext ausgewertet wurden. Durch die Analyse der Referenzen dieser Studien wurden zusätzliche 9 Studien identifiziert. Die bibliographischen Angaben aller 204 ausgewerteten Studien finden sich im Anhang. Da die analysierten Studien sowohl in Methodik als auch in den inhaltlichen Fragestellungen eine sehr hohe Varianz aufwiesen, wurde auf den Versuch einer quantitativen Auswertung verzichtet. Vielmehr stellen wir die relevanten Arbeiten und die bedeutsamsten Ergebnisse in systematischer Form dar.

4.1 Überblick über die exkludierten Studien

Ein erheblicher Anteil der identifizierten und im Volltext ausgewerteten Studien erfüllte nicht die primären Einschlusskriterien. Insbesondere fanden sich in der Analyse Studien, die sich *nicht* spezifisch auf die *Rehabilitation* beziehen und solche, die sich *nicht* mit den *patientenseitigen* Bedürfnissen oder Bewertungen befassen. Neben einer erheblichen Anzahl von exkludierten Publikationen ohne Primärdaten, also methodologischen Arbeiten und so genannten "opinion papers", ist dies vor allem darauf zurückzuführen, dass sowohl innerhalb der Versorgungssysteme einzelner Ländern oder medizinischer Disziplinen, als auch international zwischen den Ländern kein einheitliches Konzept und keine einheitliche Terminologie für die onkologische Rehabilitation existiert [7]. Beispielsweise wird in den chirurgischen Disziplinen im angloamerikanischen Raum oft schon die direkt postoperative Physiotherapie als "Rehabilitation" bezeichnet. Die analysierten, aber im weiteren Review-Verlauf nicht näher ausgewerteten Studien bilden verschiedene thematische Schwerpunkte ab, die kurz vorgestellt und exemplarisch durch eine Auswahl an Studien illustriert werden:

4.1.1 Spezifische Aspekte der Lebensqualität

Viele der identifizierten Studien befassten sich mit verschiedenen Aspekten der Lebensqualität von onkologischen Patienten. Auch hier stellen wir eine exemplarische Auswahl kurz vor:

- Ferrell et al. untersuchten die sozialen Sorgen von jüngeren Patientinnen mit diagnostizierten Ovar-Karzinomen und dokumentieren starke Beeinträchtigungen in

dieser Dimension der Lebensqualität, die häufig ungenügende Aufmerksamkeit durch das Versorgungssystem erfährt [8].

- In einer ähnlichen Studie untersuchten Fleer et al. die Beeinträchtigung junger Männer nach einer Erkrankung am Testikularkarzinom [9]. Auch hier zeigt sich, dass die Mehrheit der Überlebenden eine relativ hohe Lebensqualität wiedererlangt. Gleichzeitig konnte eine kleinere Subgruppe Patienten identifiziert werden, bei denen der multiplikativ-negative Effekt von Arbeitslosigkeit und vergangener Krebserkrankung die Lebensqualität dauerhaft und stark beeinträchtigt.
- Greenslade und House untersuchten die Beeinträchtigung und den Umgang mit einem Lymphödem von Patientinnen nach einer Brustkrebs-Behandlung [10];
- Advardsson und Ahlström untersuchten Probleme und Coping-Strategien von Patienten mit Phase I-II Gliomen [11];
- Jakobsson et al. untersuchten Aspekte des täglichen Lebens und der Lebensqualität bei Patienten mit Prostatakarzinom in einer qualitativen explorativen Studie [12];
- Curt et al. untersuchten die Bedeutung von 'fatigue' auf die Lebenssituation und – Qualität von Krebspatienten [13];
- Cohen et al. untersuchten den Effekt verschiedener Operationsverfahren und Dauer seit der Operation auf die psychische Adaption und die Lebensqualität von Patientinnen mit der Primärdiagnose Brustkrebs [14];

4.1.2 Entwicklung der Lebensqualität im Zeitverlauf

Einige der analysierten Studien berichten Untersuchungen der mittleren und Langzeit-Lebensqualität von Krebspatienten ('survivors'), die in der Regel anhand der standardisierten Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abgebildet werden (SF-36, EORTC QLQ-30) [15-22].

- So zeigt sich beispielsweise in der Studie von Casso et al., dass jüngere Brustkrebs-Patientinnen (diagnostiziert zwischen dem 40.-49. Lebensjahr) nach einer mittleren Überlebenszeit von 5-10 Jahren eine deutliche Wiedererlangung der Lebensqualität in nahezu allen Dimensionen erfahren haben. Persistierende, moderate Einschränkungen konnte vor allem in der Dimension "Sexualität" beobachtet werden. Ähnliche Ergebnisse wurden für Patienten mit Kolorektalkarzinom berichtet [23]. In der Studie von Ramsey et al. zeigte sich ebenfalls der enge Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation und deutlichen Defiziten auf spezifischen Dimensionen der Lebensqualität. Andere Studien berichten jedoch widersprechende Befunde:

- Ness et al. berichten relativ starke, dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen bei etwa der Hälfte aller Langzeit-Überlebenden (Dauer seit der Diagnose mindestens 5 Jahre) [24]. Diese Ergebnisse betrafen auch jüngere Patienten. Gegenüber Patienten mit einer Krebsdiagnose innerhalb der vergangenen 5 Jahre hat sich die Situation der Langzeit-Überlebenden jedoch deutlich verbessert. Auch zeigt sich, dass bestimmte Diagnosegruppen auch nach mittlerer Überlebenszeit noch an deutlichen und starken Einschränkungen leiden, so zum Beispiel Patienten nach Kopf-Hals-Karzinomen [25;26].
- Avis et al. entwickelten ein spezifisches Messinstrument (QLACS) für die Erhebung der Lebensqualität in Langzeit-Überlebenden anhand der Dimensionen äusserliches Erscheinungsbild, finanzielle Probleme, Sorge vor Rezidiven, familien-bezogene Sorgen/Belastungen, positive Effekte der Erkrankung [27].

4.1.3 Bedürfnisse an die Akut-Versorgung und das medizinische Follow-up

Eine erhebliche Anzahl der ausgewerteten Studien befasste sich mit den Bedürfnissen der Patienten an die Akut-Versorgung oder das medizinische Follow-up (Nachsorgeuntersuchungen). Diese Publikationen umfassen sowohl Studien, die Bedürfnisse an spezifische Aspekte der Akut-Versorgung erhoben, als auch solche, die sich auf die Bedürfnisse spezifischer Subgruppen von Patienten (z.B. Patienten, die im ländlichen Raum leben) konzentrierten. Beispielhaft sind die folgenden Studien genannt:

- Ferrell et al. untersuchten in einer schriftlichen Befragung unter Brustkrebs-Überlebenden die Bedürfnisse an die Behandlung [28]. Dabei bewerteten die Patientinnen auch die Ressourcen, die am hilfreichsten waren, und die Angebote, die ihnen fehlten, bzw. die sie sich wünschen würden. Bei den Aspekten, die einen wichtigen Beitrag für die Lebensqualität geleistet hatten, wurden vor allem die Krankenhausmitarbeiter, die Unterstützung durch Familie und Freunde sowie spirituelle Unterstützung genannt. Bei den fehlenden Angeboten wurden mit grossem Abstand Unterstützungsgruppen genannt, und zwar insbesondere 'spezifische' Angebote, wie beispielsweise Gruppen für jüngere Frauen, für berufstätige Frauen oder für Langzeit-Überlebende.
- Burman und Weinert untersuchten die Bedürfnisse und spezifischen Belastungen und Lebenssituationen von ländlich lebenden Frauen und Männern mit einer Krebserkrankung [29].

- Cox et al. untersuchten die Präferenzen und Bedürfnisse von Lungenkrebspatienten und -angehörigen gegenüber verschiedenen Versorgungsformen des "follow-ups" [30]. Insbesondere wurden das "standardmässige" hausärztlich geführte follow-up gegenüber einer pflege-geführten und eines medizinischen geführten Follow-up-Angebotes evaluiert. Die Studie zeigt starke Bedürfnisse der Patienten an ein follow-up und eine gewisse Ablehnung der hausärztlich-geführten Angebote.
- Eine ähnliche Studie liegt für Brustkrebspatientinnen vor, die im Rahmen einer qualitativen Studie mit dem Ziel der Serviceplanung hinsichtlich ihrer Bedürfnisse für follow-up Angebote befragt wurden [31].
- Matthews et al. befragten Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, die in der onkologischen Betreuung tätig sind, nach den am häufigsten von Patienten angefragten begleitenden Unterstützungsmassnahmen [19]. Dabei zeigte sich, dass sich Patienten bei den verschiedenen Berufsgruppen nach unterschiedlichen Angeboten erkundigen. Insgesamt, über die Berufsgruppen hinweg, fragten Patienten am häufigsten nach Informations- und Edukationsangeboten, Unterstützungsgruppen (z.B. Selbsthilfe) sowie Hospizen.
- Einige Studien untersuchten auch die Belastungen und Bedürfnisse von informel-Pflegenden (z.B. Angehörigen) [32]. Dabei zeigt sich, dass die Pflegenden vor allem starke Informationsbedürfnisse in den Bereichen Behandlung, Heilung und Ausbreitung des Karzinoms aufwiesen und die Erkrankten für ihre Pflegenden die Hauptinformationsquelle darstellen. Dies kann zu einer zusätzlichen Belastung der erkrankten Person führen [33].

Nur wenige Untersuchungen befassten sich mit den Bedürfnissen, die Krebspatienten spezifisch an die Rehabilitation haben. Diese werden in den Kapiteln 4.2 und folgenden dargestellt.

4.1.4 Instrumente zum Assessment von Behandlungsbedürfnissen

Während der Analyse der Studien wurden auch Informationen zu relevanten Mess-Instrumenten erhoben, die für die Erhebung von Patientenbedürfnissen hinsichtlich der Rehabilitation entwickelt wurden. Die Mehrzahl der so identifizierten Erhebungsinstrumente bezieht sich jedoch nicht auf rehabilitative Aspekte. Vielmehr geht es in der Regel um die Feststellung der "Unterstützungs- oder Behandlungsbedürftigkeit" durch die Krebserkrankung im Allgemeinen, oder während der onkologischen Erkrankung im Spezifischen. So untersucht beispielsweise der 'Supportive Care Needs Survey'

(SCNQ, siehe Anhang) zwar die Bedürfnislage in verschiedenen relevanten Dimensionen, diese beziehen sich aber primär auf die akute Erkrankungsphase. Gleiches gilt für eine Reihe weiterer Instrumente zum Assessment der Bedürfnisse, zum Beispiel dem 'Patient Needs Assessment Tool' (PNAT) [34], der ebenso wie der SCNQ Bedürfnisse der physischen, psychischen und sozialen Dimensionen erfasst. In England wurde das 'Social difficulties inventory' (SDI, siehe Anhang) entwickelt, das anhand von 21 Fragen die Präsenz sozialer Probleme in den vergangenen 4 Wochen abfragt [35;36]. Dazu gehören beispielsweise Aspekte der sozialen Isolation, arbeitsbezogene Probleme, finanzielle Schwierigkeiten, aber auch Probleme in der familiären Situation. Der 'Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form' (CARES-SF, siehe Anhang) wurde bereits in den 1990'er Jahren entwickelt und seither in einigen Studien eingesetzt, so beispielsweise um die Lebensqualität von jüngeren Mammakarzinom-Überlebenden nach 5-10 Jahren Überlebenszeit zu evaluieren [16]. Das Instrument misst vorrangig die Ergebnisse der Rehabilitation beziehungsweise die verbleibende Rehabilitationsbedürftigkeit als Ausdruck der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit anhand verschiedener Dimensionen [37]. Eine Abbildung der Bedürfnisse *an die Rehabilitation* wird dadurch nicht gewährleistet. Den Instrumenten ist gemeinsam, dass einige Einzel-Items auch für die rehabilitative Phase geeignet sein mögen (z.B. Indikatoren der Bedürfnisse hinsichtlich sozialer Unterstützung). Die Instrumente insgesamt bilden jedoch nicht das Kontinuum der potentiellen Bedürfnis-Aspekte an die Rehabilitation ab. Der SCNQ wurde bereits in einer Reihe Studien eingesetzt, unter anderem bei Patientinnen mit fortgeschrittenem, metastasierendem Mammakarzinom aus städtischen Regionen in Australien [38;39]. Dabei wurde der SCNQ in einer randomisierten Studie eingesetzt, um den Effekt einer pflegerischen Kurzintervention auf die Erfüllung der Bedürfnisse zu messen. Im Rahmen dieser Intervention wurde den Patientinnen beispielsweise sehr gezielte Informationen über den möglichen Umgang mit Symptomen der Erkrankung und Nebenwirkungen der Behandlung vermittelt [39].

Eine Ausnahme bildet der 'Cancer Rehabilitation Questionnaire' (CRQ, siehe Anhang). Dieser Patientenfragebogen kann als Instrument zur Abbildung der Wiedererlangung der Lebensqualität, also der *Rehabilitation* von Krebspatienten *im engeren Sinne* bezeichnet werden [7]. Möglicherweise kann auch übergeordnet der Bedarf für eine Rehabilitation abgebildet werden. Es handelt sich aber primär um ein Instrument zur Messung der Lebensqualität. Auf Studien über Assessment-Instrumente zur Bestimmung der Rehabilitationsbedürftigkeit (im Sinne von Funktionalität, Beschwerden, etc.) oder des Rehabilitations-Statuses, die zum Teil auch zur Erfolgsbestimmung eingesetzt werden,

wie IRES, HADS und andere, wird in diesem Dokument nicht eingegangen [40]. Ebenfalls werden nicht weiter berücksichtigt Instrumente, die zur Zielbestimmung für die Rehabilitation eingesetzt werden. So existiert beispielsweise mit dem 'Canadian Occupational Performance Measure' (COPM) ein gut validiertes, klienten-orientiertes Instrument, welches zur Bestimmung der Aktivitäten und Lebensbereiche dient, deren Verbesserung für die Patienten besondere Priorität haben [41]. Das Instrument wird in klinischem Rahmen gemeinsam mit den Patienten bearbeitet um so herauszuarbeiten, welche Ziele eine Massnahme vorrangig verfolgen sollte. Der COPM wurde auch bereits bei onkologischen Patienten eingesetzt und zeigte dort, dass 65% der identifizierten Ziele im Bereich "Selbst-Versorgung", 20% im Bereich "Freizeit" und 15% im Bereich "Produktivität" lagen [42]. Den Zielen dieser Bereiche wurde von den Patienten nahezu gleiche Wichtigkeit zugeschrieben.

Es wurde durch die systematische Literatursuche auch Instrumente identifiziert, die die Zufriedenheit von Krebspatienten mit der Qualität der Versorgung erfassen sollen, so zum Beispiel der 'comprehensive assessment of satisfaction with care'-survey (CASC) [43]. Allerdings wird durch dieses Instrument nur die Qualität der onkologischen Spitalbehandlung erfasst und es ist daher nicht für die Rehabilitation geeignet. Instrumente, die für die Erhebung rehabilitativer Aspekte geeignet sind, werden in den Kapiteln 4.2 und 4.3 vorgestellt.

4.1.5 Effektivität von Interventionen

Es wurden mehrere Primärstudien und systematische reviews – variierender methodischer Güte – identifiziert, die den Effekt von psychosozialen (Gruppen)-Angeboten auf die Lebensqualität, psychosoziale Situation oder Überlebenszeit von Krebspatienten untersuchten [44-50].

- Im Rahmen eines CRD-Reviews ('*Centre for Reviews and Dissemination*', University of York, UK) wurden alle bisher publizierten systematischen Reviews von Studien ausgewertet, die die Effekte psychosozialer Interventionen im Bereich "Krebs" und "kardiologische Erkrankungen" untersucht hatten [51]. Es wurde kein spezieller Fokus auf den Bereich der Rehabilitation gesetzt. Die Ergebnisse der Reviews zeigen, dass psychosoziale Interventionen bei Krebspatienten durchaus positive Effekte auf die psychosoziale Belastung und emotionale Adaption der Patienten haben. Effekte auf spezifische psychische und physische Ergebnisparameter (z.B. Depression, Überlebenszeit) waren nicht oder nur sehr begrenzt systematisch nachweisbar. Es

wurden keinerlei Studien im Hinblick auf die Patientenbedürfnisse oder –Zufriedenheit ausgewertet. Ebenso wurden keine speziellen rehabilitativen Interventionen untersucht. Die Mehrzahl der den berücksichtigten reviews zugrunde liegenden Studien waren relativ schlechter methodischer Güte.

- Vos et al. untersuchten die Effektivität psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Mammakarzinom in Abhängigkeit vom zeitlichen Beginn der Intervention (innerhalb 4 vs. innerhalb 7 Monate nach Operation) [52]. Es zeigte sich deutlich die Überlegenheit des frühen Beginns der Unterstützungsmassnahme.
- Solà et al. führten einen systematischen review von nicht-invasiven Prozeduren zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit Lungenkrebs durch [53]. Bei den Interventionen handelte es sich vor allem um Massnahmen zum Management der Kurzatmigkeit, strukturierte Pflegeprogramme zur Verbesserung der Gesamtsituation, körperliche Übungen und ernährungsbezogene Interventionen.

Ebenso wurde eine Vielzahl von Studien identifiziert, die die Effekte verschiedener physischer Interventionen (Übungen, Sport, Entspannungstraining) auf das Wohlbefinden, spezifische Symptome, die Lebensqualität oder die medizinischen Ergebnisse der *Versorgung während der laufenden onkologischen Behandlung* untersuchten [54-58].

- Beispielsweise berichten Adamsen et al. die Wirksamkeit eines multidimensionalen körperlichen Aktivitätsprogramms parallel zur Chemotherapie auf die Lebensqualität und die körperliche Leistungsfähigkeit von Patienten mit fortgeschrittenen Karzinomen [59]. Bei einigen Untersuchungen der Effektivität körper-bezogener Therapien gestaltete sich die Abgrenzung zwischen "rehabilitativen" und "akut-therapeutischen" Ansätzen schwierig, da unklar war in welcher Phase der Erkrankung die Patienten sich befanden und welchem Versorgungsspektrum sie zuzuordnen sind [60;61].
- Andere Studien untersuchten die Wirksamkeit spezifischer physischer oder psychischer Interventionen in einem durchaus als "rehabilitativ" zu betrachteten Setting oder Zeitfenster nach oder während einer längeren Zeit nach Beginn der Akutbehandlung [56;62-65]. Diese Studien setzten jedoch nicht die Bedürfnisse oder Zufriedenheit der Patienten sondern vorrangig klinische oder subjektive Masse der Ergebnisqualität (z.B. Beweglichkeit, Mobilität, Lebensqualität) ein, weswegen sie hier nicht näher dargestellt werden.

4.1.6 Aspekte des Versorgungssystems

Relativ viele der ausgewerteten Studien befassen sich mit spezifischen Aspekten des Versorgungssystems für onkologische Erkrankungen. Dabei geht es zum einen um die Beschreibung der Versorgung, zum Beispiel die Inanspruchnahme von Leistungen, zum anderen auch um die Optimierung von Versorgungsstrukturen und um Qualitätsaspekte, zum Beispiel die leitliniengerechte Betreuung. Auch für diesen Bereich sollen einige Studien beispielhaft angeführt werden:

- Psychoonkologische Angebotsstrukturen innerhalb der stationären onkologischen Rehabilitation in Deutschland [66];
- Massnahmen und Praxis der beruflichen Rehabilitation bei Mammakarzinom Patientinnen [67];
- Randomisierte Studie über den Einfluss von 'home visits' innerhalb der ersten zwei Jahre nach Spitalaustritt auf die Lebensqualität von Patienten mit Kolorektalkarzinom [68];
- Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems und Gesundheitszustand von Langzeit-Überlebenden gegenüber Personen ohne zurückliegende Krebsdiagnose [69];
- Auswirkungen systematisch frühzeitiger Spitalaustritte auf die Arbeitsbelastung niedergelassener Ärzte [70];
- Stevinson untersuchte die Frequenz verschiedener physiotherapeutischer Rehabilitations-Angebote in stationären Einrichtungen in England ('cancer centres') [71];
- Praxis und Perspektiven der Psychoonkologie im internationalen Kontext und Vergleich [72];
- Rollen und Koordination innerhalb des Rehabilitationsteams [73];
- Leitlinien zu spezifischen rehabilitativen Interventionen [74];
- Akzeptanz von onkologischen Leitlinien bei Leistungsanbietern in Canada [75];
- Prioritäten der onkologischen Versorgung aus Sicht von Leistungsanbietern in Griechenland [76].

4.1.7 Berufsleben, Arbeitstätigkeit und Krebserkrankung

Im Bereich der beruflichen Integration wurde ein relativ hoher Anteil falsch-positiver Studien identifiziert, die also nicht die Einschlusskriterien erfüllen. Dabei handelte es sich besonders um Arbeiten zu psychischen Krankheiten, HIV/AIDS, sowie Verletzungen [77-

79]. Diese Studien wurden ausgewertet, ob in der Arbeit selber auch Daten zu onkologischen Patienten präsentiert wurden, was aber in der weit überwiegenden Zahl nicht der Fall war. Die Studien, die sich auf onkologische Erkrankungen bezogen, befassten sich vorrangig mit den folgenden Themen:

1. Empirische Befunde über die Arbeitssituation von Personen nach einer onkologischen Erkrankung:

- Frühere Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass die Krebserkrankung in etwa 50% zur Aufgabe des Berufs oder einer Reduzierung des Pensums führt [80]. Dieser Anteil scheint sich aber in den letzten Jahren deutlich reduziert zu haben.
- Drolet et al. berichten, dass Brustkrebspatientinnen nur zu einem geringen zusätzlichen Teil (ca. 6%) nicht mehr in das Erwerbsleben zurückkehren als durch den altersbedingten Ausstieg – unabhängig von der Krebsdiagnose – zu verzeichnen wäre [81]. Andere Studien bestätigen diese Ergebnisse auch für andere Karzinome (z.B. Kolonkarzinom) [82;83]. Für die USA geht man derzeit davon aus, dass etwa 80% der Brustkrebspatientinnen 12 Monate nach der Behandlung wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren [84;85].
- Maunsell et al. untersuchten anhand der Erwerbstätigkeit von Brustkrebs-Patientinnen und einer Vergleichskohorte ohne historische Krebserkrankungen, ob empirische Hinweise auf Arbeitsmarkt-Diskriminierung existieren [86]. Dabei zeigte sich, dass 3 Jahre nach dem Stichzeitpunkt (Zeitpunkt der Diagnosestellung bei Krebspatientinnen bzw. entsprechendes Kalenderjahr bei Frauen ohne Krebserkrankung), der Anteil der in die Nicht-Erwerbstätigkeit übergegangenen Frauen etwa identisch war. Ein etwa gleich hoher Anteil der befragten Frauen berichtete, dass sie die Entscheidung, dauerhaft oder temporär aus dem Arbeitsleben auszutreten, eigenständig getroffen haben. Unter den Frauen, die weiterhin erwerbstätig waren, konnte keine systematische Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Krebs-Überlebenden festgestellt werden. Es fanden sich keine Hinweise auf Krebs-spezifische Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt.
- Untersuchungen zeigen deutlich, dass Krebspatienten nach der Erkrankung diverse und komplexe Muster der Rückkehr und der Veränderung im Arbeitsleben erfahren [87].

2. Bedingungen für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit:

- Als positive Bedingungen für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach der Krebsbehandlung wurden neben Merkmalen des Berufs (z.B. Anteil körperlich-schwerer Arbeit) insbesondere auch die vom Patienten empfundenen arbeitgeberseitigen Bemühungen um supportive Rahmenbedingungen identifiziert [84].
- Als wichtigste Hinderungsgründe gegen eine Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde insbesondere eine schwere Erschöpfungssymptomatik, höheres Alter sowie geringere Bildung und geringes Einkommen vor der Erkrankung identifiziert [80-82;88-90]. Für einige Krebs-Erkrankungen wurde auch ein negativer Einfluss bestimmter Behandlungen auf die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit beobachtet (z.B. Radiotherapie) [90;91]. Daneben spielen insbesondere in den USA sowohl für die Rückkehr an den Arbeitsplatz als auch für die weitere Entwicklung der Berufstätigkeit (z.B. Arbeitsplatzwechsel) Versicherungs- und Arbeitsmarktspezifische Probleme eine grosse Rolle (z.B. Verlust des Versicherungsstatus oder Offenlegung der Krankheitsgeschichte) [92;93].
- Zudem konnte beobachtet werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr an den Arbeitsplatz für die verschiedenen Karzinome sehr unterschiedlich ist: Patienten mit Kopf/Hals-Krebs kehren deutlich seltener an den Arbeitsplatz zurück, als beispielsweise Patientinnen nach einer Brustkrebserkrankung oder Erkrankungen des lymphatischen Systems [88;94].

3. Arbeitsbezogene Erfahrungen von Patienten während oder nach der onkologischen Behandlung:

- Die Rückkehr an den Arbeitsplatz stellt für viele Krebspatienten eine besondere Schwierigkeit dar. In qualitativen Untersuchungen wurden vor allem die reduzierte physische Belastbarkeit, Probleme im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, ungewollte Veränderungen im Aufgabenfeld, sowie Veränderungen in der eigenen Einstellung zur Arbeit von Betroffenen als problematisch benannt [95]. Gleichzeitig wird die Integration am Arbeitsplatz und die dort existierenden sozialen Beziehungen auch als wichtige Ressource beschrieben, die einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben können [87].
- Kennedy et al. zeigen in einer qualitativen Untersuchung sehr deutlich, dass die Art der Arbeit und die damit verbundenen Anforderungen einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob die Rückkehr an den Arbeitsplatz als positive Erfahrung und "Rückkehr in die Normalität" erlebt wird oder vielmehr zu einer

Überforderungssituation führt [96]. Dabei ist nicht primär die körperliche, sondern vielmehr die psychische Belastung ausschlaggebend. So berichten Patienten häufig, durch die mit der Arbeit verbundene Verantwortung belastet zu sein.

- In mehreren Studien zeigte sich, dass Krebspatienten eine klare Information, Beratung und Besprechung arbeitsbezogener Themen von Seiten der Leistungsanbieter *im Rahmen der Akutbehandlung* vermissen. So wird häufig allenfalls die aktuelle Krankschreibung während der Behandlung thematisiert. Dies scheint aber den Bedürfnissen vieler Betroffener nicht ausreichend gerecht zu werden [85;87;95;96]. Erste Interventionen, die die Kommunikation mit Patienten bezüglich der Wiederaufnahme der Arbeit verbessern sollen, wurden bereits entwickelt und positiv evaluiert (s. Auswertung der rehabilitations-spezifischen Studien) [97].

4.2 Bedürfnisse, Erfahrungen und Erwartungen an die Rehabilitation

Wie aus den bisherigen Darstellungen deutlich wurde, existieren relativ wenige systematische Untersuchungen der Erwartungen an und Zufriedenheit mit der onkologischen Rehabilitation aus Patientensicht in der wissenschaftlichen Literatur. Dies ist insbesondere dadurch zu erklären, dass es – ausser in Deutschland und zum Teil den USA - keine lange Tradition medizinischer Rehabilitation nach onkologischen Erkrankungen gibt.

Hervorzuheben sind die Aktivitäten im Rahmen des Qualitätssicherungssystems der medizinischen Rehabilitation in Deutschland (siehe auch Kapitel "Zufriedenheit"). Hier wurden, unter erheblicher Förderung durch die Landes- und Bundesministerien, die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie die Rentenversicherungsträger, verschiedene systematische Evaluationsmodelle entwickelt, die die kontinuierliche Erhebung von Qualitätsparametern beinhalten. Wichtiger Bestandteil der zum Teil sehr ähnlichen Systeme ist die Befragung von Patienten, insbesondere zur Motivation, zu den Erwartungen an die Rehabilitation und, nach Abschluss der Behandlung, zur Zufriedenheit [98]. Beispielhaft zeigt die Tabelle die verschiedenen Erhebungen und Indikatoren, die im Rahmen der "Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein" (QGmR) erhoben werden [98]:

	Indikatoren	Messung
A	Vorbereitung, Informiertheit der Patienten	Einzelitems
	Reha-Erwartungen, Reha-Motivation	FREM-17 (Kurzform)
B	Subjektiver Gesundheitszustand	Einzelitems
	Schmerzen	Schmerzen in 10 Körperbereichen
	Stimmung und Vitalität	SF-36
	Allgemeinbeschwerden	SCL-90-R, Subskala Somatisierung
	Krankheitsbewältigung	FSS, Subskala Katastrophisieren
	Funktionsbehinderung	FFbH-R, Rückenschmerzen
	Leistungsfähigkeit	NRS: Alltag, Freizeit, Beruf
	Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit	Einzelitems / Summenscore
C	Lebensgewohnheiten	Rauchen, Sport, Medikamente
	Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Rehabilitation	Einzelitems*
	Behandlungen	Einzelitems*
	Wahrnehmungen und Bewertungen von Strukturen und Prozessen	Einzelitems*
	Gesamturteil über die Reha	Einzelitems*
D	Informationen über Nachsorgemassnahmen	Einzelitems
	Empfehlungen zur Nachsorge	Einzelitems

* in Anlehnung an Zufriedenheitsbefragung der Rentenversicherungsträger

Zwar wurden im Rahmen einer ersten Hauptstudie auch Patienten aus drei Rehabilitationseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Onkologie befragt, die Ergebnisse wurden jedoch bedauerlicherweise nur für die orthopädischen Patienten publiziert [99]. Die Autoren erwähnen aber, dass sich die Unterschiede nicht massgeblich zwischen den Indikationsgebieten unterscheiden. Bei den orthopädischen Patienten zeigte sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit den rehabilitativen Massnahmen, den ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie der Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams. Eine geringere Zufriedenheit, und damit Verbesserungsbedarf, zeigte sich mit der psychologischen Betreuung und Therapie sowie der Nachsorge, also der Vorbereitung auf die Rückkehr und Integration in die Familie, den Beruf und die Freizeit.

Im Auftrag der Rentenversicherungsträger wird neben den Einzelaktivitäten von Einrichtungen oder Einrichtungs-Verbänden regelmässig eine externe Patientenbefragung durchgeführt, die für alle Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation verpflichtend ist. Dabei werden konsequent generische Instrumente eingesetzt, also solche, die für alle Indikationen zur Rehabilitation gleichermassen einsetzbar sind (siehe "Zufriedenheit"). Dementsprechend beinhaltet das Patientenkollektiv auch Patienten nach onkologischen Erkrankungen.

Zudem wurden in den letzten Jahren in Deutschland einige Modellvorhaben (vor allem, aber nicht ausschliesslich, im Bereich des Mammakarzinoms) initiiert, in denen stationäre und ambulante Rehabilitationskonzepte für onkologische Patienten entwickelt und evaluiert wurden. Auch diese Evaluationen bezogen sich wie die internationale Literatur mehrheitlich auf die medizinische und psychische Ergebnisqualität sowie die Erreichung individueller Reha-Ziele und damit die Effektivität der Massnahmen. Eine Vielzahl der identifizierten Studien zeigen die Effektivität der onkologischen Rehabilitation und dass eine Verbesserung der Lebensqualität im somatischen, funktionellen (z.B. "fatigue") und psychosozialen Bereich durch eine (stationäre) onkologische Rehabilitation erreicht werden kann [100-110]. Neben Untersuchungen zur Wirksamkeit von Massnahmen analysierten einige Studien auch Prädiktoren oder Erfolgsfaktoren für spezifische Rehabilitationsmassnahmen. Beispielsweise berichten Petersson et al. über den Zusammenhang zwischen individuellem "coping"-Verhalten und Erfolg einer auf die Information von Patienten gezielten Rehabilitationsmassnahme [111].

4.2.1 Erwartungen an die Rehabilitation

Aus Deutschland liegen einige umfängliche Untersuchungen der Erwartungen von Patienten an die onkologische Rehabilitation vor: So untersuchten Faller et al. neben funktionalen Aspekten, Kontrollüberzeugungen, Angst und Depressivität auch die häufigsten Prozess- und Ergebniserwartungen zu Beginn der rehabilitativen Behandlung und verglichen diese Aspekte zwischen Patienten, die sich wegen chronischer Rückenschmerzen und solchen, die sich wegen onkologischer Erkrankungen in die Rehabilitation begaben [112]. Unter "Prozesserwartung" sind dabei Erwartungen hinsichtlich der angemessenen Behandlungsmethode, unter "Ergebniserwartungen" sind Erwartungen hinsichtlich des angestrebten Behandlungsziels zu verstehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass unspezifische Behandlungserwartungen, wie z. B. balneophysikalische Massnahmen und Aspekte der Klinikumgebung, im Vordergrund

standen. In beiden Diagnosegruppen lagen zudem ähnliche Behandlungsziele auf den ersten Rangplätzen. Diese betrafen vor allem die Verringerung der körperlichen Beschwerden, körperliche Fitness und Entspannung. In einer Faktorenanalyse fanden sich die folgenden Dimensionen an Prozess- und Ergebniserwartungen [112]:

Prozesserwartungen:	Ergebniserwartungen:
▪ ärztliche Betreuung	▪ berufliche Leistungsfähigkeit
▪ körperliches Training	▪ körperliche Fitness
▪ berufliche Beratung	▪ Beschwerdereduktion
▪ balneophysikalische Behandlung	▪ Verhaltensänderung
▪ Gesundheitsbildung	▪ Gewichtsreduktion
▪ Stressbewältigungstraining	▪ positives Körpergefühl
▪ Gruppengespräche	▪ Vitalität
▪ Entlastung vom Alltag	▪ Lebensgenuss trotz Krankheit
▪ alternative Medizin	▪ soziale Kontakte
▪ angenehme Umgebung	

In multivariaten Analysen zeigte sich, dass einige wenige Unterschiede in den Erwartungen zwischen den Diagnosegruppen existieren. So hatten die onkologischen Patienten beispielsweise innerhalb einer Berufstätigkeitskategorie deutlich höhere Erwartungen innerhalb jeder Kategorie auf der Erwartungsskala "körperliches Training" als die entsprechenden Patienten der orthopädischen Diagnosegruppe. Insgesamt wiesen die onkologischen Patienten systematisch höhere Erwartungen sowohl an die Prozesse als auch die Ergebnisse auf. Erwartungen an die Rehabilitation waren mit Indikatoren des Funktionsstatus, des emotionalen Befindens und der Kontrollüberzeugungen korreliert. Nicht überraschend stellen neben der Diagnose soziodemographische Merkmale, Berufstätigkeit und Funktionsstatus wichtige Determinanten der Erwartungen an die Rehabilitation in beiden Patientengruppen dar. Besonders auffällig ist, dass bei den onkologischen Patienten spezifische Angebote zur psychischen Krankheitsbewältigung nicht im Zentrum des Interesses standen. Da jedoch keine Nachbefragung zu Ende der Massnahme durchgeführt wurde, bleibt unklar, ob sich diese Erwartungen während – oder durch – die Behandlung im Zeitverlauf änderten. So scheint es plausibel, dass zunächst die Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht, während die psychische Regeneration und die Krankheitsbewältigung zu einem späteren Zeitpunkt und bei gestärktem funktionellem Zustand bedeutsamer werden. Ausserdem erfordert das Erkennen und Akzeptieren von Bedürfnissen an psychologische

Unterstützungsmassnahmen häufig schon gestärkte Ressourcen, die vermutlich zu Beginn der Behandlung noch nicht aktiviert werden können.

Die dargestellten Ergebnisse befinden sich in Übereinstimmung mit weiteren Studien aus Deutschland. Bergelt et al. untersuchten Erwartungen, Befürchtungen und Hoffnungen an die Rehabilitation bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen [113]. Unter den Befragten befanden sich vorrangig Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Brust (33%) und der Verdauungsorgane (32%), der Geschlechtsorgane (15%), und der Atmungsorgane (6%). Andere Tumorlokalisationen wie Tumoren der Harnorgane und des lymphatischen Gewebes kommen in jeweils weniger als 5% der Fälle vor.

Analog zur Studie von Faller et al. nannten auch die von Bergelt et al. befragten Patienten die "Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit" als wichtigste Erwartung an die Massnahme (Abbildung übernommen aus [113]).

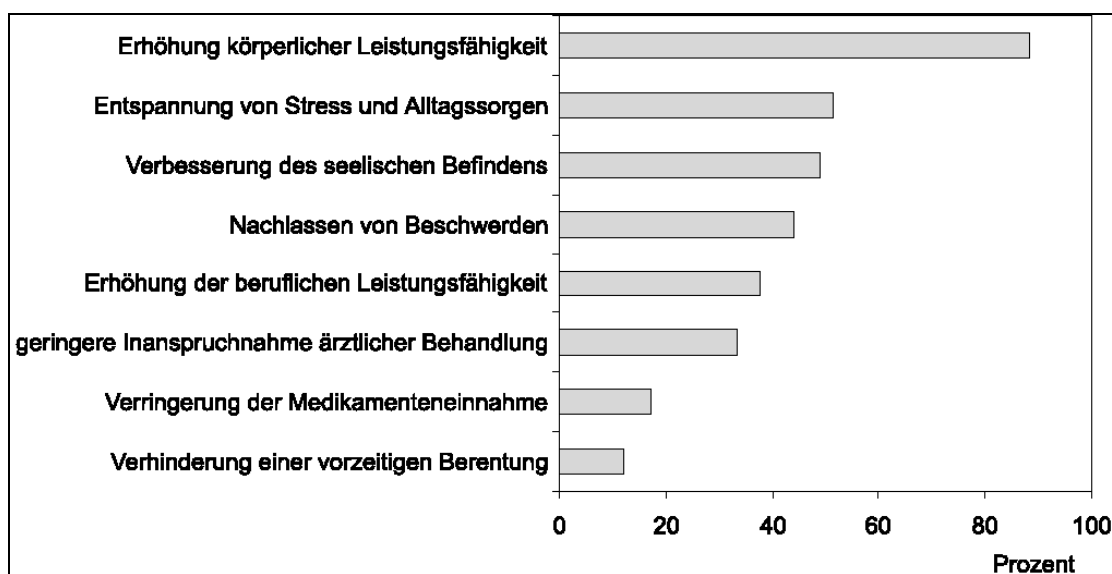


Abb.: Bereiche, in denen die Rehabilitationsmassnahme helfen wird (Mehrfachnennungen möglich)

Während für die Gesamtgruppe der Patienten die "Verhinderung einer vorzeitigen Berentung" eine eher untergeordnete Bedeutung spielt, so ist dieser Aspekt für jene Patienten, die vor der Massnahme erwerbstätig oder arbeitslos waren, deutlich wichtiger (29%). Bei der Analyse der von den Patienten genannten Hoffnungen bezüglich der Rehabilitation wurde deutlich, dass ältere und männliche Patienten besondere Hoffnungen an die medizinische Aufklärung und das medizinische Angebot aufweisen, die jüngeren Patienten erwartungsgemäss ein grösseres Interesse an der Klärung beruflicher und rechtlicher Fragen hatten und Patienten mit höheren Depressions-Scores signifikant grössere Hoffnungen an die psychische Entlastung richteten. Besonders erstaunlich und von grosser Relevanz ist das Ergebnis, dass etwa 40% der befragten Krebspatienten

konkrete Ängste und Befürchtungen gegenüber der beginnenden Rehabilitationsmassnahme äusserten [113]. In der Gruppe der Patienten, die Ängste vor der beginnenden Rehabilitation äusserten, waren die jüngeren und die weiblichen Patienten signifikant überrepräsentiert. Die Tabelle zeigt eine Übersicht der am häufigsten von den Patienten genannten Ängste:

Genannte Ängste	% Patienten (n=407)
Trennung von der gewohnten Umgebung und den Angehörigen	20,9 %
Schwerkranken Menschen zu begegnen	17,2 %
Heimweh während der Rehabilitationsmassnahme	12,8 %
Belastung des Familienlebens, der Partnerschaft	5,2 %
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen	3,4 %
andere spezifische Ängste und Befürchtungen, z.B. "Angst davor, dass die Krankheit erneut ausbricht", "Angst, immer nur von Krankheiten zu hören", "Zukunftsängste"	6,9 %

Die Bedeutung von negativen Erwartungen und Ängsten zu Beginn der onkologischen Rehabilitation in einer palliativen Tagesklinik wurde auch im Rahmen einer qualitativen Studie in England bestätigt [114].

Die Analyse der Angaben zur Bedeutsamkeit verschiedener Faktoren für den Erfolg der Rehabilitation verdeutlicht, dass die befragten Patienten vor allem "Massagen, Bäder und Sport" für einen wichtigen Faktor bei der beginnenden Rehabilitationsmassnahme halten während ein "kreatives Angebot und Entspannung" ebenso wie "Freizeit und Unterhaltung" als weniger bedeutsam evaluiert wurden.

Ein einmaliger, und sehr interessanter Aspekt der Untersuchung von Bergelt et al. ergibt sich aus der vergleichenden Gegenüberstellung der Nennung der wichtigsten *Rehabilitationsziele* von Patienten und Ärzten. Dabei zeigt sich vor allem, dass die Patienten *mehr* Zielbereiche auswählten als die Ärzte (Abbildung übernommen aus [113]).

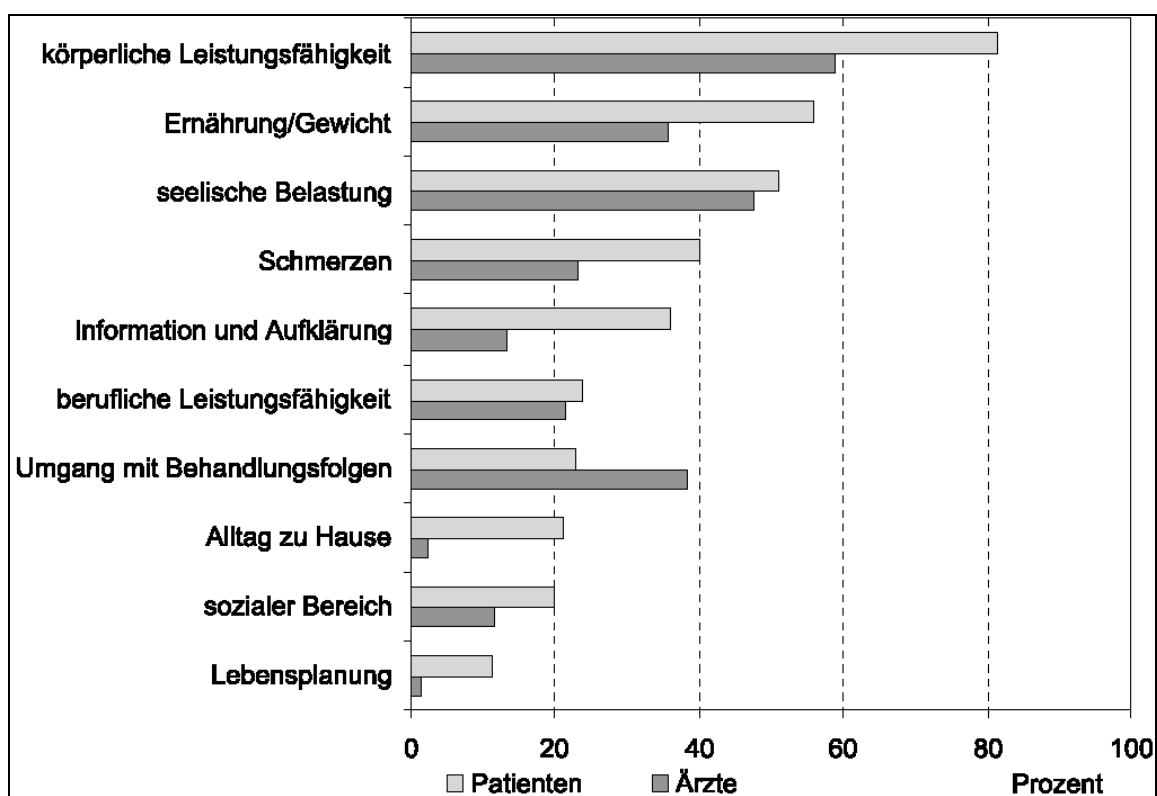


Abb.: Von Patienten und Ärzten genannte Therapiezielbereiche in Prozent (n = 407)

Der von mehr als der Hälfte der Patienten genannte Bereich "Ernährung/Gewicht" wird nur von einem Drittel der Ärzte als wichtiges Ziel angesehen. Die Bereiche "Schmerzen", "Information und Aufklärung", der "soziale Bereich" sowie insbesondere der Umgang mit dem "Alltag zu Hause" und die weitere "Lebensplanung" sind weitere Ziele, die von den Patienten sehr viel häufiger als von den Ärzten formuliert werden. Der "Umgang mit den Behandlungsfolgen" wird dagegen von ärztlicher Seite deutlich häufiger genannt als von den Patienten.

In einer *fallbezogenen* Detailanalyse wurde festgestellt, dass es erhebliche Diskrepanzen in der Zielbeschreibung zwischen Ärzten und Patienten gab: Lediglich im Bereich "körperliche Leistungsfähigkeit" herrscht in mehr als 50% der Fälle Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient. Auch in den Bereichen "Ernährung/Gewicht", "seelische Belastung" und "berufliche Leistungsfähigkeit" überwog die Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt. Abgesehen vom Bereich "Umgang mit den Behandlungsfolgen", der in 50% der Fälle ausschliesslich von ärztlicher Seite als Rehabilitationsziel definiert wird, sind es in allen anderen Bereichen die Patienten, die diese allein auswählen. Besonders deutlich wird die Diskrepanz zwischen Patienten- und Arztsicht in den Zielen "Alltag zu Hause" und "Lebensplanung". Diese Bereiche werden in 90% der Fälle ausschliesslich von den Patienten als Rehabilitationsziele angeführt (Abbildung übernommen aus [113]).

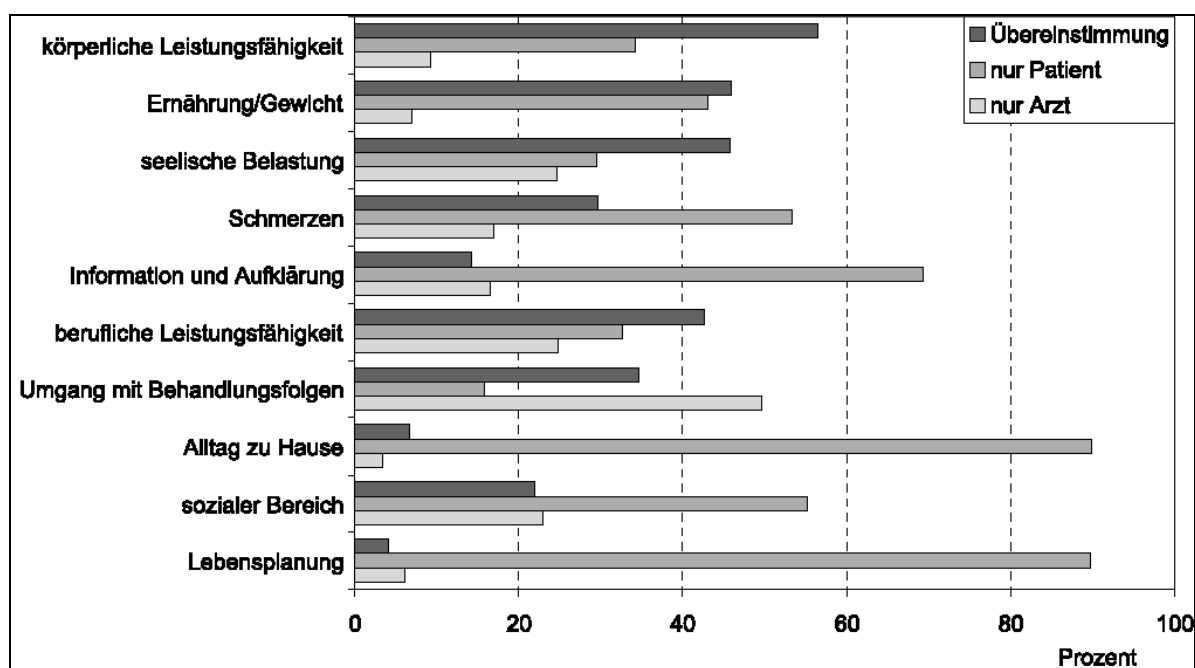


Abb.: Übereinstimmung in der Nennung der Therapiezielbereiche in Prozent (n = 407)

Im Rahmen einer Subgruppen-Analyse der von Patienten genannten Therapieziele zeigte sich, dass

- Frauen häufiger als Männer die Ziele "seelische Belastung" und "Alltag zu Hause" wählen. Männer definieren dagegen häufiger als Frauen den "Umgang mit den Behandlungsfolgen" als Therapieziel.
- jüngere Patienten häufiger als ältere das Therapieziel "seelische Belastung" bestimmen und erwartungsgemäss deutlich häufiger als ältere das Therapieziel "berufliche Leistungsfähigkeit" angaben. Ältere Patienten hingegen definieren häufiger die Zielbereiche "Information und Aufklärung", "Umgang mit Behandlungsfolgen" und den Bereich "Alltag zu Hause".
- Patienten mit stärker ausgeprägter Depressivität häufiger die Zielbereiche "seelische Belastung", "Schmerzen" und den "sozialen Bereich" auswählen. Umgekehrt verhält sich dies für die Bereiche "berufliche Leistungsfähigkeit", "körperliche Leistungsfähigkeit" und "Umgang mit Behandlungsfolgen".

In einer niederländischen Studie wurde der Bedarf an die Rehabilitation von onkologischen Patienten unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht [115]¹: Patienten nach einer onkologischen Erkrankung (vornehmlich Mamma- und Kolon-Karzinom) wurden anhand standardisierter Instrumente zu ihrer Lebensqualität, zu ihren

¹ Die Rehabilitation von Patienten nach onkologischen Erkrankungen hat in den Niederlanden im Gegensatz zu Deutschland keine Tradition und es existieren daher auch bislang kaum gezielte Versorgungsangebote.

Bedürfnissen und Wünschen an eine Rehabilitation, nach benötigten Leistungen sowie Unterstützungsbedarf befragt. Zudem wurden qualitative Interviews mit einer Substichprobe durchgeführt. Die Zeitdauer zwischen Krebsdiagnose und Befragungszeitpunkt variierte zwischen einem und vier Jahren, mit einem Mittel von zweieinhalb Jahren. Die Mehrheit der Befragten hatte eine mittlere bis hohe Lebensqualität. Etwa 26% der Befragten wünschten sich professionelle Hilfe, wofür meist die wahrgenommene Lebensqualität und das Niveau sozialer Unterstützung bestimmend waren. Der Wunsch nach professioneller Unterstützung konzentrierte sich signifikant auf Fragen der Rollenerfüllung, Kognition, Kontrolle, familiäre Beziehungen sowie psychische und somatische Aspekte. Die Fokusgruppendifkussionen und Interviews machten deutlich, dass die Patienten vorwiegend an einem Reha-Angebot interessiert wären, das seine Schwerpunkte in den Bereichen Abbau von Erschöpfung (fatigue), Stärkung der Belastbarkeit, Bewältigung sozialer Aspekte, Ernährungsfragen und Aufbau neuer Lebensziele setzt. Aufbauend auf den Ergebnissen der Studie wurde ein Pilotprogramm entwickelt, für welches aber bisher keine Evaluation publiziert wurde.

In Deutschland wurden die Fragebogeninstrumente "FREM-17" und "FREM-8" zur patientenorientierten Messung der Rehabilitationsmotivation entwickelt und werden systematisch zur Evaluation eingesetzt [116;117] (siehe Anhang)¹. Dabei werden mit 8 Fragen die individuellen Zielsetzungen und Motivationen des Patienten für die Rehabilitation erfragt. Untersuchungen mit dem FREM-8 zeigen, dass sich onkologische Patienten in ihren Erwartungen an die Rehabilitation deutlich von anderen Patientengruppen (Pneumologie, Orthopädie, Psychosomatik) unterscheiden [117]: Onkologische Patienten wiesen in der medizinischen Rehabilitation vor allem deutlich höhere Erwartungen im Bereich "Erholung", und deutlich niedrigere Erwartungen im Bereich "Krankheitsbewältigung" auf. In den Dimensionen "Erwartungen an die Gesundheit" und "Erwartungen an die Rente" konnten keine Unterschiede zwischen onkologischen und den anderen Patientengruppen festgestellt werden.

¹ Ein ähnliches Instrument zur Messung der Motivation liegt mit dem, ebenfalls in Deutschland entwickelten, PAREMO vor.

4.2.2 Zufriedenheit mit der Rehabilitation

In Deutschland wurden schon sehr früh systematische Untersuchungen der Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation unternommen. Dafür wurde bereits 1996 von Raspe et al. der "Lübecker Patientenfragebogen", ein indikationsübergreifendes Instrument entwickelt, der heute in vielen Institutionen eingesetzt wird (siehe Anlage) [118]. Daneben führen die Rentenversicherungsträger seit einigen Jahren externe Zufriedenheitsuntersuchungen mit einem eigenen entwickelten, ebenfalls diagnoseunspezifischen Fragebogen, durch (siehe Anlage) [119]. Darin werden neben der Zufriedenheit mit der Behandlung auch die Rehabilitationsergebnisse aus Patientensicht erhoben. Diese Messungen fungieren als externe Qualitätssicherungsmassnahmen und werden beispielsweise für das "Benchmarking" verwendet, also Massnahmen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen werden heute standardmässig in den vom Gesetzgeber geforderten Qualitätsberichten der Rehabilitationseinrichtungen veröffentlicht, erscheinen aber nicht vorrangig in der wissenschaftlichen Literatur. Beispielhaft werden Ergebnisse der Zufriedenheitsmessung in der kardiologischen Rehabilitation von Bechmann et al. präsentiert [120].

Schon sehr frühe Untersuchungen aus Deutschland zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation: Schmelzle et al. berichten, dass etwa 80% der befragten onkologischen Patienten "positive" oder "sehr positive" Auswirkungen der Behandlung sahen und fast alle Patienten die Rehabilitation weiterempfehlen würden [121]. Die Zufriedenheit mit den ärztlichen und pflegerischen Leistungen war ebenfalls sehr hoch, wobei einschränkend hinzugefügt werden muss, dass unklar bleibt, welches Instrument bzw. welche Fragen die Autoren einsetzen um diese Daten zu erheben. Zudem liegt die Datenerhebung 20 Jahre zurück (1986, Publikation 1991).

Petersson et al. untersuchten die Zufriedenheit von Krebspatienten mit einem Gruppen-Rehabilitationsprogramm [122]. Dabei nahmen Patienten mit Brust-, Gastrointestinal- oder Prostatakarzinom noch *während der Akut-Behandlung etwa 3 Monate nach Diagnosestellung* an einer Gruppen-Massnahme, orientiert an der kognitiven Verhaltenstherapie, teil. Das Programm bestand aus 9 Sitzungen von jeweils 2.5 Stunden Länge, in denen jeweils verhaltenstherapeutische Verfahren mit körperlichem Training kombiniert wurden. Die Patienten beurteilten nach Abschluss den Nutzen der Massnahmen hinsichtlich einer Vielzahl von Dimensionen. Dabei wurden die Aspekte "Entspannung", "körperliches Training", "Begegnung mit anderen Patienten" und die

"Information" mit dem höchsten Nutzen bewertet. Frauen bewerteten die "Entspannung" signifikant höher als Männer. Patienten mit Brust- oder Prostatakrebs profitierten insgesamt mehr als Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. 44% der Patienten gaben an, dass ihre Erwartungen an das Programm mindestens überwiegend erfüllt worden waren. Ältere Patienten und solche mit Prostatakarzinom waren signifikant zufriedener. 86% der Patienten würden die Massnahme Freunden oder Angehörigen in derselben Krankheitssituation empfehlen. Interessanterweise präferierte die Mehrzahl der Patienten (81%), dass *kein* naher Angehöriger (Partner, Familienangehöriger) an dem Programm teilnahm. Aber etwa die Hälfte der Teilnehmer wünschte sich eine begleitende Massnahme für nahe stehende Personen.

Eine aktuelle Untersuchung zur Zufriedenheit von *Patienten und Angehörigen* mit der onkologischen Rehabilitation liegt aus Japan vor [123]¹. Bei den Patienten handelte es sich um ein gemischtes Kollektiv von Patienten mit überwiegend metastasierenden Knochen- und Weichteiltumoren, von denen etwa die Hälfte zur Zeit der Befragung noch in chemotherapeutischer oder radiologischer Behandlung waren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit der Patienten vor allem durch eine als positiv wahrgenommene Kommunikation mit den Mitarbeitern sowie die Effektivität der Massnahme hinsichtlich der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit beeinflusst war. Dagegen wurde die Zufriedenheit der Angehörigen vor allem durch die emotionale Verfassung des Patienten *vor* der Massnahme und die Entwicklung der emotionalen Verfassung *durch* die Massnahme geprägt.

4.2.3 Präferenzen gegenüber Rehabilitationsprogrammen oder -komponenten

Die Studie von van Weert et al. aus den Niederlanden ist die einzige Untersuchung, in der neben der Effektivität auch die *Präferenzen* von Krebspatienten bezüglich der Ausgestaltung eines Rehabilitationsprogrammes gemessen wurde [124]. Bei dem Patientenkollektiv handelte es sich um Krebs-Überlebende mit unterschiedlichen Diagnosen (vornehmlich Mamma-Karzinom, aber auch M.Hodgkin und gynäkologische Karzinome) und einem unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrad. Bei 38% der Patienten betrug die Zeitdauer zwischen Primärbehandlung und Rehabilitationseintritt höchstens 6 Monate, bei 27% 6-12 Monate, bei 17% 12-18 Monate und bei den verbleibenden Patienten mehr als 18 Monate. Zu Beginn der 15-wöchigen Massnahme wurden die

¹ Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Arbeit nicht die primären Einschlusskriterien erfüllt (Population nicht aus europäischen oder amerikanischen Ländern). Die Studie wurde trotzdem in der vertieften Analyse ausgewertet, da sie wichtige Erkenntnisse enthält.

Patienten in zwei Gruppen randomisiert: Sie nahmen entweder an einem kompletten multi-dimensionalen Rehabilitationsangebot teil, oder konnten aus 4 Einzelkomponenten Leistungen wählen. Diese Einzelkomponenten waren:

- a) individuelle Physiotherapie oder Übungen
- b) Sport und Bewegung
- c) Psychoedukation
- d) Information

Von den Patienten in der "Komponenten-Wahl"-Gruppe wählten 80% alle Komponenten, während 20% weniger als vier Leistungskomponenten auswählten. Nach der Behandlung wurden die Patienten befragt, welches Programm sie sich basierend auf den gemachten Erfahrungen zusammenstellen würden. Davon würden sich 48% für ein multidimensionales Programm mit allen vier Komponenten entscheiden, 36% würden drei Komponenten wählen, und jeweils 8% zwei oder nur eine Komponente. 58% der Patienten in der "Komponenten-Wahl"-Gruppe und 37% der Patienten, denen zu Beginn keine Wahl offeriert worden war, gaben an, sie würden alle vier Komponenten wählen. Auffällig an den Ergebnissen ist, dass nach der Durchführung der Massnahme deutlich weniger Patienten das Vier-Komponenten Programm wählen würden, als zu Beginn der Behandlung und dass dies besonders jene Patienten *ohne* initiale Wahlmöglichkeit betrifft.

In einer schwedischen Studie wurden die Präferenzen von Patienten mit Prostatakarzinom hinsichtlich der Früh-Rehabilitation, also parallel zur Primärbehandlung untersucht [125]: die Patienten wurden auf drei verschiedene Behandlungsgruppen randomisiert:

- a) Ein Informationsprogramm ('Between men') bestehend aus sieben wöchentlichen Sitzungen mit jeweils circa 75 Minuten Länge;
- b) Ein Trainingsprogramm bestehend aus sieben wöchentlichen Sitzungen mit jeweils circa 60 Minuten Länge;
- c) Die Kombination beider Massnahmen bestehend aus sieben wöchentlichen Sitzungen mit jeweils circa 135 Minuten Länge, in denen zunächst die Informationsveranstaltung stattfand die gefolgt wurde von der Trainingsmassnahme.

Nach Abschluss der Massnahme wurden alle Patienten zum Nutzen des jeweiligen Programms und der ihrer Zufriedenheit befragt. Die Zufriedenheit der Patienten mit den Massnahmen war am höchsten in der Kombinationsgruppe, gefolgt von der Informationsmassnahme. Patienten, die nur das Trainingsprogramm in Anspruch genommen hatten, wiesen die geringste Zufriedenheit auf. Die Mehrzahl der Patienten

(90%) der Patienten empfahl eine Fortführung des Programms. Gefragt, welche der drei Varianten ihrer Meinung nach in der Zukunft fortgeführt werden sollte, präferierte die Mehrheit der Patienten die Kombination von Information und körperlichem Training.

In einer schwedischen Studie wurde das Interesse an einer edukativen Unterstützungsgruppe von Krebs-Überlebenden und ihren Angehörigen untersucht [126]: Bei dem Kollektiv handelte es sich um Patientinnen nach einer gynäkologischen Tumorerkrankung (2-5 Jahre Remission). 52% der Befragten und 36% der Angehörigen gab ein hohes Interesse an der Teilnahme an, deutlich weniger, als aktuelle Patienten (63%) und deren Angehörige (65%). Jüngere, besser Gebildete und solche, die in einer Partnerschaft lebten, zeigten signifikant häufiger Interesse. Bei der Frage, welche Inhalte sie in den Gruppensitzungen präferierten, wurden von den Patientinnen besonders häufig Informationen zu Hintergründen der Erkrankungen, alternative Behandlungsverfahren, sowie Nebenwirkungen und deren Behandlung genannt. Von den Angehörigen wurden besonders häufig Unterstützung und Informationen zu den Themen Alltag mit der Erkrankung, Behandlungsmethoden sowie Nebenwirkungen und deren Behandlung gewünscht.

Es konnten auch einige wenige Studien identifiziert werden, die die Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten für körperliche Aktivitäten (Übungen, Aerobic, Sport) nach der Akut-Behandlung untersucht haben. Karvinen et al. berichten über die Präferenzen von Patientinnen nach der Therapie eines Endometriumkarzinoms [127]. Die Mehrzahl der Befragten präferierte eine persönliche Beratung durch eine Übungsleitung an der onkologischen Behandlungsstätte als primäre Quelle für Anleitung. Laufbewegungen (Wandern, Walking) waren die präferierten Aktivitäten. Ein supervidiertes Training wurde vorgezogen. Die Mehrzahl der Befragten wünschte sich den Beginn des Bewegungstrainings 3-6 Monate nach der primären Behandlung (39%) oder direkt im Anschluss an die Behandlung (27%). Übereinstimmende Ergebnisse werden in einer Untersuchung unter Überlebenden nach Prostata-, Mamma-, Kolorektal- oder Lungenkarzinom berichtet [128]. Abweichende Ergebnisse wurden für Patienten mit Gehirntumor berichtet [129]: Diese zogen eine technologische Einweisung (CD, Video) einer persönlichen Beratung vor und hatten eine starke Präferenz dafür, die Bewegungsaktivitäten mit Familien oder Freunden privat zu unternehmen, nicht aber in speziell eingerichteten Gruppen oder im Umfeld der onkologischen Behandlungsstätte.

4.2.4 Beurteilung der ambulant-teilstationären Rehabilitation

Ebenfalls in Modellprojekten wurden in Deutschland ambulant-teilstationäre Rehabilitationsangebote für onkologische Patienten eingerichtet und evaluiert.

Koch et al. verglichen beispielsweise Krebspatienten nach einer stationären mit jenen nach einer teilstationären Rehabilitation intensiv anhand verschiedener Dimensionen, jeweils erhoben *aus Sicht der Patienten* [130]. Die Ergebnisse zeigen, dass die Krebspatienten beider Massnahmen auch ein Jahr nach Beendigung der Massnahme noch an zahlreichen Beschwerden litten, wobei praktisch keine Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen waren. Die Patienten der ambulanten-teilstationären Rehabilitation wurden auch zur Wahl dieses Settings befragt. Dabei zeigte sich, dass die Patienten vor allem Belastungen durch die Trennung von der Familie und der häuslichen Umgebung sowie durch Einsamkeit und Heimweh bei der stationären Rehabilitation befürchteten und sich daher für die alternative teilstationäre Massnahme entschieden hatten. Etwa die Hälfte der Befragten hätten eine stationäre medizinische Rehabilitation nicht wahrnehmen können, da familiäre Verpflichtungen die Teilnahme verhinderten.

Hinsichtlich der Erwartungen an die Rehabilitationsmassnahmen zeigte sich eine grosse Schnittmenge zwischen den beiden Gruppen, aber auch setting-spezifische Erwartungen. Bei den setting-übergreifenden Erwartungen an die Rehabilitation formulierten die Patienten ein breites Spektrum von unterschiedlichen körperlich-funktionalen und psychosozialen Erwartungen. Die Gruppen wiesen auch einige divergierende Erwartungen auf. Kommunikative Ziele wie ein besserer Informationsstand durch Gespräche mit Psychologen, sozialmedizinische Hilfen (etwa Informationen über Rechte am Arbeitsplatz) wurden deutlich häufiger von den ambulant-teilstationär behandelten Patienten formuliert. Erwartungen hinsichtlich einer Verbesserung der Qualität der Selbstversorgung und Ernährungsumstellung wurden dagegen häufiger von stationär behandelten Patienten genannt. Zum Teil lassen sich diese Ergebnisse durch Unterschiede in der Diagnosezusammensetzung beider Gruppen erklären (z.B. höherer Anteil von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in der stationären Gruppe). Die rehabilitationsspezifischen Erwartungen mündeten auch in der Einschätzung der Bedeutung einzelner Massnahmen für den Rehabilitationsprozess (Tabelle übernommen aus [130]):

Einschätzung der Wichtigkeit angebotener rehabilitativer Massnahmen		
Massnahmen	Teilstationär (n=139)	Stationär (n=237)
	%	%
Massagen/Bäder	76.6	73.9
Krankengymnastik	74.5	66.2
Sport/Bewegung	56.2	55.2
psychologische Krankheitsbewältigung	43.8	36.7
Massnahmen zur Einbeziehung des häuslichen Alltags	29.9	18.1
psychologische Schmerzbewältigung	23.6	38.0
Gesundheitstraining	23.6	47.2

Unterschiede zwischen den Gruppen finden sich also vor allem im Bereich "Gesundheitstraining", traditionell eine stärkere Domäne der stationären Rehabilitation.

Auch bei der Inanspruchnahme und Bewertung einzelner Massnahmen zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den ambulant-teilstationär und den stationär behandelten Patienten: So haben etwa 80% der teilstationären Patienten, aber nur 58% der stationären Patienten an Entspannungsübungen teilgenommen. Auch der Anteil von Patienten mit Krankengymnastik in der Einzelbehandlung ist bei den ambulant/teilstationär behandelten Patienten höher (44% vs. 30%). Die in Anspruch genommenen Leistungen wurden insgesamt als "gut" bis "sehr gut" beurteilt. Es finden sich erneut keine Unterschiede zwischen beiden Formen der Rehabilitation. Eine grosse Übereinstimmung fand sich auch bei der Zufriedenheit der Patienten mit den Massnahmen: Berücksichtigt man Unterschiede in der Inanspruchnahme der Leistungen (z.B. im Bereich "psychologische Betreuung"), dann zeigen sich keine auffälligen Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den Gruppen (Tabelle übernommen aus [130]):.

Beurteilung der Zufriedenheit mit der professionellen Betreuung		
	Teilstationär (n=139)	Stationär (n=237)
	%*	%*
<i>Ärztin/Arzt einfühlsam und verständnisvoll?</i>	69.4	71.7
Ärztin/Arzt hat verständlich erklärt?	64.9	65.8
Ärztin/Arzt hat Richtiges veranlasst?	71.6	68.4
zu wenig ärztliche Betreuung erhalten?	10.2	13.9
Ärztin/Arzt zu wenig Zeit für mich genommen?	7.3	10.1
<i>von Pflegekräften gut betreut/beraten?</i>	71.6	73.4
Pflegekräfte einfühlsam und verständnisvoll?	73.7	79.1
zu wenig pflegerische Betreuung erhalten?	10.2	10.1
<i>von Psychologen betreut worden?</i>	71.5	43.0
Psychologen einfühlsam und verständnisvoll?	80.2	82.5
die richtige psychologische Betreuung erhalten?	71.6	78.3
zu wenig psychologische Betreuung erhalten?	9.9	10.7

**Summe der Werte "trifft zu" und "trifft eher zu" auf einer 5-stufigen Likertskala.*

Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Gleichwertigkeit ambulanter und stationärer Rehabilitation aus Patientensicht wurden auch für den Bereich der orthopädischen Rehabilitation festgestellt [131]. Bei der globalen Bewertung des Rehabilitationsaufenthaltes anhand einer 10-stufigen Skala (von 0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet) zeigte sich, dass die jeweils gewählte Behandlungsform in beiden Patientengruppen gleichermassen als sehr positiv beurteilt wurde (Durchschnittswerte teilstationäre Gruppe = 8,36 und stationäre Gruppe = 8,29). Etwa 13% der teilstationären und 12% der stationären Patienten beurteilten die von ihnen wahrgenommene Rehabilitationsmassnahme als "teils/teils" bis "schlecht".

Leider liegen für den onkologischen Bereich keine Längsschnittuntersuchungen der *Entwicklung* von Erwartungen und Beurteilungen der verschiedenen Rehabilitations-Settings (stationär vs. ambulant oder teilstationär) vor. In einer solchen Untersuchung würden Kenntnisse darüber gewonnen, in wie weit sich ursprüngliche Erwartungen und Wünsche an ein bestimmtes Setting mit der jeweiligen Erfahrungen entwickeln oder verändern. Solche Studien liegen beispielsweise für die neurologische Rehabilitation vor: Bölsche et al. untersuchten die Erwartungen an und Bewertungen nach einer neurologischen Rehabilitation in einem Zentrum mit sowohl stationärem als auch teilstationärem, *inhaltlich aber weitgehend identischem* Angebot bei Schlaganfallpatienten [132]. Die Patienten unterschieden sich in ihren Erwartungen an die Massnahme je nach

Settingwunsch und realisiertem Setting nicht wesentlich. Erstaunlicherweise gaben die Rehabilitanden zu Ende der Massnahme und in der 6-Monate Nachbefragung deutlich veränderte Präferenzen und Gründe für die Wahl des Settings an. Im Durchschnitt wurde die Erwartung, dass die Rehabilitationsmassnahme zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation beitragen würde ("Reha-Optimismus"), *nicht* erfüllt. Dies ist erstaunlich, konnten doch objektiv Zuwächse in der funktionellen Lebensqualität beobachtet werden. Erstaunlicherweise waren Veränderungen der schlaganfallbezogenen Beeinträchtigungen und die funktionelle Unabhängigkeit nicht mit der Zufriedenheit korreliert. Hingegen zeigten sich die Befragten von der Rehabilitation umso weniger enttäuscht, je mehr sie sich in den Lebensqualitätsdimensionen psychisches Wohlbefinden, körperliche Rollenfunktion, und Vitalität verbessern konnten. Natürlich können diese Ergebnisse nicht direkt auf den Bereich der onkologischen Rehabilitation übertragen werden. Dennoch wird deutlich, dass Präferenzen gegenüber dem Versorgungs-Settings vor, oder zu Beginn einer Massnahme nicht zwangsläufig stabil und dauerhaft sein müssen. Dies kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass Patienten zu Beginn einer Massnahme oft keine konkreten Vorstellungen haben (können), und Präferenzen gegenüber Versorgungsmerkmalen häufig erst durch Erfahrung gebildet werden können. Zudem verändern sich natürlich auch die Bedürfnisse mit zunehmender gesundheitlicher Entwicklung, Abstand von der Primärerkrankung und durch andere Faktoren.

4.2.5 Beurteilung der beruflichen Rehabilitation und Reintegration

Es wurden nur sehr wenige Publikationen identifiziert, in denen Patienten Rehabilitationsmassnahmen hinsichtlich der beruflichen Reintegration beurteilten, oder die Bedürfnisse der Patienten erhoben wurden.

In einer niederländischen Studie wurde der Zusammenhang zwischen der Qualität der ambulanten beruflichen Rehabilitation von Krebspatienten durch Arbeitsmediziner und der Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie der Patientenzufriedenheit untersucht [133]. Zur Beurteilung der Qualität der Versorgung wurden Leistungsindikatoren für verschiedene Dimensionen entwickelt, zum Beispiel die Kontinuität der Versorgung. Daraus wurden so genannte "performance scores" berechnet, die die Erfüllung der Leistungsindikatoren abbilden. Eine "optimale Versorgung", also die Erfüllung aller Qualitätskriterien, erhielten nur 35% aller Patienten. Problematische Aspekte ergaben sich insbesondere in der Kommunikation mit den primär-behandelnden Ärzten und der Wahrung der Kontinuität der Versorgung. Der Gesamt-Performance-Score war signifikant mit der

Patientenzufriedenheit assoziiert, so dass Patienten, die eine bessere Versorgung erhalten hatten, auch zufriedener mit der Behandlung waren. Ein Zusammenhang zwischen der Gesamt-Leistungsqualität sowie der Subdimension "Kontinuität der Versorgung" mit der Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz konnte ebenfalls belegt werden. Dagegen hatten andere Subdimensionen, beispielsweise die Durchführung spezifischer Interventionen, erstaunlicherweise keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Behandlung (Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz).

Nieuwenhuijsen et al. untersuchten die Wirksamkeit einer gezielten Patienteninformation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie die Zufriedenheit von Krebs-Überlebenden mit der Intervention [97]. Die Informationsmaterialien wurden sowohl an Patienten als auch an die behandelnden Allgemeinärzte und Arbeitsmediziner abgegeben. Die Patienteninformation enthält 10 Schritte, die Krebs-Patienten während und nach der Akut-Phase unternehmen können, um die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu vereinfachen. Die Patienten – leider eine sehr kleine Stichprobe – wurden dann dazu befragt, wie hilfreich die Ratschläge für sie waren und ob sie die Empfehlung eingehalten haben (Tabelle adaptiert aus [97]):

10 Ratschläge	Zufriedenheit*	Einhaltung
	n (%)	n (%)
1. Vereinbare einen Termin mit dem Arbeitsmediziner.	9 (35)	25 (96)
2. Bleibe in Kontakt mit Deinem Arbeitgeber.	18 (69)	26 (100)
3. Bleibe in Kontakt mit Deinen Kollegen.	22 (85)	26 (100)
4. Entwerfe einen Rückkehr-Plan gemeinsam mit dem Arbeitsmediziner und dem Supervisor.	21 (81)	16 (62)
5. Beginne mit der Rückkehr zur Arbeit vor der vollständigen Erholung, aber beginne mit einer sehr reduzierten Anzahl Arbeitsstunden.	23 (86)	18 (69)
6. Stelle sicher, dass Rückkehr-Plan Angaben enthält zum Arbeitsbeginn und zum Pensum, zu den Wochentagen an denen gearbeitet wird, zur Planung der Steigerung des Pensums, sowie zum geplanten Zeitpunkt der vollen Rückkehr.	23 (86)	16 (62)
7. Ratschlag gibt eine Prognose über die Rückkehr zur Arbeit.	22 (85)	--
8. Evaluiere den Rückkehr-Plan mit dem Supervisor alle zwei Wochen.	25 (96)	20 (77)
9. Entwerfe einen zweiten, weniger ambitionösen, Rückkehr-Plan, falls der erste scheitert.	22 (85)	4 (15)
10. Ratschlag gibt ein Beispiel eines "Rückkehr-Plans"	20 (77)	--

**Anteil Patienten, die den Ratschlag als "hilfreich" oder "bedingt hilfreich" bewerteten*

Aspekte, bei denen die Empfehlung trotz geringer Zufriedenheit sehr häufig eingehalten wurde, lassen sich besonders dadurch erklären, dass es sich dabei um übliche Versorgungsprozesse handelt. Beispielsweise nimmt in den Niederlanden in der Regel der Arbeitsmediziner Kontakt mit dem Patienten auf (Schritt 1), so dass Patienten den Rat einen Termin mit dem Arbeitsmediziner zu vereinbaren, als nicht hilfreich empfinden. Die Einhaltung der Ratschläge war in dieser Studie kein prognostischer Faktor für die Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. .

In einer frühen Studie aus Deutschland aus 1994 wurden Krebspatienten zu arbeitsbezogenen Problemen, zur Integration in die Arbeitswelt und zur Beurteilung der stationären, medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit befragt [134]. Die Daten beziehen sich auf Rehabilitationsmassnahmen der Jahre 1989-1991. Von den Patienten waren die meisten vom Mammakarzinom betroffen (53%), gefolgt von gastrointestinalen (26%) und gynäkologischen Tumoren (14%). Von den Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung knapp 67% noch erwerbstätig. 50% waren noch in der gleichen beruflichen Situation wie vor der Erkrankung, wohingegen 14% das Pensum oder die inhaltliche Tätigkeit reduziert hatten und nur 3% die berufliche Tätigkeit vollständig geändert hatten (andere Berufstätigkeit). Die wichtigsten, berufsbezogenen Hauptprobleme, die von den Patienten nach Abschluss der Rehabilitation genannt wurden, waren die Einschränkungen bei der Ausführung der beruflichen Tätigkeiten, die schnelle Erschöpfung sowie die Notwendigkeit, häufiger Pausen während der Arbeit einzuhalten. Arbeiter erlebten deutlich mehr und schwerere Probleme bei der beruflichen Tätigkeit als Angestellte. Die Patienten selber beurteilten den Erfolg und den Einfluss der medizinischen Rehabilitation auf die Arbeitstätigkeit als eher gering [134]:

Beurteilung der Rehabilitation hinsichtlich der beruflichen Reintegration

	Rating* (n=566)
Wirksamkeit der Rehabilitation hinsichtlich...	
Psychisches Wohlbefinden	3.3
Physische Kraft	3.2
Umgang mit der Erkrankung	3.1
Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit	2.6
Rückkehr in die Berufstätigkeit	1.8

* *Durchschnittliches Rating auf einer 5-stufigen Skala mit 1="nicht hilfreich" und 5="sehr hilfreich".*

Offensichtlich wird also die Rehabilitation von den Patienten insgesamt recht positiv beurteilt, während sie als wenig unterstützend für die berufliche Reintegration bewertet wird. Diese Ergebnisse bestätigen frühere Studien der gleichen Arbeitsgruppe [80].

Dabei sind sowohl physische als auch psychische Leistungsfähigkeit notwendige Bedingungen für die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit. Möglicherweise lassen sich diese Ergebnisse dadurch erklären, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung stationäre Rehabilitationsmassnahmen noch keine Komponenten enthielten, die konkret auf die Wiederaufnahme der Arbeit zielten.

4.3 Kurzzusammenfassung relevanter Instrumente

Insgesamt wurden relativ wenige Instrumente in den analysierten Studien identifiziert, die geeignet sind, Bedürfnisse an die, oder Beurteilungen der onkologischen Rehabilitation zu erfassen. Vereinfacht lässt sich formulieren, dass die Mehrzahl der identifizierten Instrumente entweder a) diagnosespezifisch für Krebserkrankungen ist, aber nicht für Rehabilitationsaspekte geeignet ist, oder b) die Rehabilitation gut abbilden kann, aber nicht spezifisch für eine, oder die Gruppe der onkologischen Erkrankungen ist. Die wichtigsten Instrumente, die grundsätzlich relevante Aspekte der onkologischen Rehabilitation aus Patientensicht abbilden können, wurden bereits vorgestellt und werden hier noch einmal kurz aufgeführt:

Instrument	Zielbereich
FREM-17, FREM-8	Erwartungen und Motivationen an die Rehabilitation, ursprünglich für Patienten mit Rückenschmerzen entwickelt [135], Adaption in einer Kurzform, FREM-8, der auch in der Onkologie erprobt ist [117]
Lübecker Patientenfragebogen "Rehabilitation"	Zufriedenheit mit (stationären) Rehabilitationsmassnahmen, indikationenübergreifend [118]
BFA Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation	Zufriedenheit mit (stationären) Rehabilitationsmassnahmen, indikationenübergreifend für den somatischen Bereich [119]. Der Fragebogen erfährt aktuell eine Modifikationsphase. In diesem Zusammenhang wird auch der Umfang reduziert.
Supportive Care Needs Survey	Bedürfnislage in verschiedenen relevanten Dimensionen, primär bezogen auf die akute Erkrankungsphase [136]

Die genannten Instrumente kommen – unter Berücksichtigung ihres Einsatzgebietes, der Zielkriterien und etwaiger sprachlicher Adaptionennotwendigkeiten – grundsätzlich auch für die patientenseitige Beurteilung der Rehabilitation in der Schweiz in Frage.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Literatur-Arbeit liefert eine umfassende Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes zu Bedürfnissen und Bedürfnissen an und zur Zufriedenheit mit der onkologischen Rehabilitation, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne, relevante Studien nicht identifiziert werden konnten. Viele der im Volltext analysierten Studien erfüllten nicht alle Einschlusskriterien sondern bezogen sich auf die primäre onkologische Behandlung, einzelne rehabilitative Massnahmen, bezogen sich nicht auf die Patientenperspektive oder präsentierten keine Primärdaten. Die ausgewerteten Untersuchungen wiesen oftmals eine geringe methodische Qualität und viele Defizite auf. So handelt es sich bei vielen Studien um reine Fallbeschreibungen oder observatorische Studien bei denen oft unklar ist, wie verlässlich und verallgemeinerbar die Ergebnisse sind [50]. Glücklicherweise werden zunehmend auch randomisierte Studien durchgeführt, so zum Beispiel die 'active for life' Studie, die die Effektivität von Rehabilitationsmassnahmen bei Patienten mit Prostatakarzinom untersucht [137;138].

Die Mehrzahl der relevanten Studien stammt aus Deutschland, einige wenige jüngere Studien auch aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern. Die Konzentration deutscher Studien ist nicht erstaunlich, hat die Rehabilitation insgesamt, insbesondere aber auch die onkologische Rehabilitation eine relativ lange Tradition in Deutschland. Dies hat in den letzten Jahren zu einer etablierten Versorgungsstruktur und zur Entwicklung von vielen Modellprojekten geführt. Diese Entwicklung wurde begleitet von intensiver Evaluation und Forschungsförderung der Rehabilitationswissenschaften, was sich in der Publikationsfrequenz zeigt. Zudem existiert bereits ein umfangreiches Qualitätssicherungssystem für die deutschen Rehabilitationseinrichtungen, was sich unter anderem in systematischen verbindlichen Patientenbefragungen und verbindlichen Qualitätsberichten zeigt. Aus der Tatsache, dass es einen sehr grossen "Markt" an Rehabilitationsangeboten gibt, ergibt sich auch eine gewisse Konkurrenz zwischen den Einrichtungen und damit ein "Wettbewerb um Patienten". Diese Umstände helfen zu erklären, warum gerade die Erforschung von Patientenbedürfnissen und –Beurteilungen nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht relativ weit entwickelt sondern auch aus Sicht der Versorgungsinstitutionen von herausragender Bedeutung ist.

Auch die vorliegenden Messinstrumente spiegeln diese Konzentration wieder: Zum einen stammen fast alle Fragebögen zur Erhebung von Patientenbedürfnissen und – Beurteilungen aus Deutschland. Zum anderen reflektieren diese Instrumente dann entsprechend auch die deutschen Versorgungsstrukturen, die im Vergleich mit anderen

europäischen Ländern im Bereich der Rehabilitation gekennzeichnet sind durch ein hohes Mass an Struktur und konzeptualisierten Programmen. Darunter ist zu verstehen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich klare Leistungsangebote und "-pakete" existieren, die zu mehr oder weniger "ganzheitlichen" Rehabilitationsmassnahmen zusammengeführt sind. Dahin gegen haben Patienten nach einer onkologischen Erkrankung in anderen Ländern, so auch in der Schweiz, zwar viele Möglichkeiten, die entsprechenden Einzelleistungen in Anspruch zu nehmen (z.B. Physiotherapie, soziale Unterstützungsangebote), diese sind aber häufig wenig koordiniert und aufeinander abgestimmt. Auf Ebene der Messinstrumente (z.B. Patientenzufriedenheit) führt dies dazu, dass die Messinstrumente die Versorgungsrealität in Deutschland spiegeln und nicht zwangsläufig direkt auf andere Versorgungssysteme übertragbar sind.

Auf inhaltlicher Ebene der ausgewerteten Studie ergeben sich eine Reihe wichtiger Ergebnisse:

1. Aus Sicht der Patienten betreffen die wichtigsten Zielbereiche der onkologischen Rehabilitation die "körperlichen Leistungsfähigkeit", den Bereich "Ernährung/Gewicht", und den Bereich "seelische Belastung".
2. Die Erwartungen der Patienten an die onkologische Rehabilitation zeigen, dass sie ein ganzheitliches, umfassendes Verständnis der Rehabilitation haben und Hilfestellung und Unterstützung in der gesamten Bandbreite erwarten. Dazu gehören insbesondere die Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit, eine Entlastung von Stress und eine Verbesserung des seelischen Befindens.
3. Viele Krebspatienten weisen zu Beginn deutliche Ängste vor der Rehabilitationsmassnahme auf. Da diese Befürchtungen häufig auch mit stärkeren körperlichen und psychischen Belastungen korrelieren, könnte dies ein Hinweis darauf sein, warum bestimmte Patientengruppen keine rehabilitativen Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Anbieter von Rehabilitationsmassnahmen stellt sich damit die Herausforderung, ebenso wie für zuweisende Ärzte, Patienten die Ängste vor der Rehabilitation zu nehmen, zum Beispiel durch verbesserte Information über Inhalte und Rahmenbedingungen der Massnahmen.
4. Ärzte und Patienten weisen oftmals sehr divergierende Zielformulierungen für die Rehabilitation auf. Ärzte formulieren pro Patienten eine geringere Anzahl an Zielen, formulieren zum Teil andere Zielperspektiven und setzen andere Prioritäten als die Patienten selber [113]. Vor allem bei den Zielbereichen, die sich auf die Reintegration in den sozialen Alltag beziehen, zeigt sich bei einer fallweisen Betrachtung oftmals

eine geringe Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten. Offensichtlich wird die grosse Bedeutung, die diesen Bereichen aus Patientensicht zu kommt, von Ärzten häufig nicht in ausreichender Form wahrgenommen oder anerkannt.

5. Im Hinblick auf die Bedeutung der Wohnort-Nähe für die onkologische Rehabilitation ergeben sich nur wenige, und primär indirekte Hinweise. Deutlich wird aus den Untersuchungen, dass die Möglichkeit, während der Massnahme einen engen Kontakt zu Angehörigen aufrecht halten zu können (z.B. Wochenend-Besuchsmöglichkeit), eine hohe Bedeutung für Patienten hat. Gleichzeitig nimmt auch die Erwartung, "Abstand" vom Alltagsleben bekommen zu können (im übertragenen Sinne), eine grosse Wichtigkeit ein, wofür auch eine räumliche Distanz hilfreich sein kann. Insgesamt liegen wenige Erkenntnisse zu dieser Thematik vor, was sich insbesondere dadurch erklären lässt, dass es in Deutschland, aus dem die meisten Evaluationen von Versorgungspräferenzen vorliegen, eine so hohe Dichte an Versorgungseinrichtungen gibt, dass vermutlich alle Patienten eine Leistung in der für sie angemessenen Entfernung zum Wohnort in Anspruch nehmen können.
6. Die Beurteilung der Rehabilitation durch die Patienten im Sinne der Erfüllung von Erwartungen und der Zufriedenheit mit Rehabilitationsmassnahmen fällt insgesamt positiv aus.
7. In den vorliegenden Untersuchungen aus Deutschland zeigt sich, dass die stationäre und die ambulante/teilstationäre onkologische Rehabilitation gleichermaßen gut durch die Patienten beurteilt wird. Patienten der ambulanten Rehabilitation schätzen vor allem die Wohnort-Nähe und den dadurch gewährleisteten engen Kontakt zum privaten Umfeld. Sowohl in den Bewertungen der Gesamtmassnahme als auch der Einzelleistungen lassen sich keine Vorzüge der einen oder anderen Rehabilitationsform erkennen. Auch unterscheiden sich die Patienten der stationären und der ambulanten Rehabilitation nicht in ihren Erwartungen und ihren Einschätzung hinsichtlich der notwendigen Leistungen. Dies kann vermutlich zu einem grossen Teil dadurch erklärt werden, dass die deutschen Rentenversicherungsträger in beiden settings ein konzeptionelles Verständnis sowie einen umfassenden Zielanspruch verfolgen und gegenüber den Rehabilitationseinrichtungen die Anforderung stellen, dass auch die rehabilitativen Leistungen in beiden settings in Art und Umfang vergleichbar sind.
8. Internationale Untersuchungen der Patientenpräferenzen gegenüber der Ausgestaltung von Rehabilitationsmassnahmen oder einzelnen Komponenten machen sehr deutlich, dass die Patienten in der Regel einen umfassenden, koordinierten Ansatz bevorzugen, der Angebote beinhaltet, die auf die verschiedenen Dimensionen

der Lebensqualität zielen. Dabei scheinen insbesondere Angebote für die Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit von grossem Interesse.

9. Hinsichtlich der Wiedereingliederung und die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit zeigen viele internationale Studien, dass die Mehrzahl der Patienten, die vor der Erkrankung berufstätig waren und auch nach der Erkrankung noch in einem entsprechenden Alter sind, an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Allerdings können häufig sehr unterschiedliche und komplexe Verläufe der Wiedereingliederung beobachtet werden. Viele Patienten berichten über Veränderungen im Arbeitspensum, in den Tätigkeiten sowie in den Fähigkeiten, mit der beruflichen Belastung umzugehen. Die Vorbereitung des Arbeitsumfeldes auf die Rückkehr von Patienten durch die Arbeitgeber scheint ein besonders effektives Instrument zu sein, welches von onkologischen Patienten gut angenommen und als sehr unterstützend anerkannt wird. Dabei ist zu vermuten, dass auch Arbeitgeber, insbesondere in kleineren Unternehmen, Unterstützung benötigen, eine solche Rückkehr sinnvoll vorzubereiten. Hier könnte sich auch für die Schweiz möglicherweise Handlungsbedarf ergeben. Dahingegen bemängeln viele Patienten deutlich, dass sie während der Akutbehandlung nur unzureichend über berufliche Aspekte der Erkrankung und die Rückkehr ins Erwerbsleben informiert werden. Offensichtlich wird diese Thematik noch zu wenig im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung thematisiert. Erste Studien deuten darauf hin, dass Massnahmen der Information und Unterstützung erfolgreich und effektiv sein können, wenn sie schon während der Akutbehandlung eingeleitet werden. Auch hier könnten gezielte Aktivitäten zu einer Verbesserung der Versorgung und einem gleitenderen Übergang zwischen Erkrankung, Behandlung und Wiedereingliederung führen.
10. Einige Untersuchungen aus Deutschland zeigen hingegen, dass die Patienten die Rehabilitation hinsichtlich der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit eher schlecht beurteilen [134]. Dabei müssen zwei Aspekte berücksichtigt werden: Zum einen handelt es sich um relative frühe Untersuchungen, die sich auf Rehabilitationsangebote beziehen, die vermutlich keine frühe berufsspezifischen Komponenten beinhalteten. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass es sich um die subjektive Beurteilung der Patienten handelt. In der vorliegenden Untersuchungen wurde die Massnahme durch die Patienten im Hinblick auf die Verbesserung der physischen und psychischen Lebensqualität als wirksam beschrieben. Beides sind wichtige Voraussetzungen für die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit und berufliche Integration. So fällt es Patienten möglicherweise schwer, die Wirksamkeit der Rehabilitation auf verschiedene Lebensbereiche voneinander zu differenzieren und zu abstrahieren.

Auf Basis der Literaturanalyse lassen sich auch einige wichtige Forschungslücken beschreiben:

1. Im Bereich der onkologischen Rehabilitation existiert eine enorme Varianz der angebotenen Leistungen [50]. Für viele Interventionen im Bereich der Rehabilitation von Patientinnen mit Mammakarzinom liegt bisher nur unzureichende Evidenz bezüglich der Wirksamkeit vor. So konnten für Entspannungsverfahren, Sporttherapie und psychosoziale Beratung und Therapie gute Evidenzbasierung, für Lymphdrainagen und künstlerische Therapien eher geringe Evidenzbasierung gefunden werden. Für andere onkologische Erkrankungen ist die wissenschaftliche Grundlage zudem vermutlich weniger gut untersucht.
2. In der vorliegenden Literaturanalyse konnten praktisch keine für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten wissenschaftlichen Publikationen aus der Schweiz, bzw. mit Schweizer Patienten, identifiziert werden. Daraus ergibt sich, dass wir keine empirischen Hinweise auf Bedürfnisse und Erwartungen an und Zufriedenheit von Schweizer Patienten mit der Rehabilitation gewinnen konnten. Ebenfalls fehlen Untersuchungen zur langfristigen Lebensqualität von Krebs-Überlebenden, die einen Hinweis auf persistierende Einschränkungen der Lebensqualität liefern könnten.
3. Leider liegen auch aus den Ländern, in denen Patienten nach einer onkologischen Erkrankung systematisch eine Rehabilitationsmassnahme angeboten bekommen, keinerlei Daten darüber vor, wie sich Patienten charakterisieren lassen, die diese Leistung in Anspruch nehmen und wie sie sich von jenen unterscheiden, die sich keiner "geordneten" Rehabilitation unterziehen. Daher sind auch nur wenige Aussagen darüber möglich, welche Bedürfnisse in dieser letztgenannten Gruppe vorliegen und ob die Bedürfnisse dieser Patienten nicht, oder anders erfüllt werden (können). Daten aus Schweden deuten allerdings darauf hin, dass der Wunsch an eine Teilnahme an einer Reha-Massnahme ein relativ guter Indikator für die Rehabilitationsbedürftigkeit ist [139].
4. Allgemein bleibt für Länder ohne umfangreiches und strukturiertes explizites Rehabilitationssystem unklar, welche Leistungen von den Patienten in Anspruch genommen werden, welche Erwartungen mit dieser Inanspruchnahme verbunden sind und wie zufrieden sie mit den Leistungen sind.
5. Insgesamt bleibt offen, welche Form eines systematischen Rehabilitationsangebotes eher in der Lage ist, die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten zu erfüllen: Anhand der Versorgungsrealität zeichnen sich zwischen den verschiedenen Ländern deutliche Unterschiede ab, die aber nie in länderübergreifenden Studien in ihren Auswirkungen für Patienten untersucht wurden. So wäre für die Intensivierung eines

rehabilitativen Leistungsangebotes für onkologische Patienten sicher von Vorteil zu wissen, ob ein System strukturierter ambulanter und stationärer Angebote (z.B. Deutschland) oder ein "Einzelleistungs-System" (wie z.B. in Teilen der Schweiz), in denen Patienten direkt oder indirekt (über den behandelnden Arzt) einzelne Komponenten auswählen, von denen sie eine Verbesserung ihrer Situation erwarten, welche Versorgungsstruktur eher in der Lage ist, die Bedürfnissen der Patienten zu erfüllen.

6. Konkret deutlich wurde in einer Vielzahl Studien, dass Patienten in der Rehabilitation ein enormes Bedürfnis an zusätzlichen Informationen aufweisen. Dabei ist unklar, ob es sich um aus der akuten Erkrankungsphase fortgeschriebene Informationsdefizite, oder um solche, die erst im Verlaufe der Nachsorge und Rehabilitation entstehen, oder um Beides handelt. Ganz offensichtlich jedoch besteht auch zu Beginn der Rehabilitationsphase noch ein grosses Informationsdefizit zu Themen, die nicht nur ausschliesslich die weitere Perspektive, sondern durchaus auch grundsätzliche Fragen der Erkrankung betreffen.
7. Geht man davon aus, dass selbst in der Rehabilitationseinrichtung oft noch eine deutliche Divergenz zwischen ärztlich und patientenseitig definierten Reha-Zielen existiert, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Differenzen vermutlich in, oder kurz nach der akutversorgung noch grösser ausfallen. Hier stellt sich die Frage, ob und wie gut das akutmedizinische onkologische Versorgungssystem in der Lage ist, Rehabilitationsbedürfnisse der Patienten zu erkennen, ihnen entsprechend zu begegnen und Informationen, Versorgungswege und Nachsorgeleistungen für diese Patienten vorzuhalten.
8. Auf Ebene der Instrumente zur Evaluation der rehabilitativen Angebote zeigt sich, dass zwar (primär deutschsprachige) Fragebögen und Messinstrumente zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation und Zufriedenheit vorliegen. In wie weit diese aber inhaltlich auf Systeme ohne strukturiertes und koordiniertes Rehabilitationsangebot übertragbar sind, ist zweifelhaft.

Insgesamt zeigen sich im Bereich der onkologischen Rehabilitation aus internationaler Perspektive sowohl schon zahlreiche wichtige Erkenntnisse, als auch noch deutliche Forschungslücken. Diese Lücken betreffen zwei Dimensionen: Zum einen liegen für viele Aspekte und Einzelinterventionen bisher nur begrenzte wissenschaftlich belastbare Daten hinsichtlich der Effektivität der Massnahmen vor. Zum anderen beziehen sich die identifizierten empirischen Erkenntnisse fast ausschliesslich auf Länder mit etablierten stationären und ambulanten rehabilitativen Versorgungssystemen, insbesondere auf

Deutschland. Daten zu patientenseitigen Erwartungen, Bedürfnissen und zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation nach der onkologischen Erkrankung liegen fast ausschliesslich aus Deutschland vor. Es ist völlig unklar, in wie weit diese Erkenntnisse auf die Schweiz mit einem strukturell verschiedenen Versorgungsangebot übertragbar sind. Es konnten einige konkrete Hinweise auf wichtige Optimierungspotentiale gewonnen werden, z.B. die frühzeitige Information der Patienten über berufliche Aspekte oder auch das Unterstützungspotential der Arbeitgeber für die Rückkehr von Krebspatienten an den Arbeitsplatz. Diese Aspekte können neben der Bearbeitung der strukturellen Perspektive des Rehabilitationsangebotes wichtige konkrete Hinweise zur Verbesserung der Versorgung von Patienten nach onkologischen Erkrankungen liefern.

6 Referenzen

1. Tvede CF, Brandstrup B, Engholm G, Tonnesen H. Potential number of rehabilitated cancer patients in Denmark--an estimate [Dansk]. *Ugeskr Laeger* 2003;165:123-8.
2. Yadav R. Rehabilitation of surgical cancer patients at University of Texas M. D. Anderson Cancer Center. *J Surg Oncol* 2007;95:361-9.
3. Clipp EC, Hollis DR, Cohen HJ. Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival. *Psycho-Oncology* 2001;10:166-78.
4. Gudbergsson SB, Fossa SD, Ganz PA, et al. The associations between living conditions, demography, and the 'impact of cancer' scale in tumor-free cancer survivors: a NOCWO study. *Support Care Cancer* 2007.
5. Dennison CR. The role of patient-reported outcomes in evaluating the quality of oncology care. *Am J Managed Care* 2002;8:S580-S586.
6. Egger M, Davey Smith G, Altman DG. *Systematic Reviews in Health Care. Meta-analysis in context* (2 ed.). London: BMJ Publishing Group, 2001.
7. Nicholas PK, Leuner JD, Hatfield JM, et al. Using the Cancer Rehabilitation Questionnaire in patients with colorectal cancer. *Rehabil Nurs* 2006;31:106-13.
8. Ferrell BR, Smith SL, Ervin KS, et al. A qualitative analysis of social concerns of women with ovarian cancer. *Psychooncology* 2003;12:647-63.
9. Fleer J, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, et al. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer-related variables, and life events. *Support Care Cancer* 2006;14:251-9.
10. Greenslade MV, House CJ. Living with lymphedema: a qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Can Oncol Nurs J* 2006;16:165-79.
11. Edvardsson T, Ahlstrom G. Illness-related problems and coping among persons with low-grade glioma. *Psychooncology* 2005;14:728-37.
12. Jakobsson L, Hallberg IR, Loven L. Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part I. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1997;6:108-16.
13. Curt GA, Breitbart W, Cella D, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000;5:353-60.
14. Cohen L, Hack TF, de MC, et al. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol* 2000;7:427-34.
15. Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology* 2005;14:307-17.
16. Casso D, Buist DSM, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;2:9p.

17. Bardwell WA, Major JM, Rock CL, et al. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer: For the women's healthy eating and living (WHEL) study group. *Psycho-Oncology* 2004;13:595-604.
18. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer--a longitudinal study. *Head Neck* 2001;23:113-25.
19. Matthews BA, Baker F, Spillers RL. Oncology professionals and patient requests for cancer support services. *Support Care Cancer* 2004;12:731-8.
20. van Tulder MW, Aaronson NK, Bruning PF. The quality of life of long-term survivors of Hodgkin's disease. *Ann Oncol* 1994;5:153-8.
21. Bjordal K, Mastekaasa A, Kaasa S. Self-reported satisfaction with life and physical health in long-term cancer survivors and a matched control group. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B:340-5.
22. Derks W, De LR, Winnubst J, Hordijk GJ. Elderly patients with head and neck cancer: physical, social and psychological aspects after 1 year. *Acta Otolaryngol* 2004;124:509-14.
23. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, et al. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer* 2000;88:1294-303.
24. Ness KK, Wall MM, Oakes JM, et al. Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: a population-based study. *Annals of Epidemiology* 2006;16:197-205.
25. de Boer MF, Pruyn JF, van den BB, et al. Rehabilitation outcomes of long-term survivors treated for head and neck cancer. *Head Neck* 1995;17:503-15.
26. Lehmann W, Krebs H. Interdisciplinary rehabilitation of the laryngectomy. *Recent Results Cancer Res* 1991;121:442-9.
27. Avis NE, Smith KW, McGraw S, et al. Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). *Quality of Life Research* 2005;14:1007-23.
28. Ferrell BR, Grant MM, Funk BM, et al. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum* 1998;25:887-95.
29. Burman ME, Weinert C. Concerns of rural men and women experiencing cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24:1593-600.
30. Cox K, Wilson E, Heath L, et al. Preferences for follow-up after treatment for lung cancer: assessing the nurse-led option. *Cancer Nurs* 2006;29:176-87.
31. Kelly L, Caldwell K, Henshaw L. Involving users in service planning: a focus group approach. *Eur J Oncol Nurs* 2006;10:283-93.
32. Sharpe L, Butow P, Smith C, et al. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psycho-Oncology* 2005;14:102-14.

33. Beaver K, Witham G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:16-25.
34. Coyle N, Goldstein ML, Passik S, et al. Development and validation of a patient needs assessment tool (PNAT) for oncology clinicians. *Cancer Nurs* 1996;19:81-92.
35. Wright EP, Kiely M, Johnston C, et al. Development and evaluation of an instrument to assess social difficulties in routine oncology practice. *Qual Life Res* 2005;14:373-86.
36. Wright EP, Kiely MA, Lynch P, et al. Social problems in oncology. *Br J Cancer* 2002;87:1099-104.
37. te VA, Sprangers MA, Aaronson NK. Feasibility, psychometric performance, and stability across modes of administration of the CARES-SF. *Ann Oncol* 1996;7:381-90.
38. Aranda S, Schofield P, Weih L, et al. Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;14:211-22.
39. Aranda S, Schofield P, Weih L, et al. Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006;95:667-73.
40. Buhrlen B, Gerdes N, Jackel WH. [Development and psychometric testing of a patient questionnaire for medical rehabilitation (IRES-3)]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005;44:63-74.
41. Law M, Baptiste S, McColl M, et al. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther* 1990;57:82-7.
42. Watterson J, Lowrie D, Vockins H, et al. Rehabilitation goals identified by inpatients with cancer using the COPM... including commentary by Wressle E. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2004;11:219-25.
43. Bredart A, Razavi D, Delvaux N, et al. A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients. *Support Care Cancer* 1998;6:518-23.
44. Adamsen L, Rasmussen JM, Pedersen LS. 'Brothers in arms': how men with cancer experience a sense of comradeship through group intervention which combines physical activity with information relay. *J Clin Nurs* 2001;10:528-37.
45. Cunningham AJ, Edmonds CV, Phillips C, et al. A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2000;9:323-39.
46. Oldervoll LM, Kaasa S, Hjerstad M, et al. Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients (Provisional record). *European Journal of Cancer* 2004;40:951-62.
47. Rutledge DN, Raymon NJ. Changes in well-being of women cancer survivors following a survivor weekend experience. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:85-91.

48. Bottomley A. Psychotherapy groups and cancer patient survival: chasing fool's gold? *European Journal of Cancer Care* 1998;7(3):192-6.
49. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003;12:532-46.
50. Weis J, Domann U. Interventions in the rehabilitation of breast cancer patients -- a critical literature review of the state of the art. *Die Rehabilitation (Stuttgart)* 2006;45:129-45.
51. Rodgers M, Fayter D, Richardson G, et al. The effects of psychosocial interventions in cancer and heart disease: a review of systematic reviews. Report. 2005.
52. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, et al. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient education and counseling* 2006;60:212-9.
53. Solà I, Thompson E, Subirana M, et al. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Solà I, Thompson E, Subirana M, López C, Pascual A Non invasive interventions for improving well being and quality of life in patients with lung cancer *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2004 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK D 2004.
54. Morimoto T, Tamura A, Ichihara T, et al. Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patients with breast cancer. *Nursing and Health Sciences* 2003;5:275-82.
55. Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:517.
56. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, et al. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2006;175(1):34-41.
57. Shamley DR, Barker K, Simonite V, Beardshaw A. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review (Structured abstract). *Breast cancer research and treatment* 2005;90:263-71.
58. Campbell A, Mutrie N, White F, et al. A pilot study of a supervised group exercise programme as a rehabilitation treatment for women with breast cancer receiving adjuvant treatment. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:56-63.
59. Adamsen L, Midtgaard J, Rorth M, et al. Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer* 2003;11:707-16.
60. de Rezende LF, Franco RL, de Rezende MF, et al. Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori* 2006;92:55-61.
61. Mackey KM, Sparling JW. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys Ther* 2000;80:459-68.

62. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, et al. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2004;12:774-9.
63. Culos-Reed SN, Carlson LE, Daroux LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psycho Oncology* 2006;15:891-7.
64. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:507-16.
65. Irwin ML, Ainsworth BE. Physical activity interventions following cancer diagnosis: methodologic challenges to delivery and assessment (Provisional record). *Cancer Investigation* 2004;22:30-50.
66. Weis J, Blettner G, Schwarz R. Psychooncological care in Germany: Quality and quantity. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2000;46:4-17.
67. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: A survey. *Eur J Cancer Care* 2004;13:45-52.
68. Ross L, Thomsen BL, Karlsen RV, et al. A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients--the INCA Project. *Psycho Oncology* 2005;14:949-61.
69. Nord C, Mykletun A, Thorsen L, et al. Self-reported health and use of health care services in long-term cancer survivors. *International Journal of Cancer* 2005;114:307-16.
70. Chait I, Glynne-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998;48:1241-3.
71. Stevinson C, Fox KR. Role of exercise for cancer rehabilitation in UK hospitals: a survey of oncology nurses. *European Journal of Cancer Care* 2005;14:63-9.
72. Mehnert A, Koch U. Psychosocial care of cancer patients--international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 2005;13:579-88.
73. David JA. A study of the role of the rehabilitation team. *European Journal of Cancer Care* 1993;2:129-33.
74. Philadelphia P. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions: overview and methodology. *Physical Therapy* 2001;81(10):1629-40.
75. Graham ID, Evans WK, Logan D, et al. Canadian oncologists and clinical practice guidelines: A national survey of attitudes and reported use. *Oncology* 2000;59:283-90.
76. Efsthathiou N, Ameen J, Coll AM. Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:141-50.

77. Goodman G, Browning M, Campbell S, Hudak H. Evaluation of an occupational rehabilitation program. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2005;24:33-40.
78. Sager L, James C. Injured workers' perspectives of their rehabilitation process under the New South Wales Workers Compensation System. *Australian Occupational Therapy Journal* 2005;52:127-35.
79. Braveman B, Kielhofner G, Albrecht G, Helfrich C. Occupational identity, occupational competence and occupational settings (environment): Influences on return to work in men living with HIV/AIDS. *Work* 2006;27:267-76.
80. Weis J, Koch U, Geldsetzer M. [Changes in occupational status following cancer. An empirical study on occupational rehabilitation]. *Soz Präventivmed* 1992;37:85-95.
81. Drolet M, Maunsell E, Brisson J, et al. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005;23:8305-12.
82. Bednarek HL, Bradley CJ. Work and retirement after cancer diagnosis. *Res Nurs Health* 2005;28:126-35.
83. Sanchez KM, Richardson JL, Mason HR. The return to work experiences of colorectal cancer survivors. *AAOHN J* 2004;52:500-10.
84. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006;24:345-53.
85. Hinman MR. Factors influencing work disability for women who have undergone mastectomy. *Women and Health* 2001;34:45-60.
86. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, et al. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1813-22.
87. Main DS, Nowels CT, Cavender TA, et al. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psychooncology* 2005;14:992-1004.
88. Schultz PN, Beck ML, Stava C, Sellin RV. Cancer survivors. Work related issues. *AAOHN J* 2002;50:220-6.
89. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003;39:1562-7.
90. van den BM, van den Hout WB, Kievit J, et al. The impact of diagnosis and treatment of rectal cancer on paid and unpaid labor. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1875-82.
91. Bradley CJ, Oberst K, Schenk M. Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psychooncology* 2006;15:739-47.
92. Hewitt M, Breen N, Devesa S. Cancer prevalence and survivorship issues: analyses of the 1992 National Health Interview Survey. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1480-6.

93. Stewart DE, Cheung AM, Duff S, et al. Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psychooncology* 2001;10:259-63.
94. van der Wouden JC, Greaves-Otte JG, Greaves J, et al. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med* 1992;34:1084-9.
95. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology* 1999;8:467-73.
96. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care* 2007;16:17-25.
97. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LL, et al. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *J Occup Rehabil* 2006;16:647-57.
98. Deck R, Raspe H. [Regional quality assurance in medical rehabilitation. The Schleswig-Holstein medical rehabilitation quality community--initiative and testing] Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein -- Initiative und Erprobung. Rehabilitation (Stuttg)* 2006;45:146-51.
99. Deck R, Raspe H. [Regional quality assurance in medical rehabilitation. The Schleswig-Holstein Medical Rehabilitation Quality Community--main study and empirical findings from orthopaedic clinics] Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein--Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. Rehabilitation (Stuttg)* 2006;45:272-81.
100. Hartmann U, Ring C, Reuss-Borst MA. [Improvement of health-related quality of life in breast cancer patients by inpatient rehabilitation]. *Med Klin (Munich)* 2004;99:422-9.
101. Hartmann U, Kluge A, Ring C, Reuss-Borst M. Improvement of anxiety and depression in women with breast cancer during inpatient oncological rehabilitation -- results of a prospective study. *Die Rehabilitation (Stuttgart)* 2006;45:88-94.
102. Kramer R, Meissner B, Schultze-Berndt A, Franz IW. [Long-term study of psychological effects in clinical rehabilitation (VESPER-study)]. *Dtsch Med Wochenschr* 2003;128:1470-4.
103. Teichmann JV. [Oncological rehabilitation: evaluation of the efficiency of inpatient rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2002;41:53-63.
104. Gartner U, Braun GD, Held K, et al. [Physical complaints, stress and quality of life of oncologic patients. Effects and patient assessment in inpatient rehabilitation]. *Med Klin (Munich)* 1996;91:501-8.
105. Holley S, Borger D. Energy for living with cancer: Preliminary findings of a cancer rehabilitation group intervention study. *Oncology Nursing Forum* 2001;28:1393-6.

106. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000;81:623-7.
107. Gordon LG, Battistutta D, Scuffham P, et al. The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment* 2005;93:217-26.
108. van WE, Hoekstra-Weebers JEH, Grol BMF, et al. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 2004;27:27-35.
109. van WE, Hoekstra-Weebers J, Otter R, et al. Cancer-related fatigue: predictors and effects of rehabilitation. *Oncologist* 2006;11:184-96.
110. Fismen K, Osland IJ, Fismen E, et al. [Rehabilitation of women with breast cancer]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:2749-54.
111. Petersson LM, Nordin K, Glimelius B, et al. Differential effects of cancer rehabilitation depending on diagnosis and patients' cognitive coping style. *Psychosomatic medicine* 2002;64:971-80.
112. Faller H, Vogel H, Bosch B. [Patient expectations regarding methods and outcomes of their rehabilitation--a controlled study of back pain- and cancer patients]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:205-14.
113. Bergelt C, Welk H, Koch U. [Expectations, concerns and therapeutic goals of patients at the beginning of oncologic rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:338-49.
114. Belchamber CA, Gousy MH. Rehabilitative care in a specialist palliative day care centre: a study of patients' perspectives... including commentary by Barrett H. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2004;11:425-34.
115. van Harten WH, van NO, Warmerdam R, et al. Assessment of rehabilitation needs in cancer patients. *Int J Rehabil Res* 1998;21:247-57.
116. Meng K, Zdrahal-Urbaneck J, Frank S, et al. Patients' expectations, motivation and multi-dimensional subjective and objective socio-medical success in medical rehabilitation measures. *Int J Rehabil Res* 2006;29:65-9.
117. Deck R. Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2006;15:175-83.
118. Raspe H, Voigt S, Herlyn K, et al. [Patient "satisfaction" in medical rehabilitation--a useful outcome indicator?]. *Gesundheitswesen* 1996;58:372-8.
119. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Qualitätssicherung der Gesetzlichen Rentenversicherung. Patientenfragebogen für die somatischen Indikationsbereiche. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2006.
120. Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A. Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung - Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Deutsche Angestelltenversicherung* 2005;9:431-8.

121. Schmelzle M, Schwarz R, Fellhauer S, Schlag P. [Value of inpatient after-care in coping with illness by tumor patients]. *Onkologie* 1991;14:61-5.
122. Petersson LM, Berglund G, Brodin O, et al. Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits. *Patient Educ Couns* 2000;40:219-29.
123. Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H. Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it--results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 2007;29:437-44.
124. van WE, Hoekstra-Weebers J, Grol B, et al. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *Journal of psychosomatic research* 2005;58:485-96.
125. Berglund G, Petersson LM, Eriksson KR, Haggman M. "Between men": patient perceptions and priorities in a rehabilitation program for men with prostate cancer. *Patient Educ Couns* 2003;49:285-92.
126. Carlsson ME, Strang PM. Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families. *Support Care Cancer* 1996;4:102-9.
127. Karvinen KH, Courneya KS, Campbell KL, et al. Exercise preferences of endometrial cancer survivors: a population-based study. *Cancer Nurs* 2006;29:259-65.
128. Jones LW, Courneya KS. Exercise counseling and programming preferences of cancer survivors. *Cancer practice* 2002;10:208-15.
129. Jones LW, Guill B, Keir ST, et al. Exercise interest and preferences among patients diagnosed with primary brain cancer. *Support Care Cancer* 2007;15:47-55.
130. Koch U, Gundelach C, Tiemann F, Mehnert A. [Partial inpatient oncologic rehabilitation--results of a model project]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:363-72.
131. Morfeld M, Burger W, Dietsche S, Koch U. [Subjective estimations of the treatment programmes offered in inpatient and outpatient orthopaedic rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2002;41:112-8.
132. Bolsche F, Hasenbein U, Reissberg H, Wallesch CW. [Expectations of stroke patients concerning in-patient or out-patient neurological rehabilitation in Phase D]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2004;43:65-74.
133. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60:352-7.
134. Weis J, Koch U, Kruck P, Beck A. Problems of vocational integration after cancer. *Clinical Rehabilitation* 1994;8:219-25.
135. Deck R, Kohlmann T, Raspe H. Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1998;6:101-8.
136. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, et al. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000;88:217-25.

137. Carmack Taylor CL, Smith MA, de MC, et al. Quality of life intervention for prostate cancer patients: design and baseline characteristics of the active for life after cancer trial. *Control Clin Trials* 2004;25:265-85.
138. Carmack Taylor CL, Demoor C, Smith MA, et al. Active for Life After Cancer: a randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. *Psycho Oncology* 2006;15:847-62.
139. Berglund G, Bolund C, Gustafsson UL, Sjöden PO. Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomized study. *Psycho Oncology* 1997;6:35-46.

7 Anhang

7.1 Anhang 1: Bibliographische Angaben der im Volltext analysierten Studien

1. Adamsen L, Rasmussen JM, Pedersen LS. 'Brothers in arms': how men with cancer experience a sense of comradeship through group intervention which combines physical activity with information relay. *J Clin Nurs* 2001;10:528-37.
2. Adamsen L, Midtgaard J, Rorth M, et al. Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer* 2003;11:707-16.
3. Allen S, Carlson G. Psychosocial themes in durable employment transitions. *Work* 2003;20:185-97.
4. Andersson A, Beck-Friis B, Britton M, et al. Advanced home health care and home rehabilitation: reviewing the scientific evidence on costs and effects. Systematic review. 1999.
5. Andrykowski MA, Bruehl S, Brady MJ, Henslee-Downey PJ. Physical and psychosocial status of adults one-year after bone marrow transplantation: a prospective study. *Bone Marrow Transplant* 1995;15:837-44.
6. Aranda S, Schofield P, Weih L, et al. Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;14:211-22.
7. Aranda S, Schofield P, Weih L, et al. Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006;95:667-73.
8. Avis NE, Smith KW, McGraw S, et al. Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). *Quality of Life Research* 2005;14:1007-23.
9. Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology* 2003;8:125-34.
10. Bardwell WA, Major JM, Rock CL, et al. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer: For the women's healthy eating and living (WHEL) study group. *Psycho-Oncology* 2004;13:595-604.
11. Beaver K, Witham G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:16-25.
12. Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A. Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung - Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Deutsche Angestelltenversicherung* 2005;9:431-8.
13. Bednarek HL, Bradley CJ. Work and retirement after cancer diagnosis. *Res Nurs Health* 2005;28:126-35.
14. Belchamber CA, Gousy MH. Rehabilitative care in a specialist palliative day care centre: a study of patients' perspectives... including commentary by Barrett H. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2004;11:425-34.

15. Belec RH. Quality of life: perceptions of long-term survivors of bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum* 1992;19:31-7.
16. Bergelt C, Welk H, Koch U. [Expectations, concerns and therapeutic goals of patients at the beginning of oncologic rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:338-49.
17. Berglund G, Bolund C, Gustafsson UL, Sjöden PO. A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: The 'Starting again' group. *Psycho Oncology* 1994;3:109-20.
18. Berglund G, Bolund C, Gustafsson UL, Sjöden PO. Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomized study. *Psycho Oncology* 1997;6:35-46.
19. Berglund G, Petersson LM, Eriksson KR, Haggman M. "Between men": patient perceptions and priorities in a rehabilitation program for men with prostate cancer. *Patient Educ Couns* 2003;49:285-92.
20. Bhatia N, Shah RK, Villacorta M, et al. Effect of rehabilitation facility location on outcomes in head and neck surgical patients. *European Journal of Cancer Care* 2006;15:458-62.
21. Bilney B, Morris ME, Perry A. Effectiveness of physiotherapy, occupational therapy, and speech pathology for people with Huntington's disease: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2003;17(1):12-24.
22. Bjordal K, Mastekaasa A, Kaasa S. Self-reported satisfaction with life and physical health in long-term cancer survivors and a matched control group. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B:340-5.
23. Bolsche F, Hasenbein U, Reissberg H, Wallesch CW. [Expectations of stroke patients concerning in-patient or out-patient neurological rehabilitation in Phase D]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2004;43:65-74.
24. Bonde LO. "Finding a new place...": metaphor and narrative in one cancer survivor's BMGIM therapy... Bonny Method of Guided Imagery and Music. *Nordic Journal of Music Therapy* 2005;14:137-54.
25. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, et al. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000;88:217-25.
26. Bonninghaus-John S, Jackisch C, Schneider HP. [Acceptance of hospital social work by gynecological oncology patients]. *Zentralbl Gynakol* 1999;121:513-21.
27. Bottomley A. Psychotherapy groups and cancer patient survival: chasing fool's gold? *European Journal of Cancer Care* 1998;7(3):192-6.
28. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006;24:345-53.
29. Bradley CJ, Oberst K, Schenk M. Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psychooncology* 2006;15:739-47.
30. Braveman B, Kielhofner G, Albrecht G, Helfrich C. Occupational identity, occupational competence and occupational settings (environment): Influences on return to work in men living with HIV/AIDS. *Work* 2006;27:267-76.

31. Bredart A, Razavi D, Delvaux N, et al. A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients. *Support Care Cancer* 1998;6:518-23.
32. Brown HG, Tai-Seale M. Vocational rehabilitation of cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing* 1992;8:202-11.
33. Buhrlen B, Gerdes N, Jackel WH. [Development and psychometric testing of a patient questionnaire for medical rehabilitation (IRES-3)]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005;44:63-74.
34. Burman ME, Weinert C. Concerns of rural men and women experiencing cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24:1593-600.
35. Campbell A, Mutrie N, White F, et al. A pilot study of a supervised group exercise programme as a rehabilitation treatment for women with breast cancer receiving adjuvant treatment. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:56-63.
36. Carlsson ME, Strang PM. Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families. *Support Care Cancer* 1996;4:102-9.
37. Carmack Taylor CL, Smith MA, de MC, et al. Quality of life intervention for prostate cancer patients: design and baseline characteristics of the active for life after cancer trial. *Control Clin Trials* 2004;25:265-85.
38. Carmack Taylor CL, Demoor C, Smith MA, et al. Active for Life After Cancer: a randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. *Psycho Oncology* 2006;15:847-62.
39. Carman S. Work rehabilitation: A comparison of the services provided by three organisations. *British Journal of Occupational Therapy* 2001;64:8.
40. Casso D, Buist DSM, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;2:9p.
41. Chait I, Glynne-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998;48:1241-3.
42. Chan SKK, Man DWK. Barriers to returning to work for people with spinal cord injuries: A focus group study. *Work* 2005;25:325-32.
43. Clemm C, Sauer H, Schilling S, et al. [Rehabilitation of patients with malignant germ cell tumor]. *Versicherungsmedizin* 1991;43:105-9.
44. Clipp EC, Hollis DR, Cohen HJ. Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival. *Psycho-Oncology* 2001;10:166-78.
45. Coggin C, Shaw-Perry M. Breast cancer survivorship: expressed needs of black women. *J Psychosoc Oncol* 2006;24:107-22.
46. Cohen L, Hack TF, de MC, et al. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol* 2000;7:427-34.
47. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000;81:623-7.
48. Collins LG, Nash R, Round T, Newman B. Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. *Support Care Cancer* 2004;12:106-13.

49. Conti JV. Cancer rehabilitation: why can't we get out of first gear? *Journal of Rehabilitation* 1990;56:19-22.
50. Cox K, Wilson E, Heath L, et al. Preferences for follow-up after treatment for lung cancer: assessing the nurse-led option. *Cancer Nurs* 2006;29:176-87.
51. Coyle N, Goldstein ML, Passik S, et al. Development and validation of a patient needs assessment tool (PNAT) for oncology clinicians. *Cancer Nurs* 1996;19:81-92.
52. Culos-Reed SN, Carlson LE, Daroux LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psycho Oncology* 2006;15:891-7.
53. Cunningham AJ, Edmonds CV, Phillips C, et al. A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2000;9:323-39.
54. Curt GA, Breitbart W, Cella D, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000;5:353-60.
55. Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment (DACEHTA). Rehabilitation of cancer patients in Denmark - with particular focus on general practice - Primary research (project). Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment (DACEHTA) 2005.
56. Danner R, Halonen P, Juntunen M, Javikallio K. Questionnaire test -- retest reliability: outcome measure of a vocational rehabilitation programme. *International Journal of Rehabilitation Research* 2000;23:245-52.
57. David JA. A study of the role of the rehabilitation team. *European Journal of Cancer Care* 1993;2:129-33.
58. Davies E, Hall S, Clarke C. Two year survival after malignant cerebral glioma: Patient and relative reports of handicap, psychiatric symptoms and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2003;25:259-66.
59. Davison BJ, Elliott S, Ekland M, et al. Development and evaluation of a prostate sexual rehabilitation clinic: a pilot project. *BJU Int* 2005;96:1360-4.
60. de Boer MF, Pruyn JF, van den BB, et al. Rehabilitation outcomes of long-term survivors treated for head and neck cancer. *Head Neck* 1995;17:503-15.
61. de Rezende LF, Franco RL, de Rezende MF, et al. Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori* 2006;92:55-61.
62. Deck R, Zimmermann M, Kohlmann T, Raspe H. [Rehabilitation-related expectations and motivations in patients with nonspecific backache. The development of a standardized questionnaire]
Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Ruckenschmerzen. Die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens. *Rehabilitation (Stuttg)* 1998;37:140-6.
63. Deck R, Kohlmann T, Raspe H. Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1998;6:101-8.

64. Deck R, Raspe H. [Regional quality assurance in medical rehabilitation. The Schleswig-Holstein Medical Rehabilitation Quality Community--main study and empirical findings from orthopaedic clinics] Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein--Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. *Rehabilitation (Stuttg)* 2006;45:272-81.
65. Deck R, Raspe H. [Regional quality assurance in medical rehabilitation. The Schleswig-Holstein medical rehabilitation quality community--initiative and testing] Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein -- Initiative und Erprobung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2006;45:146-51.
66. Deck R. Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2006;15:175-83.
67. Dennison CR. The role of patient-reported outcomes in evaluating the quality of oncology care. *Am J Managed Care* 2002;8:S580-S586.
68. Derks W, De LR, Winnubst J, Hordijk GJ. Elderly patients with head and neck cancer: physical, social and psychological aspects after 1 year. *Acta Otolaryngol* 2004;124:509-14.
69. Desouza M, Sycamore M, Little S, Kirker SGB. The Papworth early rehabilitation programme: Vocational outcomes. *Disability and Rehabilitation* 2007;29:671-7.
70. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, et al. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2004;12:774-9.
71. Drolet M, Maunsell E, Brisson J, et al. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005;23:8305-12.
72. Eadie TL. The ICF: A proposed framework for comprehensive rehabilitation of individuals who use alaryngeal speech. *Am J Speech-Lang Pathol* 2003;12:189-97.
73. Eardley A. Patients' needs after radiotherapy, the role of the general practitioner. *Fam Pract* 1990;7:39-42.
74. Edvardsson T, Ahlstrom G. Illness-related problems and coping among persons with low-grade glioma. *Psychooncology* 2005;14:728-37.
75. Efstathiou N, Ameen J, Coll AM. Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:141-50.
76. Eva GE. Focus on research... Occupational therapy outcomes: perspectives of patients with advanced cancer. *British Journal of Occupational Therapy* 2003;66:472.
77. Faller H, Vogel H, Bosch B. [Patient expectations regarding methods and outcomes of their rehabilitation--a controlled study of back pain- and cancer patients]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:205-14.
78. Ferrell BR, Grant MM, Funk BM, et al. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum* 1998;25:887-95.

79. Ferrell BR, Smith SL, Ervin KS, et al. A qualitative analysis of social concerns of women with ovarian cancer. *Psychooncology* 2003;12:647-63.
80. Fismen K, Osland IJ, Fismen E, et al. [Rehabilitation of women with breast cancer]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:2749-54.
81. Fleer J, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, et al. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer-related variables, and life events. *Support Care Cancer* 2006;14:251-9.
82. Frost MH, Arvizu RD, Jayakumar S, et al. A multidisciplinary healthcare delivery model for women with breast cancer: patient satisfaction and physical and psychosocial adjustment. *Oncol Nurs Forum* 1999;26:1673-80.
83. Fulton C. Patients with metastatic breast cancer: their physical and psychological rehabilitation needs. *Int J Rehabil Res* 1999;22:291-301.
84. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, et al. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 1996;38:183-99.
85. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16:501-14.
86. Garman KS, McConnell ES, Cohen HJ. Inpatient care for elderly cancer patients: the role for Geriatric Evaluation and Management Units in fulfilling goals for care. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004;51:241-7.
87. Gartner U, Braun GD, Held K, et al. [Physical complaints, stress and quality of life of oncologic patients. Effects and patient assessment in inpatient rehabilitation]. *Med Klin (Munich)* 1996;91:501-8.
88. Girgis A, Boyes A, Sanson-Fisher RW, Burrows S. Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Aust N Z J Public Health* 2000;24:166-73.
89. Given CW, Given BA, Stommel M. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. A longitudinal perspective. *Cancer* 1994;74:2128-38.
90. Goodman G, Browning M, Campbell S, Hudak H. Evaluation of an occupational rehabilitation program. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2005;24:33-40.
91. Goodman H. Meeting patients' post-discharge needs after lung cancer surgery. *Nurs Times* 2000;96:35-6.
92. Gordon LG, Scuffham P, Battistutta D, et al. A cost-effectiveness analysis of two rehabilitation support services for women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005;94(2):123-33.
93. Gordon LG, Battistutta D, Scuffham P, et al. The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment* 2005;93:217-26.
94. Graham ID, Evans WK, Logan D, et al. Canadian oncologists and clinical practice guidelines: A national survey of attitudes and reported use. *Oncology* 2000;59:283-90.

95. Greenslade MV, House CJ. Living with lymphedema: a qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Can Oncol Nurs J* 2006;16:165-79.
96. Gudbergsson SB, Fossa SD, Ganz PA, et al. The associations between living conditions, demography, and the 'impact of cancer' scale in tumor-free cancer survivors: a NOCWO study. *Support Care Cancer* 2007.
97. Gutschmidt S, Hanisch S. [Integrated therapy approach in the inpatient rehabilitation of women and men with total gastrectomy for stomach carcinoma]. *Rehabilitation (Stuttg)* 1994;33:228-36.
98. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:507-16.
99. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer--a longitudinal study. *Head Neck* 2001;23:113-25.
100. Harrison-Paul J, Drummond AER. A randomised controlled trial of occupational therapy in oncology: challenges in conducting a pilot study. *British Journal of Occupational Therapy* 2006;69:130-3.
101. Hartmann U, Ring C, Reuss-Borst MA. [Improvement of health-related quality of life in breast cancer patients by inpatient rehabilitation]. *Med Klin (Munich)* 2004;99:422-9.
102. Hartmann U, Kluge A, Ring C, Reuss-Borst M. Improvement of anxiety and depression in women with breast cancer during inpatient oncological rehabilitation -- results of a prospective study. *Die Rehabilitation (Stuttgart)* 2006;45:88-94.
103. Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology* 2005;14:307-17.
104. Hewitt M, Breen N, Devesa S. Cancer prevalence and survivorship issues: analyses of the 1992 National Health Interview Survey. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1480-6.
105. Hinman MR. Factors influencing work disability for women who have undergone mastectomy. *Women and Health* 2001;34:45-60.
106. Hoffman B. Employment discrimination: another hurdle for cancer survivors. *Cancer Invest* 1991;9:589-95.
107. Holley S, Borger D. Energy for living with cancer: Preliminary findings of a cancer rehabilitation group intervention study. *Oncology Nursing Forum* 2001;28:1393-6.
108. Hopkins KF, Tookman AJ. Rehabilitation and specialist palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2000;6:123-30.
109. Irwin ML, Ainsworth BE. Physical activity interventions following cancer diagnosis: methodologic challenges to delivery and assessment (Provisional record). *Cancer Investigation* 2004;22:30-50.
110. Jakobsson L, Hallberg IR, Loven L. Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part I. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1997;6:108-16.
111. Jansson I, Bjorklund A. The experience of returning to work. *Work* 2007;28:121-34.

112. Jayadevappa R, Chhatre S, Whittington R, et al. Health-related quality of life and satisfaction with care among older men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. *BJU Int* 2006;97:955-62.
113. Jones LW, Courneya KS. Exercise counseling and programming preferences of cancer survivors. *Cancer practice* 2002;10:208-15.
114. Jones LW, Guill B, Keir ST, et al. Exercise interest and preferences among patients diagnosed with primary brain cancer. *Support Care Cancer* 2007;15:47-55.
115. Karvinen KH, Courneya KS, Campbell KL, et al. Exercise preferences of endometrial cancer survivors: a population-based study. *Cancer Nurs* 2006;29:259-65.
116. Kelly L, Caldwell K, Henshaw L. Involving users in service planning: a focus group approach. *Eur J Oncol Nurs* 2006;10:283-93.
117. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care* 2007;16:17-25.
118. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003;12:532-46.
119. Koch U, Gundelach C, Tiemann F, Mehnert A. [Partial inpatient oncologic rehabilitation--results of a model project]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000;39:363-72.
120. Kramer R, Meissner B, Schultze-Berndt A, Franz IW. [Long-term study of psychological effects in clinical rehabilitation (VESPER-study)]. *Dtsch Med Wochenschr* 2003;128:1470-4.
121. Leddy SK. Incentives and barriers to exercise in women with a history of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24:885-90.
122. Lee CO. Quality of life and breast cancer survivors. *Psychosocial and treatment issues. Cancer Pract* 1997;5:309-16.
123. Lehmann W, Krebs H. Interdisciplinary rehabilitation of the laryngectomee. *Recent Results Cancer Res* 1991;121:442-9.
124. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing-being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *Am J Occup Ther* 2002;56:285-95.
125. MacEachen E, Clarke J, Franche R-L, et al. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2006;32:257-69.
126. Mackey KM, Sparling JW. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys Ther* 2000;80:459-68.
127. Main DS, Nowels CT, Cavender TA, et al. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psychooncology* 2005;14:992-1004.
128. Matthews BA, Baker F, Spillers RL. Oncology professionals and patient requests for cancer support services. *Support Care Cancer* 2004;12:731-8.
129. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology* 1999;8:467-73.

130. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, et al. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1813-22.
131. McGrath P, Patterson C, Yates P, et al. A study of postdiagnosis breast cancer concerns for women living in rural and remote Queensland. Part I: Personal concerns. *Aust J Rural Health* 1999;7:34-42.
132. McGrath P, Corcoran V, O'Malia A, et al. An assessment of the needs of oncology outpatients for the development of allied health services. *Aust Health Rev* 2000;23:134-51.
133. McGrath P. Post-treatment support for patients with haematological malignancies: findings from regional, rural and remote Queensland. *Aust Health Rev* 2000;23:142-50.
134. McGrath P. Follow-up of patients with haematological malignancies and their families in regional, rural and remote Queensland: the GPs' perspective. *Support Care Cancer* 2001;9:199-204.
135. McGrath P. Allied health professional services for oncology outpatients: an Australian comparative study. *J Allied Health* 2002;31:29-34.
136. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, et al. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2006;175(1):34-41.
137. Mehnert A, Koch U. Psychosocial care of cancer patients--international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 2005;13:579-88.
138. Mellette SJ, Parker GG. Future directions in cancer rehabilitation. *Seminars in Oncology Nursing* 1992;8:219-23.
139. Meng K, Zdrahal-Urbaneck J, Frank S, et al. Patients' expectations, motivation and multi-dimensional subjective and objective socio-medical success in medical rehabilitation measures. *Int J Rehabil Res* 2006;29:65-9.
140. Morfeld M, Burger W, Dietsche S, Koch U. [Subjective estimations of the treatment programmes offered in inpatient and outpatient orthopaedic rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2002;41:112-8.
141. Morimoto T, Tamura A, Ichihara T, et al. Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patients with breast cancer. *Nursing and Health Sciences* 2003;5:275-82.
142. Movsas SB, Chang VT, Tunkel RS, et al. Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003;84:1642-6-, 1727-8.
143. Mundy RR, Moore SC, Mundy GD. A missing link: rehabilitation counseling for persons with cancer. *Journal of Rehabilitation* 1992;58:47-9.
144. Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:517.
145. Ness KK, Wall MM, Oakes JM, et al. Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: a population-based study. *Annals of Epidemiology* 2006;16:197-205.

146. Nicholas PK, Leuner JD, Hatfield JM, et al. Using the Cancer Rehabilitation Questionnaire in patients with colorectal cancer. *Rehabil Nurs* 2006;31:106-13.
147. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LL, et al. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *J Occup Rehabil* 2006;16:647-57.
148. Nord C, Mykletun A, Thorsen L, et al. Self-reported health and use of health care services in long-term cancer survivors. *International Journal of Cancer* 2005;114:307-16.
149. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC). Rehabilitation of breast cancer patients (project) (Brief record). *Health Technology Assessment Database* 2005.
150. Oldervoll LM, Kaasa S, Hjermland M, et al. Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients (Provisional record). *European Journal of Cancer* 2004;40:951-62.
151. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, et al. Are palliative cancer patients willing and able to participate in a physical exercise program? *Palliat Support Care* 2005;3:281-7.
152. Ostroff J, Ross S, Steinglass P, et al. Interest in and barriers to participation in multiple family groups among head and neck cancer survivors and their primary family caregivers. *Fam Process* 2004;43:195-208.
153. Persson L, Hallberg IR, Ohlsson O. Survivors of acute leukaemia and highly malignant lymphoma--retrospective views of daily life problems during treatment and when in remission. *J Adv Nurs* 1997;25:68-78.
154. Petersson LM, Berglund G, Brodin O, et al. Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits. *Patient Educ Couns* 2000;40:219-29.
155. Petersson LM, Nordin K, Glimelius B, et al. Differential effects of cancer rehabilitation depending on diagnosis and patients' cognitive coping style. *Psychosomatic medicine* 2002;64:971-80.
156. Philadelphia P. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions: overview and methodology. *Physical Therapy* 2001;81(10):1629-40.
157. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, et al. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer* 2000;88:1294-303.
158. Rasmussen DM, Elverdam B. Cancer survivors' experience of time: time disruption and time appropriation. *J Adv Nurs* 2007;57:614-22.
159. Raspe H, Voigt S, Herlyn K, et al. [Patient "satisfaction" in medical rehabilitation--a useful outcome indicator?]. *Gesundheitswesen* 1996;58:372-8.
160. Rodgers M, Fayter D, Richardson G, et al. The effects of psychosocial interventions in cancer and heart disease: a review of systematic reviews. Report. 2005.
161. Ross L, Thomsen BL, Karlsen RV, et al. A randomized psychosocial intervention study on the effect of home visits on the well-being of Danish colorectal cancer patients--the INCA Project. *Psycho Oncology* 2005;14:949-61.

162. Rutledge DN, Raymon NJ. Changes in well-being of women cancer survivors following a survivor weekend experience. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:85-91.
163. Sager L, James C. Injured workers' perspectives of their rehabilitation process under the New South Wales Workers Compensation System. *Australian Occupational Therapy Journal* 2005;52:127-35.
164. Sanchez KM, Richardson JL, Mason HR. The return to work experiences of colorectal cancer survivors. *AAOHN J* 2004;52:500-10.
165. Schmelzle M, Schwarz R, Fellhauer S, Schlag P. [Value of inpatient after-care in coping with illness by tumor patients]. *Onkologie* 1991;14:61-5.
166. Schultz PN, Beck ML, Stava C, Sellin RV. Cancer survivors. Work related issues. *AAOHN J* 2002;50:220-6.
167. Schwab AJ, Smith TW, DiNitto D. Client satisfaction and quality vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 1993;59:17-23.
168. Seibaek L, Hounsgaard L. Rehabilitation after cervix cancer surgery: life experiences and health. *Vard I Norden* 2006;26:14-9.
169. Serin D, Dilhuydy JM, Romestaing P, et al. 'Parcours de Femme 2001': a French opinion survey on overall disease and everyday life management in 1870 women presenting with gynecological or breast cancer and their caregivers. *Ann Oncol* 2004;15:1056-64.
170. Shamley DR, Barker K, Simonite V, Beardshaw A. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review (Structured abstract). *Breast cancer research and treatment* 2005;90:263-71.
171. Sharpe L, Butow P, Smith C, et al. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psycho-Oncology* 2005;14:102-14.
172. Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H. Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it--results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 2007;29:437-44.
173. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast cancer research and treatment* 1999;56:45-57.
174. Solà I, Thompson E, Subirana M, et al. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Solà I, Thompson E, Subirana M, López C, Pascual A Non invasive interventions for improving well being and quality of life in patients with lung cancer *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2004 Issue 4* John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK D 2004.
175. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003;39:1562-7.
176. Stevinson C, Fox KR. Role of exercise for cancer rehabilitation in UK hospitals: a survey of oncology nurses. *European Journal of Cancer Care* 2005;14:63-9.

177. Stewart DE, Cheung AM, Duff S, et al. Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psychooncology* 2001;10:259-63.
178. te VA, Sprangers MA, Aaronson NK. Feasibility, psychometric performance, and stability across modes of administration of the CARES-SF. *Ann Oncol* 1996;7:381-90.
179. Teichmann JV. [Oncological rehabilitation: evaluation of the efficiency of inpatient rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2002;41:53-63.
180. Tvede CF, Brandstrup B, Engholm G, Tonnesen H. Potential number of rehabilitated cancer patients in Denmark--an estimate [Dansk]. *Ugeskr Laeger* 2003;165:123-8.
181. van den BM, van den Hout WB, Kievit J, et al. The impact of diagnosis and treatment of rectal cancer on paid and unpaid labor. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1875-82.
182. van der Wouden JC, Greaves-Otte JG, Greaves J, et al. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med* 1992;34:1084-9.
183. van Harten WH, van NO, Warmerdam R, et al. Assessment of rehabilitation needs in cancer patients. *Int J Rehabil Res* 1998;21:247-57.
184. van Tulder MW, Aaronson NK, Bruning PF. The quality of life of long-term survivors of Hodgkin's disease. *Ann Oncol* 1994;5:153-8.
185. van WE, Hoekstra-Weebers JEH, Grol BMF, et al. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 2004;27:27-35.
186. van WE, Hoekstra-Weebers J, Grol B, et al. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *Journal of psychosomatic research* 2005;58:485-96.
187. van WE, Hoekstra-Weebers J, Otter R, et al. Cancer-related fatigue: predictors and effects of rehabilitation. *Oncologist* 2006;11:184-96.
188. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60:352-7.
189. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: A survey. *Eur J Cancer Care* 2004;13:45-52.
190. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, et al. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient education and counseling* 2006;60:212-9.
191. Wallstedt-Paulsson E, Erlandsson L-K, Eklund M. Client experiences in work rehabilitation in Sweden: A one-year follow-up study. *Occupational Therapy International* 2007;14:28-41.
192. Walsh-Burke K, Marcusen C. Self-advocacy training for cancer survivors. *The Cancer Survival Toolbox. Cancer Pract* 1999;7:297-301.
193. Watterson J, Lowrie D, Vockins H, et al. Rehabilitation goals identified by inpatients with cancer using the COPM... including commentary by Wressle E. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2004;11:219-25.
194. Weis J, Koch U, Geldsetzer M. [Changes in occupational status following cancer. An empirical study on occupational rehabilitation]. *Soz Praventivmed* 1992;37:85-95.

195. Weis J, Koch U, Kruck P, Beck A. Problems of vocational integration after cancer. *Clinical Rehabilitation* 1994;8:219-25.
196. Weis J, Domann U. Interventions in the rehabilitation of breast cancer patients -- a critical literature review of the state of the art. *Die Rehabilitation (Stuttgart)* 2006;45:129-45.
197. Weis J, Blettner G, Schwarz R. Psychooncological care in Germany: Quality and quantity. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2000;46:4-17.
198. Wilkes L, White K, Beale B. Life after breast cancer: Australian women's stories of support. *Collegian* 2002;9:22-6.
199. Wilkins S, Jung B, Wishart L, et al. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2003;70(4):214-25.
200. Wilson PM, Blanchard CM, Nehl E, Baker F. Predicting physical activity and outcome expectations in cancer survivors: an application of Self-Determination Theory. *Psychooncology* 2006;15:567-78.
201. Wright EP, Kiely MA, Lynch P, et al. Social problems in oncology. *Br J Cancer* 2002;87:1099-104.
202. Wright EP, Kiely M, Johnston C, et al. Development and evaluation of an instrument to assess social difficulties in routine oncology practice. *Qual Life Res* 2005;14:373-86.
203. Yabroff KR, Lawrence WF, Clauser S, et al. Burden of illness in cancer survivors: findings from a population-based national sample. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1322-30.
204. Yadav R. Rehabilitation of surgical cancer patients at University of Texas M. D. Anderson Cancer Center. *J Surg Oncol* 2007;95:361-9.

7.2 Anhang 2: Instrumente

7.2.1 Supportive Care Needs Survey (SCNS) [136]

Factor	Item
Psychologic (22 items)	Fears about losing your independence
	Confusion about why this has happened to you
	Feeling bored and/or useless
	Anxiety
	Feeling down or depressed
	Feelings of sadness
	Fears about the cancer spreading
	Fears about the cancer returning
	Fears about pain
	Anxiety about having any treatment
	Fears about physical disability or deterioration
	Accepting changes in your appearance
	Worry that the results of treatment are beyond your control
	Uncertainty about the future
	Learning to feel in control of your situation
	Making the most of your time
	Keeping a positive outlook
	Finding meaning in this experience
	Feelings about death and dying
	Concerns about the worries of those close to you
	Changes in usual routine and lifestyle
	Health system and information (15 items)
Hospital staff to convey a sense of hope to you and your family	
The opportunity to talk to someone who understands and has been through a similar experience	
To be given written information about the important aspects of your care	
To be given information (written, diagrams, drawings) about aspects of managing your illness and side effects at home	
To be given explanations of those tests for which you would like explanations	
To be adequately informed about the benefits and side effects of treatments before you choose to have them	
To be informed about your test results as soon as possible	
To be informed about cancer that is under control or diminishing (that is, remission)	
To be informed about things you can do to help yourself get well	
To be informed about support groups in your area	
To have access to professional counselling (e.g., psychologist, social worker, counselor, nurse specialist) if you/family/friends need it	
To be treated like a person, not just another case	
To be treated in a hospital or clinic that is as physically pleasant as possible	
To be given choices about when you go in for tests or treatment	
Physical and daily living (7 items)	To have one member of hospital staff with whom you can talk to about all aspects of your condition, treatment, and follow-up
	Pain
	Lack of energy/tiredness
	Nausea/vomiting
	Feeling unwell
	Not sleeping well
	Work around the home
Patient care and support (8 items)	Not being able to do the things you used to do
	Waiting a long time for clinic appointments
	Family or friends to be allowed with you in hospital whenever you want
	More fully protected rights to privacy when you're at the hospital
	More choice about which cancer specialist you see
	More choice about which hospital you attend
	Reassurance by medical staff that the way you feel is normal
	Hospital staff to attend promptly to your physical needs
Hospital staff to acknowledge, and show sensitivity to, your feelings and emotional needs	
Sexuality (3 items)	Changes in sexual feelings
	Changes in sexual relationships
	To be given information about sexual relationships
No specific factor loadings (4 items)	Talking to other people about the cancer
	Changes in other people's attitudes and behavior towards you
	Concerns about your financial situation
	Concerns about getting to and from the hospital

7.2.2 Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES-SF) [37]

The response categories for all items are expressed in terms of perceived applicability, with response choices ranging: Not At All, A Little, A Fair Amount, Much, Very Much.

1. I have difficulty bending or lifting.
2. I do not have the energy I used to.
3. I have difficulty doing household chores.
4. I have difficulty bathing, brushing my teeth, or grooming myself.
5. I have difficulty planning activities because of the cancer^b or its treatments.
6. I cannot gain weight.
7. I find food unappealing.
8. I find that cancer^b or its treatments interfere with my ability to work.
9. I frequently have pain.
10. I find that my clothes do not fit.
11. I find that doctors don't explain what they are doing to me.
12. I have difficulty asking doctors questions.
13. I have difficulty understanding what the doctors tell me about the cancer^b or its treatments.
14. I would like to have more control over what the doctors do to me.
15. I am uncomfortable with the changes in my body.
16. I frequently feel anxious.
17. I have difficulty sleeping.
18. I have difficulty concentrating.
19. I have difficulty asking friends or relatives to do things for me.
20. I have difficulty telling my friends or relatives about the cancer^b.
21. I find that my friends or relatives tell me I'm looking well when I'm not.
22. I find that my friends or relatives do not visit often enough.
23. I find that friends or relatives have difficulty talking with me about my illness.
24. I become nervous when I am waiting to see the doctor.
25. I become nervous when I get my blood drawn
26. I worry about whether the cancer^b is progressing
27. I worry about not being able to care for myself
28. I do not feel sexually attractive.
29. I am not interested in having sex.
30. I sometimes don't follow my doctors instructions.
31. I have financial problems.
32. I have insurance problems.
33. I have difficulty with transportation to and from my medical appointments and/or other places.
34. I am gaining too much weight.
35. I have frequent episodes of diarrhea.
36. I have times when I do not have control of my bladder.
Do you have children?
37. I have difficulty helping my children cope with my illness.
Are you working or have you been employed during the last month?

38. I have difficulty talking to the people who work with me about the cancer^b.
39. I have difficulty asking for time off from work for medical treatments.
40. I am worried about being fired.
Did you look for work during the past month?
41. I have difficulty finding a new job since I have had cancer.
Have you attempted sexual intercourse since your cancer diagnosis^b?
42. I find that the frequency of sexual intercourse has decreased.
Are you married or in a significant relationship?
43. My partner and I have difficulty talking about our feelings.
44. My partner and I have difficulty talking about our wills and financial arrangements.
45. I do not feel like embracing, kissing, or caressing my partner.
46. My partner and I are not getting along as well as we usually do.
47. My partner spends too much time taking care of me.
48. I have difficulty asking my partner to take care of me.
Are you single and not in a significant relationship?
49. I have difficulty initiating contact with potential dates.
50. I have difficulty telling a date about the cancer^b or its treatments.
Have you had chemotherapy treatments in the last month?
51. I become nervous when I get chemotherapy.
52. I become nauseated during and/or before chemotherapy.
53. I feel nauseated after I receive chemotherapy.
54. I vomit after chemotherapy.
55. I have other side effects after chemotherapy.
Have you had radiation therapy treatments in the last month?
56. I get nervous when I get radiation treatments.
57. I feel nauseous or vomit after my radiation treatments.
Do you have an ostomy?
58. I have problems with ostomy care and maintenance.
Do you have a prosthesis?
59. I have difficulty with my prosthetic device (artificial limb, breast prosthesis, etc.).

7.2.3 Social Difficulties Inventory (SDI) [35]

All information will be treated confidentially

During the past month	No difficulty	A little	Quite a bit	Very much
1 Have you had any difficulty maintaining your independence?				
2 Have you had any difficulty in carrying out your domestic chores? (e.g. cleaning, gardening, cooking, shopping)				
3 Have you had any difficulty with managing your own personal care? (e.g. bathing, dressing, washing)				
4 Have you had any difficulty with looking after those who depend on you? (e.g. children, dependent adults, pets)				
5 Have any of those close to you (e.g. partner, children, parents) had any difficulty with the support available to them?				
6 Have you had any difficulties with benefits? (e.g. statutory sick pay, attendance allowance, disability living allowance)				
7 Have you had any financial difficulties?				
8 Have you had any difficulties with financial services? (e.g. loans, mortgages, pensions, insurance)				
9 Have you had any difficulty concerning your work? (or education if you are a student)				
10 Have you had any difficulty with planning for your own or your family's future? (e.g. care of dependents, legal issues, business affairs)				
11 Have you had any difficulty with communicating with those closest to you? (e.g. partner, children, parents)				
12 Have you had any difficulty with communicating with others? (e.g. friends, neighbours, colleagues, dates)				
13 Have you had any difficulty concerning sexual matters?				
14 Have you had any difficulty concerning plans to have a family?				
15 Have you had any difficulty concerning your appearance or body image?				
16 Have you felt isolated?				
17 Have you had any difficulty with getting around? (e.g. transport, car parking, your mobility)				
18 Have you had any difficulty with where you live? (e.g. space, access, damp, heating, neighbours, security)				
19 Have you had any difficulty in carrying out your recreational activities (e.g. hobbies, pastimes, social pursuits)				
20 Have you had any difficulty with your plans to travel or take a holiday?				
21 Have you had any difficulty with any other area of your everyday life?				

Thank you for your help

Originators of the Social Difficulties Inventory: Wright, E.P., Cull, A. and Selby, P.

Owner and holder of Copyright of the Social Difficulties Inventory: Cancer Research UK

7.2.4 FREM-8 [117]

Reha- Erwartungen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten in einer Rehabilitationsklinik beschreiben. Sicherlich werden auch Sie mit bestimmten Erwartungen und Wünschen in die Rehabilitationsklinik kommen.

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen der Reihe nach durch und kreuzen Sie bei jeder Aussage an, in welchem Maße Sie den genannten Erwartungen und Wünschen zustimmen.

	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
• Ich erwarte, dass ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich mich erhole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich lerne, gesünder zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich meine Leistungsfähigkeit erhöhen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich beruflichen Stress abbauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenantragstellung hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2.5 Cancer Rehabilitation Questionnaire (CRQ) [7]

	Item
Physical	
I am able to walk and move around comfortably despite my illness and treatment.	1
My illness and its treatment do not interfere with my energy level.	2
My illness and its treatment cause pain.*	3
My appetite is like it used to be.	4
My bowel habits interfere with my activities of daily living. *	5
I have been able to maintain or regain weight.	6
I feel fatigue from the cancer and its treatment.*	7
I have difficulty fulfilling my daily responsibilities.*	24
Psychological	
My illness and its treatment make me feel anxious.*	8
I feel angry about having cancer.*	10
My illness and its treatment have made spirituality more important in my life.	23
I do not participate in the leisure activities that I used to.*	25
I have difficulty understanding the information that I receive from my healthcare providers about my cancer and its treatment.*	26
Future orientation	
I can think about the future because my illness and its treatment are under control.	9
My illness and its treatment have made me feel thankful for the future.	11
I am able to plan future activities.	16
I do not worry about health insurance.	18
I am concerned about financial problems.*	20
I worry about losing my job.*	21
My illness makes it difficult to seek a new job.*	22
Role-relationship	
My relationship with my family and/or friends has become closer.	12
I need assistance from my family and/or friends to perform everyday activities (cooking, cleaning, dressing).*	13
I feel comfortable talking with my family and/or friends about the future.	14
My illness and its treatment interfere with my sexual functioning.*	15
My illness and its treatment do not interfere with my ability to work (in or outside of the home).	17
I am able to talk about my illness and its treatment with my supervisor or co-workers.	19
<i>*Negatively worded items</i>	

7.2.6 Lübecker Patientenfragebogen "Rehabilitation" [118]

I. Fragen zum Klinikaufenthalt und seiner Beurteilung

Die folgenden Fragen und Aussagen beziehen sich auf die Betreuung und Behandlung in der Klinik.

1.	Unterbringung	
	Wie waren Sie in der Klinik untergebracht?	1
	Einzelzimmer..... <input type="checkbox"/> 1	
	Doppel-/Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> 2	
	Hätten Sie eine andere Unterbringung vorgezogen?	2
	Ja <input type="checkbox"/> 1	
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wie beurteilen Sie Größe und Ausstattung Ihres Zimmers?	3
	sehr schlecht..... <input type="checkbox"/> 1	
	schlecht <input type="checkbox"/> 2	
	weder schlecht noch gut <input type="checkbox"/> 3	
	gut..... <input type="checkbox"/> 4	
	sehr gut <input type="checkbox"/> 5	
	Ich fühlte mich in meinem Zimmer durch Lärm und Unruhe gestört.	4
	trifft überhaupt nicht zu..... <input type="checkbox"/> 1	
	trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 2	
	trifft teils zu, teils nicht zu..... <input type="checkbox"/> 3	
	trifft eher zu <input type="checkbox"/> 4	
	trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> 5	

2. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation						
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Ich bin von zu vielen verschiedenen Ärztinnen/Ärzten behandelt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Die Ärztin/der Arzt hat sich zu wenig Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Die Ärztin/der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Die Ärztin/der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlaßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	1	2	3	4	5	

3. Betreuung durch die Pflegekräfte (z.B. Schwestern/Pfleger)						
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Die Pflegekräfte hatten immer Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
	1	2	3	4	5	

4. Freizeitmöglichkeiten						
	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut	
Wie beurteilen Sie die Freizeit-möglichkeiten innerhalb des Hauses (z.B. Spiele, Sport, Geselligkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Wie beurteilen Sie die Freizeit-möglichkeiten außerhalb des Hauses (z.B. Ausflüge, Spaziergänge, Veranstaltungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	1	2	3	4	5	

7. Behandlungen

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen, und wie beurteilen Sie diese?

*(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „teilgenommen“ „ja“ an.
 War diese Behandlung sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; war diese Behandlung sehr gut, kreuzen Sie das ganz rechte Kästchen an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.
 Haben Sie z.B. keine Massagen erhalten, kreuzen Sie nur unter der Rubrik „teilgenommen“ „nein“ an.)*

	teilgenommen?		falls ja: Urteil						
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	sehr schlecht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sehr gut <input type="checkbox"/>
Massagen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23/24
Krankengymnastik einzeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25/26
Krankengymnastik in der Gruppe...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27/28
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditions-/Terraintraining)...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29/30
Beschäftigungs-, Gestaltungs-therapie und Ergotherapie.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31/32
Physikalische Anwendungen (z.B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33/34
Entspannungstherapien (z.B. autogenes Training)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35/36
Arbeitstherapie/ Belastungserprobung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37/38
	1	2		1	2	3	4	5	

Die Therapeutinnen/Therapeuten haben zu häufig gewechselt.		47
trifft überhaupt nicht zu.....	<input type="checkbox"/> 1	
trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> 2	
trifft teils zu, teils nicht zu.....	<input type="checkbox"/> 3	
trifft eher zu	<input type="checkbox"/> 4	
trifft voll und ganz zu.....	<input type="checkbox"/> 5	

10. Rehabilitationsplan und -Ziele	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Die Rehabilitations-Ziele und Behandlungen sind im einzelnen mit mir abgestimmt worden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Das Behandlungsteam arbeitete Hand in Hand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, ...	1	2	3	4	5	
... daß die Patientinnen/Patienten sich auch erholen können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
... daß die Patientinnen/Patienten gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Einstellungen lernen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
... die körperlichen Krankheitserscheinungen und Beschwerden zu behandeln,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
... daß die Patientinnen/Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinanderzusetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
... sich den seelischen Problemen zuzuwenden, die durch die Krankheit und ihre Folgen verursacht sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
	1	2	3	4	5	

7.2.7 BFA Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation [119]

S	<p>4. Betreuung durch die Pflegekräfte (z. B. Schwestern / Pfleger)</p> <p>trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft teils zu, teils nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten..... <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten..... <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll..... <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5</p>	10 11 12
S	<p>5. Psychologische Betreuung</p> <p>Von Entspannungstherapien abgesehen - sind Sie von einer Psychologin oder einem Psychologen betreut worden?</p> <p>Ja..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 1 in der Gruppe <input type="checkbox"/> 2 in der Gruppe (Sie können beide Möglichkeiten ankreuzen!)</p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 einzeln</p> <p>Falls Sie psychologische Betreuung (einzeln und / oder in der Gruppe) erhalten haben, beurteilen Sie bitte die drei folgenden Aussagen:</p> <p>Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten..... <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft teils zu, teils nicht zu <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/></p> <p>Die Psychologin / Der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll..... <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5</p> <p>Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten..... <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5</p>	13/14 15 16 17

Fragebogen-Nr. _____

S	<p>I. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation</p> <p>1. Wie viele Wochen sind seit Ihrer Entlassung aus der Rehabilitationsklinik vergangen? <input type="text"/> Wochen <input type="text"/> 1</p> <p>Wie viele Wochen hat diese letzte Rehabilitation gedauert? <input type="text"/> Wochen <input type="text"/> 2</p> <p>Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Falls ja, wie oft? <input type="text"/> mal <input type="text"/> 3/4</p>	1 2 3/4
S	<p>2. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:</p> <p>trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> 1 trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 2 trifft teils zu, teils nicht zu <input type="checkbox"/> 3 trifft eher zu <input type="checkbox"/> 4 trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> 5</p>	5
II. Fragen zum Klinikaufenthalt		
S	<p>3. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation</p> <p>trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft teils zu, teils nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Die Ärztin / Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Die Ärztin / Der Arzt hat die für mich richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst..... <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5</p>	6 7 8 9

6. Behandlungen

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z. B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik "teilgenommen" "Ja" an.
 War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik "Urteil" das ganz **linke Kästchen** an, war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an.
 Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.
 Haben Sie z. B. keine Massage erhalten, kreuzen Sie nur unter der Rubrik "teilgenommen" "Nein" an.

	teilgenommen?		falls ja, Urteil:				
	Nein	Ja	sehr schlecht	schlecht	gut	sehr gut	S
Krankengymnastik einzeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18/19
Krankengymnastik in der Gruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20/21
Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Konditions- / Terraintraining).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22/23
Beschäftigungs-, Gestaltungs- und Ergotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24/25
Entspannungstherapien (z. B. Muskelentspannung, Autogenes Training).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26/27
Physikalische Anwendungen (z. B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28/29
Massagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30/31

7. Schulungen und Vorträge

An welchen der folgenden Schulungen und Vorträge haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

	teilgenommen?		falls ja, Urteil:				
	Nein	Ja	sehr schlecht	schlecht	gut	sehr gut	S
Gesundheitsbildung / -training.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32/33
Lehrküche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34/35
Schulungen (z. B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessen, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36/37

8. Rehabilitationsplan und -ziele

In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, ...

	trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	S
... die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
... dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinanderzusetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
... sich den seelischen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung zuzuwenden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41

9. Klinik und Unterbringung

Wie beurteilen Sie ...

	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut	S
die Leistungen der Klinikverwaltung (z. B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Größe und Ausstattung Ihres Zimmers?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
das Essen / die Ernährung in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
die Organisation der Abläufe in der Klinik?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45

III. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden	
<p>11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den vergangenen vier Wochen beschreiben?</p> <p>Bitte kreuzen Sie <u>nur ein</u> Kästchen an!</p> <p>Sehr gut..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gut..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zufrieden stellend..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weniger gut..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Schlecht..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>53</p>
<p>12. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation denken - hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?</p> <p>Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Rehabilitation ...</p> <p>stark gebessert..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>etwas gebessert..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>nicht verändert..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>etwas verschlechtert..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>stark verschlechtert..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>54</p>
<p>13. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!</p> <p>Aussagen</p> <p>Ich schein(e) etwas leichter als andere krank zu werden <input type="checkbox"/> trifft <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne <input type="checkbox"/> weitgehend <input type="checkbox"/> weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/></p> <p>Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt..... <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Ich erfreue mich ausgiebiger an meiner Gesundheit..... <input type="checkbox"/> trifft ganz <input type="checkbox"/> trifft <input type="checkbox"/> trifft <input type="checkbox"/></p>	<p>S</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p>

<p>10. Nach der Rehabilitation</p> <p>Haben Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen für die folgenden Bereiche erhalten?</p> <p>Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!</p> <p>Für den beruflichen Bereich..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Für den häuslichen Bereich..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Für den Freizeitbereich..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Falls Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen erhalten haben, waren diese für Sie nützlich?</p> <p>Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!</p> <p>Im beruflichen Bereich..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Im häuslichen Bereich..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Im Freizeitbereich..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>S</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p>
<p>Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe) teilgenommen?</p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Noch nicht, aber fest vorgenommen..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ja, regelmäßig einmal pro Woche oder öfter..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ja, weniger als einmal pro Woche..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Seltener bzw. unregelmäßig..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>S</p> <p>52</p>

14. In diesen Fragen geht es darum, wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile **nur ein** Kästchen an!

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheuern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Erschöpfung und Müdigkeit waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein 1 Ja 2

Falls Ja, haben sich diese ...

stark gebessert?	<input type="checkbox"/>	1
etwas gebessert?	<input type="checkbox"/>	2
nicht verändert?	<input type="checkbox"/>	3
etwas verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	4
stark verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	5

16. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Nervosität und Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Nervosität und Niedergeschlagenheit waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein 1 Ja 2

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?	<input type="checkbox"/>	1
etwas gebessert?	<input type="checkbox"/>	2
nicht verändert?	<input type="checkbox"/>	3
etwas verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	4
stark verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	5

17. Sie finden nachstehend eine Liste von Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Wie sehr haben Sie während der vergangenen vier Wochen unter körperlichem Unwohlsein und Beschwerden gelitten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Wie sehr haben Sie unter ...

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, einen Klumpen (KnoS) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wenn Sie jetzt noch einmal an die eben angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

↓ Bitte beachten Sie vor dem Ankreuzen:

Wenn Sie mit den im Folgenden genannten Beschwerden vor der Rehabilitation kein Problem hatten, kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile **nur das erste** Kästchen an.

Hatten Sie jedoch vor der Rehabilitation eine der folgenden Beschwerden, so kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile **nur** das Kästchen an, das der Veränderung am ehesten entspricht.

Folgende Beschwerden waren vor der Rehabilitation <u>kein</u> Problem:	Folgende Beschwerden haben sich durch die Rehabilitation			
	gebessert:	nicht verändert:	verschlechtert:	
Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84/85
Ohnmachts- oder Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86/87
Herz- und Brustschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88/89
Kreuzschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90/91
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92/93
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94/95
Schwierigkeiten beim Atmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96/97
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98/99
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100/101
das Gefühl, einen Klumpen (Klotz) im Hals zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102/103
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104/105
Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106/107

19. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen..... 1

Sehr leicht..... 2

Leicht..... 3

Mäßig..... 4

Stark..... 5

Sehr stark..... 6

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen an!

Überhaupt nicht..... 1

Ein bisschen..... 2

Mäßig..... 3

Ziemlich..... 4

Sehr..... 5

20. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?

Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein 1 Ja 2

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... 1

etwas gebessert?..... 2

nicht verändert?..... 3

etwas verschlechtert?..... 4

stark verschlechtert?..... 5

IV. Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag

21. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Immer..... 1

Meistens..... 2

Manchmal..... 3

Selten..... 4

Nie..... 5

S 112

22. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht..... 1

Etwas..... 2

Mäßig..... 3

Ziemlich..... 4

Sehr..... 5

S 113

23. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Kontakte zu anderen Menschen vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Kontakte zu anderen Menschen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... 1

etwas gebessert?..... 2

nicht verändert?..... 3

etwas verschlechtert?..... 4

stark verschlechtert?..... 5

S 114

24. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten: Ja Nein

Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein..... 116

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte..... 117

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun..... 118

Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. musste ich mich besonders anstrengen)..... 119

S

25. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Körperliche Probleme und deren Auswirkung auf meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein 1 Ja 2

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... 1

etwas gebessert?..... 2

nicht verändert?..... 3

etwas verschlechtert?..... 4

stark verschlechtert?..... 5

S 120

26. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen und ängstlich fühlten)?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten: Ja Nein

Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein..... 122

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte..... 123

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten..... 124

S

29. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Gesundheitliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert? 1

etwas gebessert? 2

nicht verändert? 3

etwas verschlechtert? 4

stark verschlechtert? 5

Nein 1 Ja 2

S 137

V. Lebensgewohnheiten

30. Jetzt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten stellen, z. B. zum Rauchen:

Rauchen Sie zurzeit?

Nein 1 Ja 2 Wenn ja, wie viel? Etwa Zigaretten am Tag

Hat sich Ihr Konsum von Zigaretten durch die Rehabilitation verändert?

Der Konsum ist ...

mehr geworden 1 gleich geblieben 2 weniger geworden 3

Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

(fast) jeden Tag 1 2-4-mal pro Woche 2 2-4-mal pro Monat 3 seltener 4 überhaupt nicht 5

Hat sich Ihr Konsum von Alkohol durch die Rehabilitation verändert?

Der Konsum ist ...

mehr geworden 1 gleich geblieben 2 weniger geworden 3

Wie häufig mussten Sie in den vergangenen vier Wochen die folgenden Medikamente einnehmen?

Schmerzmittel 1 (fast) jeden Tag 2 2-4-mal pro Woche 3 2-4-mal pro Monat 4 seltener 5 überhaupt nicht 5

Schlaf- oder Beruhigungsmittel 1 2 3 4 5

S 139/140 141 142 143 144 145

27. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre seelischen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

Seelische Probleme und deren Auswirkung auf meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert? 1

etwas gebessert? 2

nicht verändert? 3

etwas verschlechtert? 4

stark verschlechtert? 5

Nein 1 Ja 2

S 125

28. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Wenn ja, wie stark?

Tätigkeiten:

Anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben, ...

Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, ...

Einkaufstaschen heben oder tragen, ...

Mehrere Treppenabsätze steigen, ...

Einen Treppenabsatz steigen, ...

Sich biegen, knien, bücken, ...

Mehr als ein Kilometer zu Fuß gehen, ...

Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen, ...

Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen, ...

Sich baden oder anziehen, ...

Ja, stark eingeschränkt Ja, etwas eingeschränkt Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

S 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136

Hat sich Ihr Konsum von Medikamenten durch die Rehabilitation verändert?

Er ist bei ... mehr geworden gleich geblieben weniger geworden

Schmerzmittel..... 1 2 3

Schlaf- oder Beruhigungsmitteln..... 1 2 3

S 146/ 147

VI. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente

31. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?

Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Berufstätig..... 1 mit Stunden pro Woche

Arbeitslos gemeldet..... 2

Hausfrau/ Hausmann..... 3

Rente(rin) / Rentner, im Vorruhestand, Pensionär(rin) / Pensionär..... 4

Anderes..... 5

S 148/ 149

Ich bin zurzeit:

Arbeitsfähig..... 1

Arbeitsunfähig (krankgeschrieben)..... 2

S 150

Wenn Sie arbeitsunfähig (krankgeschrieben) sind, weshalb?

Wegen des für die letzte Rehabilitation wichtigsten Leidens..... 1

Wegen einer anderen Erkrankung..... 2

S 151

Wenn Sie berufstätig oder arbeitslos gemeldet sind:

Haben Sie während Ihrer Rehabilitation an einer Arbeitstherapie oder Belastungsprobung teilgenommen?

Ja 1 Nein 2

Ist während Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden?

Ja 1 Nein 2

S 152/ 153

Falls mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden ist, hat die ärztliche Beurteilung Ihrer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit mit Ihrer eigenen Einschätzung übereingestimmt?

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen an!

Überhaupt nicht..... 1

Eher nicht..... 2

Teils, teils..... 3

Eher ja..... 4

Voll und ganz..... 5

Weiß ich nicht..... 6

S 154

Haben Sie in der Rehabilitation ein Gespräch mit einer / einem Fachberaterin / Fachberater (Sozialberaterin / Sozialberater) über Ihre berufliche Zukunft geführt?

Ja 1 Nein 2

S 155

32. Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

Nein 1 Ja 2

S 156

Haben Sie nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

Nein 1 Ja 2

S 157

Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen?

Nein 1 Ja 2

S 158

Wurden für Sie nach der letzten Rehabilitation Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeleitet oder durchgeführt?

Nein 1 Ja 2

S 159

33. Waren Sie nach Abschluss der Rehabilitation so krank, dass Sie Ihre normale Tätigkeit (z. B. im Beruf oder im Haushalt) nicht ausüben konnten?

Nein 1 Ja 2 → und zwar etwa Tage

S 160/ 161

<p>34. Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den vergangenen vier Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?</p> <p>Ist es sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die "0" an. Ist es sehr gut gewesen, kreuzen Sie die "10" an, sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.</p> <p>Mein Leistungsvermögen ist im Bereich ...</p> <p>Beruf sehr schlecht [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] sehr gut 162</p> <p>Freizeit sehr schlecht [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] sehr gut 163</p>	S 162 163
---	-----------------

<p>35. Wie beurteilen Sie diese letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?</p> <p>sehr schlecht [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] ausgezeichnet</p>	S 164
--	----------

VII. Fragen zur Person

<p>36. Ihr Geschlecht?</p> <p>Weiblich <input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2</p>	S 165
--	----------

<p>Ihr Alter? Jahre</p>	S 166
--------------------------------------	----------

<p>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p>Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... <input type="checkbox"/> 1 Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... <input type="checkbox"/> 2 Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife)..... <input type="checkbox"/> 3 Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965, 8. Klasse)..... <input type="checkbox"/> 4 Ich habe die Fachhochschulreife..... <input type="checkbox"/> 5 Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule)..... <input type="checkbox"/> 6 Ich habe einen anderen Schulabschluss..... <input type="checkbox"/> 7</p>	S 167
---	----------

<p>37. Tragen Sie bitte noch das heutige Datum ein: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">T T M M J J J J</p>	S 168
---	----------

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.
 Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie,
 ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

Bitte fügen Sie die unterschriebene Einwilligungserklärung unbedingt bei!