

Job und Krebs – Der aktuelle Forschungsstand

- 2.1 Warum arbeiten: Theoretische Grundlagen – 12
- 2.2 Einflussfaktoren für einen Wiedereinstieg – 15
- 2.3 Hinderungsgründe und Probleme – 17
 - 2.3.1 Arbeitsbedingungen und Zugang zum Arbeitsmarkt – 17
 - 2.3.2 Nebenwirkungen der Behandlung – 19
- 2.4 Protektionismus durch das soziale System – 21
- 2.5 Effekte einer (stationären) Rehabilitationsmaßnahme – 22
- 2.6 Mangelnde theoretische und interdisziplinäre Fundierung – 31
- 2.7 Fazit: Umdenken bei Beteiligten und Betroffenen – 34

Die Verunsicherung bei Patientin, Ärzten, Sozialberatern und anderen Stakeholdern (Krankenkassen, Versicherungen etc.) ist groß.¹ Kann einer Krebspatientin eine Berufstätigkeit wieder zugemutet werden? Schwächen nicht insbesondere die Stressfaktoren, der Zeit- und Leistungsdruck im normalen Joballtag das Immunsystem zusätzlich, befeuern damit die Krankheit? Ich gebe zu, ich dachte ähnlich. Selbstverständlich schwächen Schlafmangel, Zeitdruck und das Stemmen des Alltagstrotts mein Immunsystem. Bei meinen Blutkontrollen kann ich mittlerweile selbst gut einschätzen, ob meine weißen Blutkörperchen gerade in der Minderheit sind. Aber ein strukturierter Arbeitsalltag vermittelt positive Effekte. Im Folgenden sollen in einem ersten Überblick die bisherigen Studienergebnisse vorgestellt werden.

Ihre Lebensgeschichte ist so individuell wie Ihr momentanes Erleben der Krebserkrankung. In Abhängigkeit der Erkrankungsphase unterscheiden sich Ihre Bedürfnisse, aber auch Möglichkeiten zu einer Teilhabe am Arbeitsalltag. So sind Krebspatienten berufstätig, obwohl die Krankheit „nur“ aufgehalten werden konnte oder sogar weiter fortschreitet.² Nichtsdestoweniger sind die aktuellen Forschungsergebnisse im Kontext einer Krebserkrankung und Berufstätigkeit durchaus widersprüchlich.³

2.1 Warum arbeiten: Theoretische Grundlagen

Ihre Lebensqualität wird zu einem großen Anteil von einer Berufstätigkeit beeinflusst.⁴

In unserer heutigen Gesellschaft herrscht häufig noch die Annahme vor, dass Arbeit hart und damit unangenehm sei. Sie müssen etwas tun. Ihr Job kann Sie nicht befriedigen. Deshalb verbringen Sie einen großen Teil im Joballtag mit unangenehmen Aufgaben. Doch wenn Sie und ich ehrlich sind, gibt es durchaus Tätigkeitsbereiche in Ihrem Beruf, die Sie als herausfordernd empfinden. Lässt man Sie in Ihrem Rhythmus arbeiten, fühlen Sie unter Umständen Befriedigung durch die Tätigkeit selbst. Sie vergessen sich und Ihr Umfeld.⁵ Es kann allerdings sein, Sie trauen sich nicht, Ihrem Umfeld mitzuteilen, wie viel Freude Sie aus dieser bestimmten Tätigkeit ziehen können? Dabei spielt die Entlohnung nur eine Rolle für Sie. Doch dürfen Sie überhaupt Freude an dieser Tätigkeit haben? Spaß und Freude gehören doch eigentlich in

1 Mullan 1985, S. 273

2 Miller et al. 2015, S. 1

3 Fanton et al. 2010; Drolet et al. 2005; Hoving et al. 2009; Islam et al. 2014

4 Main et al. 2005, S. 1002; Peteet 2000, S. 200–203; Verbeek u. Spelten 2007, S. 382

5 Csikszentmihalyi 2010, S. 19–21

die Freizeit? Oder? Unter Umständen fühlen Sie sich unwohl bei dem Gedanken. Unter anderem Csikszentmihalyi (2010) verweist auf diese tiefe Kerbe in unserem kulturellen Gedächtnis: Arbeit ist notwendig, sichert unseren Lebensunterhalt; Freizeitaktivitäten gehen wir gerne nach, obwohl sie uns keinen Nutzen bringen.⁶

Obwohl ... in meinem hier vorliegenden Buch geht es doch gerade um den Aspekt, dass ich mich langweile, obgleich ich schier unendliche freie Zeit habe. Wie passt dies zusammen?

Die Forschungslandschaft entwickelte in den letzten Jahren verschiedene Theorien zur Untersuchung einer Erwerbstätigkeit im Ruhestand trotz Rente. Beispielsweise Mor-Barak (1995) berücksichtigte Einflussfaktoren wie Integration/sozialer Kontakt, persönliche, generative und finanzielle Aspekte einer Berufstätigkeit in seinem Vier-Faktoren-Modell.⁷ Vor allem der generative Faktor spielt für die 146 befragten erwerbsfähigen älteren Probanden eine einzigartige Rolle durch die Vermittlung und den Austausch von Wissen und Fertigkeiten mit jüngeren Generationen.⁸ Der Vier-Faktoren-Ansatz wurde von Torka et al. (2012) weiterentwickelt.⁹ In ihrer Studie befragten sie 232 Rentnerinnen und Rentner über 65 Jahren in den Niederlanden. Von diesen arbeiteten 54 ehrenamtlich. Interessanterweise spielten finanzielle¹⁰ und soziale Motive (Pflege sozialer Kontakte) eine untergeordnete Rolle für die Ausübung einer Tätigkeit. Die Studienteilnehmer gaben vor allem generative Faktoren (Weitergabe von Wissen und Erfahrungen) sowie persönliche Motive (Erlangung von Anerkennung und Selbstbestätigung) für ihre Tätigkeit an.¹¹ Mit der Erwerbstätigkeit wird gleichsam die Beibehaltung des eigenen Selbstbildes verfolgt („image theory“).¹² In der Forschungsliteratur wird jedoch vor allem auf die „continuity theory“, die „role theory“ sowie die „life course perspective“ aufgebaut.¹³

Die „continuity theory“ nach Atchley (1989)¹⁴ betont die Bedeutung von Routinen und festen Strukturen, um mit Stresssituationen durch tiefgreifende Veränderungen im Leben besser umzugehen. Insbesondere Menschen, die sich stark mit ihrer beruflichen Karriere verbunden fühlten, suchten nach einem neuen Rollenverständnis für sich

6 Csikszentmihalyi 2010, S. 21

7 Mor-Barak 1995, S. 332–334

8 Mor-Barak 1995, S. 327–328 und 341

9 Torka et al. 2012, S. 171–176

10 Für eine Subgruppe alleinstehender Frauen spielte der finanzielle Aspekt allerdings eine bedeutendere Rolle.

11 Torka et al. 2012, S. 175–181

12 Beach u. Mitchell 1978, S. 443; Feldman 1994, S. 292–293; Griffin u. Hesketh 2008, S. 115

13 Pfarr et al. 2015, S. 10

14 Atchley 1989, S. 183

(„role theory“).¹⁵ Unser Lebenszyklus wird durch sich verändernde Phasen, beispielsweise Ende des Studiums, Familiengründung, Jobeinstieg, Ruhestand, aber auch Krankheit geprägt („life course perspective“ nach Elder 1995).¹⁶ Jeder dieser Einschnitte beeinflusst die verschiedensten Lebensbereiche, wie Sie durch Ihre Erkrankung erfahren.

Alle Theorien betonen unter anderem den Einfluss der individuellen Lebenszufriedenheit und Gesundheit für eine mögliche Erwerbstätigkeit trotz Rente, die vor dem Hintergrund einer Krebserkrankung beeinflusst werden.¹⁷

Finden Sie eine Aufgabe, die Ihren Fähigkeiten und Ihrer individuellen Lebenssituation entspricht, Sie dabei ein wenig herausfordert, können Sie daraus für sich eine innere Belohnung erhalten. Fühlte sich eine Situation für Sie bisher langweilig an, können Sie durch die Änderung Ihrer Einstellung eine für sich „lohnenswerte“ Aktivität daraus generieren. Hierfür sind noch nicht einmal finanzielle Mittel erforderlich. Lediglich Ihre Änderung der Perspektive beziehungsweise Einstellung wandelt eine bisher als langweilig empfundene Tätigkeit in ein kleines Erfolgserlebnis um.¹⁸

Kontrollieren Sie die Rahmenbedingungen und die jeweilige Situation einer Arbeitsaufgabe, können Sie von Ihren physischen Schmerzen und psychischen Belastungen abgelenkt werden. Selbst wenn Ihre Einschränkungen die Erreichung eines Arbeitsziels behindern, beflügelt eine durch Sie empfundene Sinnstiftung Ihre Einstellung, motiviert Sie, die Herausforderung erfolgreich zu meistern.¹⁹

Verbeek und Spelten (2007) identifizierten 4 zentrale Faktoren, die den Zeitraum und die Rückkehrzeiten für eine Wiederaufnahme der Beschäftigung beeinflussen.²⁰

1. Klinische Faktoren: Diagnose und Behandlung
2. Mit der Krebserkrankung zusammenhängende Faktoren:
 - Fatigue
 - Depressionen
 - Schlafprobleme
 - Körperliche Beschwerden
 - Kognitive Beeinträchtigungen
 - Psychologische Einschränkungen
3. Personenbezogene Eigenschaften: Alter, Geschlecht, bisherige wöchentliche Arbeitsstunden
4. Arbeitsbezogene Faktoren: Bisherige Arbeitsbelastung und Stress

Diese Faktoren bedingen einander.

15 Ashforth 2001, S. 284; Kim u. Feldman 2000, S. 1195

16 Elder 1995, S. 116, 128–134

17 Pfarr et al. 2015, S. 11; Kim u. Feldman 2000, S. 1195–1196

18 Csikszentmihalyi 2010, S. 16–17

19 Van Ryckeghem et al. 2013, S. 409–410

20 Verbeek u. Spelten 2007, S. 386

2.2 Einflussfaktoren für einen Wiedereinstieg

Durch eine Anpassung Ihrer beruflichen Tätigkeit an Ihre spezifische Überlebenssituation kann Ihre Lebenserwartung steigen und Ihre Lebensqualität positiv beeinflusst werden.²¹ Mehnert (2011) analysierte 64 internationale Studien zur Rückkehr von Krebspatienten in die Erwerbstätigkeit. Fast zwei Drittel der Befragten kehrten in ihren Beruf zurück oder orientierten sich neu. Allerdings war dieser Wiedereinstieg häufig mit einer reduzierten Stundenanzahl, einer niedrigeren Entlohnung und einem inhaltlich anderen Aufgabenfeld verbunden.²²

Beispielsweise ergab eine dänische Studie an Brustkrebspatientinnen, dass eine Rückkehr in den Beruf wahrscheinlicher war, sofern diese Patientinnen in der Vergangenheit nicht bereits mit schwerwiegenden Erkrankungen zu kämpfen hatten und in einer gefestigten Beziehung standen.²³ Eine Rückkehr in den Berufsalltag ist vor allem dann wahrscheinlicher und damit praktisch leichter umsetzbar, wenn ein hoher Bildungsabschluss mit einem höheren Einkommen verbunden ist.²⁴ Den Einfluss der Bildung belegen ebenfalls Noeres et al. (2013) für Deutschland²⁵ sowie Taskila et al. (2004) für Finnland.²⁶ Hingegen Johnsson et al. (2007) konnten keinen signifikanten Einfluss des Bildungsniveaus auf den Wiedereinstieg in den Beruf finden. Gleiches galt für die Untersuchung weiterer sozialer Faktoren, wie dem Familienstatus oder dem Vorhandensein von Kindern.²⁷ In einer weiteren Studie identifizierten Johnsson et al. (2009) keinen nachweisbaren Zusammenhang zwischen sozialen Aspekten, wie Kindern, dem Bildungsabschluss oder der Art der Tätigkeit bei 102 schwedischen Brustkrebspatientinnen, die wieder in den Job zurückgekehrt waren.²⁸ Ebenfalls konnte de Boer (2008) in einer niederländischen Studie keinen Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Rückkehr in den Beruf nachweisen.²⁹ Spelten et al. (2002) bestätigten diese Beobachtungen.³⁰

Einen weiteren Faktor stellt der bisherige Umfang der Arbeitszeit bei einem Wiedereinstieg dar. Arbeiteten Befragte zuvor in Vollzeit, war ihre Rückkehr in den Beruf wahrscheinlicher im Vergleich zu Teilzeitverträgen. Allerdings variierten die Motive der Jobrückkehr. Während Teilzeitbeschäftigte eher die Arbeitsstruktur und Ablenkung suchten,

21 Mullan 1985, S. 273; Böttcher et al. 2012, S. 32

22 Mehnert 2011, S. 126–128

23 Damkjaer et al. 2011, S. 277

24 Damkjaer et al. 2011, S. 277; Noeres et al. 2013, S. 1901; Fanton et al. 2010, S. 52

25 Noeres et al. 2013, S. 1908

26 Taskila-Arbandt et al. 2004, S. 2491

27 Johnsson et al. 2007, S. 93

28 Johnsson et al. 2009, S. 96

29 de Boer et al. 2008, S. 1345

30 Spelten et al. 2002, S. 129

gaben Vollzeitbeschäftigte vor allem finanzielle Überlegungen und die Karriere an.³¹ Lauzier et al. (2008) berechneten einen Einkommensverlust von durchschnittlich 27 % für 459 befragte kanadische Brustkrebspatientinnen. Neben einem geringeren Bildungsniveau beeinflussen Teilzeitarbeit und die Auswirkungen der Therapien die Leistungsfähigkeit und damit das Einkommen der befragten Patientinnen.³² Moran et al. (2011) belegen ebenfalls eine Reduzierung der Arbeitszeit nach einer überstandenen Krebserkrankung, die mit einem geringeren Einkommen verbunden ist.³³

Selbstverständlich stellt das Einkommen eine zentrale Determinante für den Wiedereinstieg in den Beruf dar. Drolet et al. (2005) befragten in Kanada ehemalige Brustkrebspatientinnen. Diese kehrten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in den Beruf zurück, wenn Sie über ein überdurchschnittliches Einkommen von mehr als 50.000 Kanadischen Dollar verfügten. Hingegen blieben die Patientinnen mit einem Einkommen unter 20.000 Kanadischen Dollar pro Jahr eher zu Hause.³⁴ Fantoni et al. betonen den Einfluss der Art der Tätigkeit und deren Wertschätzung durch das Umfeld. Dieser Motivationsfaktor beeinflusste neben dem Einkommen die Entscheidung für eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.³⁵ Auch Gudbergsson et al. (2006) verweisen auf den schützenden Effekt Ihres Arbeitsverhältnisses, um Ihren Lebensstandard halten zu können.³⁶

Letztendlich begünstigen Ihre bisherige gesundheitliche Situation, ein gefestigtes soziales Umfeld sowie eine gute berufliche Qualifikation in Verbindung mit einem entsprechenden Einkommen in einem gefestigten Arbeitsumfeld eine Rückkehr in den Beruf. Allerdings sieht die Realität meist anders aus. Die Bedeutung des sozialen Backgrounds und der Unterstützung durch das gesamte sowie berufliche Umfeld beeinflussen letztendlich die Jobrückkehr in wesentlich stärkerem Ausmaß als die Krebserkrankung selbst.³⁷ Dies bestätigen ebenfalls Kjaer et al. (2013) in einer dänischen Studie an 2436 ehemaligen Patienten, die zwischen 1992 und 2008 an einem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (beispielsweise Kehlkopfkrebs) erkrankten.³⁸ Bei diesen Krebsformen bestehen besondere Schwierigkeiten in der Wiedereingliederung in eine berufliche Tätigkeit.³⁹ Ohne individuelle Unterstützung durch Arbeitgeber, Familie, medizinische

31 Noeres et al. 2013, S. 1905

32 Lauzier et al. 2008, S. 328–330

33 Moran et al. 2011, S. 8–11

34 Drolet et al. 2005, S. 8307–8308

35 Fanton et al. 2010, S. 52–55

36 Gudbergsson et al. 2006, S. 1028

37 Schlothfeldt 1999, S. 30–32

38 Kjaer et al. 2013, S. 430–432

39 Koch et al. 2015, S. 592; Moran et al. 2011, S. 6; Short et al. 2005, S. 1297–1298

und rehabilitative Unterstützung sowie zielgerichtete Maßnahmen der beteiligten Sozialträger ist eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf unwahrscheinlich.⁴⁰

2.3 Hinderungsgründe und Probleme

Vor allem aktuelle Studien kommen immer wieder zu dem Ergebnis, dass die Krankheit nicht bzw. nicht allein zu einer frühzeitigen Verrentung oder in die Arbeitslosigkeit von Krebspatienten führt.⁴¹ Vielmehr beeinflussen die bereits in [Abschn. 2.2](#) angeführten sozioökonomischen Aspekte mindestens in gleichem Umfang oder sogar noch stärker einen endgültigen Ausstieg aus der Berufstätigkeit. Neben der Bildung beeinflussen das bisherige bzw. zukünftige Einkommen, ein Singledasein sowie eine Begleiterkrankung (Komorbidität) eine mögliche Arbeitslosigkeit bzw. Verrentung.⁴²

2.3.1 Arbeitsbedingungen und Zugang zum Arbeitsmarkt

In einer deutschen Studie mit 227 ehemaligen Brustkrebspatientinnen (ohne Chemotherapie) gaben dreimal so viele Betroffene innerhalb eines Jahres nach der Operation ihre berufliche Tätigkeit im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe auf. Darüber hinaus sank die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in eine berufliche Tätigkeit 6 Jahre nach der Operation noch einmal um die Hälfte im Vergleich zu der Kontrollgruppe.⁴³ Als zentrale Einflussfaktoren identifizierte die Studie unter anderem, den Zugang zum Arbeitsmarkt sowie die möglichen Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Folgen der Krebserkrankung.⁴⁴ Im Detail berichteten die Betroffenen von einer Arbeitsüberlastung, Problemen mit Vorgesetzten/Kollegen, der Jobsunsicherheit.⁴⁵ Dies führte in der mittelfristigen Betrachtung – nach 6 Jahren – dazu, dass sich viele Betroffene für einen frühzeitigen Jobausstieg (Durchschnittsalter 58 Jahre) entschieden.⁴⁶

Die räumliche Nähe zu einem Arbeitsplatz sowie der wirtschaftliche Entwicklungsstand in der jeweiligen Subregion, in der Sie als Betroffene leben, kann Ihnen eine weitere berufliche Tätigkeit erschweren

40 Kjaer et al. 2013, S. 430–439

41 Mehnert 2011, S. 123; Armes et al. 2009, S. 6176; Guy Jr. et al. 2013, S. 8; Noeres et al. 2013, S. 1901

42 Kjaer et al. 2013, S. 432–434

43 Noeres et al. 2013, S. 1905

44 Noeres et al. 2013, S. 1901

45 Noeres et al. 2013, S. 1905

46 Noeres et al. 2013, S. 1906

bzw. unmöglich machen.⁴⁷ Gleichzeitig beeinflusst dies ebenfalls eine Vereinbarkeit mit möglichen Rehabilitationsangeboten und Jobtrainings, die Sie gegebenenfalls auf eine neue Arbeitsaufgabe vorbereiten können.⁴⁸ Lauzier et al. (2008) interviewten kanadische Brustkrebspatientinnen und konnten einen Zusammenhang zwischen einer größeren räumlichen Distanz zur Klinik respektive zum Arbeitsplatz einerseits und dem Wohnort andererseits aufzeigen, der in einem längeren Arbeitsausfall resultierte.⁴⁹ In diesem Kontext verweisen Mehnert et al. (2012) darauf, wohnortnahe und flächendeckende Angebote für eine langfristige Krebsnachsorge zu etablieren.⁵⁰ Ich selbst stamme aus dem Mansfelder Land, einer Region in Sachsen-Anhalt, die vor der Wende durch den Bergbau den Menschen Arbeit gab. Heute kämpft meine alte Heimat mit einer Arbeitslosenquote von fast 25 %. Es existieren keine nennenswerten Arbeitgeber, die infrastrukturelle Anbindung (öffentliche Verkehrsmittel, schnelles Internet, verlässliche Mobilfunknetze, ausgebaute Straßen, Verfügbarkeit von Fachärzten etc.) ist nach heutigen Gesichtspunkten gemessen völlig unzureichend.

Für das tägliche Überleben ist die finanzielle Absicherung entscheidend. Nicht nur führt die Krebserkrankung viel häufiger in die Arbeitslosigkeit.⁵¹ Grundsätzlich reduziert Ihre Krebserkrankung Ihr zukünftiges Einkommen und das Gehaltsniveau, selbst wenn Sie wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren.⁵² Zahlreiche Studie belegen diese Entwicklungen. Beispielsweise in einer norwegischen Studie mit 34.032 (11.826 männliche und 22.206 weibliche Krebsüberlebende) Krebspatienten (Diagnosestellung zwischen 1953 und 2001) sank das durchschnittliche Einkommen um 12 % im Gegensatz zur vergleichbaren gesunden Bevölkerung von 1.116.223 Bewohnern im Alter von 40–59 Jahren. Unmittelbar nach der Diagnosestellung reduzierte sich das durchschnittliche Einkommen sogar um 26 %.⁵³ Lauzier et al. (2008) interviewten 403 ehemalige wieder berufstätige Brustkrebspatientinnen (ohne Metastasen) in Kanada (Durchschnittsalter 50 Jahre). Diese mussten einen Einkommensrückgang von 27 % verkraften.⁵⁴

Hingegen keine Auswirkungen auf das Einkommen fanden beispielsweise Gudbergsson et al. (2006).⁵⁵ Im Rahmen einer US-amerikanischen Erhebung wiesen Norredam et al. (2009) keinen signifikant negativen Einfluss auf das Einkommen berufstätiger Krebsüberlebender

47 Peteet 2000, S. 200

48 Moran et al. 2011, S. 7; Heckman et al. 1997, S. 640–641; Heckman u. Smith 2004, S. 246

49 Lauzier et al. 2008, S. 326

50 Mehnert et al. 2012, S. 513

51 Carlsen et al. 2013, S. 423; Koch et al. 2015, S. 591; Syse et al. 2008, S. 153

52 Damkjaer et al. 2011, S. 274; Ganz et al. 2002, S. 42; Miller et al. 2015, S. 3

53 Syse et al. 2008, S. 154

54 Lauzier et al. 2008, S. 325–326

55 Gudbergsson et al. 2006, S. 1024

nach.⁵⁶ Dass eine Krebserkrankung sogar das zukünftige Einkommen erhöhen kann, zeigen Bradley et al. (2002) in ihrer Studie an 156 ehemaligen Brustkrebspatientinnen in den USA im Vergleich zu 5818 gesunden Frauen vergleichbaren Alters.⁵⁷ Obwohl die Studienlage teilweise widersprüchlich ist, reduziert Ihre Krebserkrankung Ihr zukünftiges Gesamteinkommen sowie Ihr individuelles Gehalt.

2.3.2 Nebenwirkungen der Behandlung

In einer Studie von Noeres et al. (2013) berichteten 202 von 227 deutschen Brustkrebspatientinnen von (Langzeit-)Beeinträchtigungen der Krebstherapie, wobei lediglich 9 Patientinnen (4,2 %) sehr starke Beeinträchtigungen angaben.⁵⁸ Zu den Nebenwirkungen gehörten unter anderem Haarausfall, Hitzewallungen, früheres Einsetzen der Menopause, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen (Arthralgie), Übelkeit, Appetitlosigkeit.⁵⁹ Allerdings verstärkten sich die Langzeitwirkungen im Zeitverlauf, sodass sich nach 6 Jahren nur noch 71 Frauen in einem Arbeitsverhältnis (Teilzeit und Vollzeit) befanden. Im Vergleich: Ein Jahr nach Abschluss der Akutbehandlung waren immerhin 103 Betroffene noch in Teil- bzw. Vollzeit berufstätig.⁶⁰

Johnsson et al. (2009) begleiteten 102 schwedische Brustkrebspatientinnen, befragten diese mit Beginn der Akutbehandlung und 10 Monate später. 59 % der Studienteilnehmerinnen hatten ihre Berufstätigkeit wieder voll aufgenommen. Signifikant negativ wurde der Wiedereinstieg in den Beruf durch die Behandlung mit einer Chemotherapie beeinflusst. Unter den Jobrückkehrerinnen waren lediglich 17 % mit einer Chemotherapie. Wurden die Lymphknoten nicht entfernt und waren die empfundenen Anforderungen des Jobs – in der Studie überwiegend nicht manuelle Tätigkeiten – geringer, begünstigte dies eine frühzeitige Rückkehr innerhalb von 10 Monaten nach der Behandlung.⁶¹

In den letzten Jahren veränderte sich die Behandlung von Brustkrebspatientinnen. Häufig werden nur noch der Sentinel (Wächterlymphknoten) und gegebenenfalls die umliegenden Lymphknoten entfernt. Sind diese nicht befallen, wirkt sich dies nicht nur auf die weitere Akutbehandlung aus. Die Langzeitschäden, beispielsweise Lymphödem, mangelnde Kraft, Schulter- und Gelenkschmerzen, können für die Betroffenen reduziert werden. Nicht nur der Alltag, sondern auch eine mögliche berufliche Tätigkeit werden weniger eingeschränkt.⁶²

56 Norredam et al. 2009, S. 5440–5444

57 Bradley et al. 2002, S. 769

58 Noeres et al. 2013, S. 1903

59 Noeres et al. 2013, S. 1903–1904

60 Noeres et al. 2013, S. 1905

61 Johnsson et al. 2009, S. 96

62 Johnsson et al. 2009, S. 97

Von 72 niederländischen Brustkrebspatientinnen kehrten 11 Betroffene erst später und lediglich in Teilzeit in den Beruf zurück, da sie über Schulterprobleme und Schmerzen berichteten. Diesen Patientinnen wurden die Lymphknoten im Rahmen der Behandlung entfernt.⁶³

2.3.2.1 Psychologische Faktoren

Ein Faktor, der bei mir erst nach dem Ende der Akutbehandlung meine Konzentration, Kraft und den Überlebenswillen schwächte und noch immer schwächt, betrifft das Gedankenkarussell aus Panik, Todesangst, Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Diese Beobachtungen bestätigen ebenfalls Cavanna et al. (2011) in einer Befragung von 76 italienischen Brustkrebspatientinnen in frühem Stadium, die innerhalb von 2 Jahren sechsmal befragt wurden. Es kehrten 78 % der Befragten nach 2 Jahren wieder an ihren Arbeitsplatz zurück. Allerdings fühlten sich die Patientinnen durch Angst und Depressionen gehemmt. Dies führte zu vermehrten Krankheitstagen und einer Reduzierung der Arbeitszeit.⁶⁴

Langzeitüberlebende belasteten vor allem Angstzustände, die ihre Lebens- und Arbeitsqualität einschränkten. Gudbergsson et al. (2008) befragten 226 ehemalige Krebspatientinnen und 220 Krebspatienten, die wieder berufstätig waren und deren Diagnose 2–6 Jahre zurücklag. Neben den psychischen Belastungen kämpften die Befragten mit den körperlichen Einschränkungen ihrer Therapien im Kampf gegen Brust-, Prostata- und Hodenkrebs.⁶⁵

2.3.2.2 Körperliche Schmerzen und Einschränkungen

Tumorstatus und Alter der Patienten wirkten sich bei den Befragungen unterschiedlich aus. Noeres et al. (2013) identifizierten keinen signifikanten Einfluss dieser Aspekte auf die Rückkehr in den Beruf.⁶⁶ Ebenfalls fanden Johnsson et al. (2007) in einer schwedischen Studie keinen signifikanten Zusammenhang für das Alter. Allerdings beeinträchtigte eine durchgeführte Chemotherapie, die wiederum in Abhängigkeit des Tumorstadiums zu beurteilen ist, die Leistungsfähigkeit der befragten Brustkrebspatientinnen. Die Autoren schränkten die Aussagekraft ihrer Studie durch die kleine Gruppengröße (35 Patientinnen) und das Durchschnittsalter von 45 Jahren ein.⁶⁷

Die Krebsbehandlung verändert nachhaltig Ihr Körpergefühl und beeinträchtigt Sie unter Umständen in vielen Lebenslagen im Alltag und in der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit. In einer Studie von

63 Balak et al. 2008, S. 269–270

64 Cavanna et al. 2011, S. 287

65 Gudbergsson et al. 2008b, S. 163–164

66 Noeres et al. 2013, S. 1905

67 Johnsson et al. 2007, S. 92–94

Peuckmann et al. (2009) an 1316 dänischen Brustkrebspatientinnen im Alter zwischen 18 und 70 Jahren gaben 65 % der Befragten Einschränkungen bei folgenden Aktivitäten an:

- Treppensteigen
- Leichtere und schwere Hausarbeiten
- 15-minütige Spaziergänge in schnellerem Tempo
- Lebensmitteleinkäufe mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Bewegung im eigenen Heim
- Zubettgehen
- Ein Bad nehmen
- Ankleiden
- Zeitmanagement insgesamt.⁶⁸

2.4 Protektionismus durch das soziale System

In Dänemark erhalten Krebspatienten ab einer Arbeitsfähigkeit von unter 50 % eine frühzeitige Rentenzahlung.⁶⁹ In Deutschland wird eine befristete Erwerbsminderungsrente gewährt, sofern Betroffene weniger als 3 Stunden pro Arbeitstag arbeiten können (§ 43 SGB VI).⁷⁰ In den USA erhielten Betroffene nur dann eine Rente, sofern sie sich privat absicherten. Erst mit der Gesundheitsreform durch Barack Obama in 2014 wurde das Krankenversicherungssystem reformiert, und der überwiegende Teil der Amerikaner wird pflichtversichert und erhält eine Grundabsicherung im Notfall.⁷¹ In den Niederlanden erhalten Betroffene über einen Zeitraum von 2 Jahren weiterhin ein Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber gezahlt, das mindestens 70 % der bisherigen Vergütung entspricht.⁷² In Spanien können Krebserkrankte bereits vor dem 65. Lebensjahr verrentet werden.⁷³

Roelen et al. (2011) analysierten im Zeitraum von 2002 bis 2008 die Rückkehraten von niederländischen Brustkrebspatientinnen in den Beruf. Im Untersuchungszeitraum kehrten durchschnittlich 70 % der Betroffenen jeweils innerhalb eines Jahres in Teilzeit an einen Arbeitsplatz zurück. Hingegen sank die Rückkehrate in eine Vollzeitstelle im Untersuchungszeitraum von 52 % in 2002 auf 43 % in 2008 kontinuierlich ab. Diese Beobachtungen konnten vom Alter abstrahiert werden. Die Autoren identifizierten zwei mögliche Faktoren für ihre Ergebnisse. Zum einen zahlten in den Niederlanden ab dem Jahr 2004 die Arbeitgeber 2 Jahre weiterhin das Arbeitsentgelt fort. Dies konnte

68 Peuckmann et al. 2009, S. 625–633

69 Kjaer et al. 2013, S. 431

70 SGB 1989

71 Wikipedia 2015

72 Niederlande-Magazin o.J.

73 Molina et al. 2008, S. 828–829

die Patientinnen von einem frühzeitigen Wiedereinstieg abhalten. Zum anderen veränderte sich die Art der Behandlung. Insbesondere immer jüngere Brustkrebspatientinnen wurden mit einer Chemotherapie behandelt, die ebenfalls in einem späteren (Teilzeit-)Jobeinstieg mündete.⁷⁴

Tiedtke et al. (2012) verweisen auf den lenkenden Einfluss der Sozialverwaltungen, die Krebspatientinnen in Belgien schnell auf die Position des Patienten respektive des Behinderten reduzierten.⁷⁵

Drolet et al. (2005) zeigen in einer dreijährigen Befragung auf, dass ein fortgeschrittenes Lebensalter und eine soziale Absicherung die befragten kanadischen Brustkrebspatientinnen eher dazu veranlasst, ihre Berufstätigkeit vollständig aufzugeben.⁷⁶

Wie bereits angeführt, beeinflusst der sozioökonomische Hintergrund vielfach den Weg in eine frühzeitige Verrentung bzw. Langzeitarbeitslosigkeit. Hier sind die Sozialträger und Rehabilitationsträger gefragt, den Betroffenen langfristige Unterstützung zu geben. Insbesondere dann, wenn die Krebspatienten bereits aus der Arbeitslosigkeit, den unteren Einkommensschichten oder anderen Erkrankungen, verbunden mit einem niederen Bildungsabschluss oder aus sozialen Brennpunkten, kommen.⁷⁷ Sozialträger schützen und unterstützen, sollen aber nicht abschieben.

Allerdings verweisen Gudbergsson et al. (2006) für Norwegen darauf, dass ehemalige Krebspatientinnen und Krebspatienten häufig nicht mehr dauerhaft voll leistungsfähig sind und ein reguläres Rentenalter – in Norwegen 67 Lebensjahre – nicht immer haltbar ist.⁷⁸ Mittlerweile können in Deutschland Krebspatienten, die zum Zeitpunkt des Renteneintritts noch schwerbehindert mit mindestens 50 % sind, ab dem 63. Lebensjahr vorzeitig in die Regelaltersrente wechseln, wobei dieses Alter schrittweise auf das 65. Lebensjahr angehoben wird. Hierbei müssen Betroffene in Deutschland jedoch Abschlüsse in der monatlichen Rente akzeptieren.⁷⁹

2.5 Effekte einer (stationären) Rehabilitationsmaßnahme

Durchschnittlich 1519 Euro je Patient kostete das Gesundheitssystem in 2015 eine Rehabilitationsmaßnahme nach Krebs in den Niederlanden, die mit Deutschland große Übereinstimmung aufweist. Tendenziell

74 Roelen et al. 2011, S. 239–241

75 Tiedtke et al. 2012, S. 241

76 Drolet et al. 2005, S. 8309

77 Kjaer et al. 2013, S. 439

78 Gudbergsson et al. 2006, S. 1025

79 Otto 2015, S. 198–199

werden die Kosten bis 2020 ansteigen.⁸⁰ Doch wie erfolgreich sind diese Maßnahmen für Sie als Betroffene?

Entgegen den Erwartungen führt die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme zur Abwendung einer (drohenden) Erwerbsunfähigkeit nicht automatisch zum Erfolg.⁸¹

In einer frühen Studie aus 1991 analysierten Leitsmann et al. Selbsthilfegruppen und Unterstützungen für den Wiedereinstieg in den Beruf durch zielgerichtete Rehabilitationsmaßnahmen für Deutschland. Von den 363 wieder berufstätigen Frauen hatten 37 % eine Rehabilitation erhalten. 56 % konnten in eine vorübergehende Tätigkeit einsteigen, die den Folgen ihrer Erkrankung angepasst wurde. 23 % der Befragten mussten sich beruflich völlig neu orientieren. Insbesondere eine gezielte Vorbereitung in die Berufstätigkeit wurde in der Rehabilitation noch nicht ausreichend gewürdigt. Gleichzeitig betonen die Autoren die Lebensnotwendigkeit weiterer psychologischer Betreuung und medizinischer Nachsorgeuntersuchungen. Dies gilt insbesondere für Patientinnen, die bereits erblich vorbelastet waren.⁸²

Heim und Schwerte (2006) analysierten den bisherigen Standard für Prostatapatienten in Deutschland. Obwohl das Durchschnittsalter der Erkrankung bei 71 Lebensjahren liegt, erkranken immer mehr Männer mitten im Erwerbsleben daran. Bei günstigem Behandlungsverlauf wird von einem Wiedereinstieg in den Beruf nach 6 Monaten ausgegangen. Patienten mit Prostatakrebs kämpfen insbesondere mit Kontinenz- und Sexualproblemen, die in einer Rehabilitation häufig nicht wirklich gelöst werden können. In diesem Kontext treten psychische Probleme auf. Bisher gibt es noch kein Therapiekonzept für eine berufliche Wiedereingliederung für diese bei Männern häufigste Krebserkrankung. Zudem arbeiten die Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland noch nicht nach vergleichbaren Therapiestandards, beispielsweise einer ISO-Zertifizierung. Die Autoren verweisen auf diese Regelungslücke und propagieren eine evidenzbasierte – auf aktuellen Studienergebnissen aufbauende – Therapieausrichtung.⁸³

Eine der ersten Studien für Deutschland, die den Zusammenhang zwischen der Teilhabe an einer onkologischen Rehabilitation und der Rückkehr in den Berufsalltag untersuchte, stammt von Mehnert und Koch (2007). Von 1193 Krebspatienten nahmen innerhalb eines Jahres nach der Rehabilitation 67 % wieder eine Berufstätigkeit auf.⁸⁴ Allerdings verwies die Studie auf die noch unzureichende Unterstützung zwischen den praktischen Alltagsproblemen im täglichen Arbeitsumfeld und den mit der Krebserkrankungen verbundenen Ängsten und

80 Mewes et al. 2015, S. 3

81 Hoving et al. 2009, S. 7; Tamminga et al. 2010, S. 641–645; Rick et al. 2012, S. 707

82 Leitsmann et al. 1991, S. 89–91

83 Heim u. Schwerte 2006, S. 442–443

84 Mehnert u. Koch 2007, S. 10

Depressionen.⁸⁵ Hier sind die Rehabilitanden noch immer weitgehend auf sich allein gestellt. Im Rahmen eines Studienüberblicks bestätigen Tamminga (2010) et al. dieses Bild auf Basis der noch dürftigen Forschungslage.⁸⁶

Die Ergebnisse von Mehnert und Koch (2007) stützen eine Befragung von 1193 deutschen Krebspatienten von 2004 bis 2006 durch Thies et al. (2008), die den Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hervorhebt. Es kommt in erster Linie auf Ihre individuelle Motivation als Rehabilitandin an, die neben den körperlichen Einschränkungen vor allem durch die psychischen Belastungen der Krebserkrankung getragen wird. Dabei nahmen an der Studie von Thies et al. (2008) vor allem jüngere Patienten (Durchschnittsalter 49 Jahre) teil, von denen 953 erwerbstätig (davon 580 arbeitsunfähig) waren.⁸⁷ Ebenfalls Pottins et al. (2009) betonen die individuelle Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Krebspatientin/Rehabilitandin und den Fachkräften der Reha-Einrichtungen.⁸⁸

In einer aktuellen Studie von Böttcher et al. (2013) kehrten 81 % der 174 befragten Krebspatienten innerhalb eines Jahres nach einer speziellen interdisziplinären berufsvorbereitenden Rehabilitationsmaßnahme wieder in den regulären Arbeitsalltag zurück (Interventionsgruppe). Demgegenüber war die Rückkehrate von 76 % bei Patienten, die im Vergleich dazu eine allgemeine onkologische Heilbehandlung erhielten, nur unwesentlich geringer (Vergleichsgruppe).⁸⁹ Allerdings fühlten sich die Rehabilitanden der interdisziplinär ausgerichteten berufsbezogenen Maßnahme nach Reha-Ende gut auf den Berufsalltag vorbereitet und zufrieden mit der Reha-Maßnahme. Dies zeigte sich in geringerem Beratungs- und Betreuungsbedarf nach dem Reha-Abschluss und spiegelt sich in der oben angeführten höheren Rückkehrate wider. Die höhere subjektiv empfundene Zufriedenheit der Teilnehmer der Interventionsgruppe stärkt gleichzeitig deren beruflich empfundene Leistungsfähigkeit. Das heißt, eine individuellere, auf Ihre jeweilige berufliche Tätigkeit ausgerichtete Therapie kann im Einzelfall zu Fortschritten führen.⁹⁰ Diese Erkenntnisse sollten zur Modifizierung der Rehabilitationsmaßnahmen an die beruflichen Erfordernisse des Einzelnen führen. So können zielgerichteter die finanziellen Beiträge der gesamten Versicherungsnehmer effizient eingesetzt werden. Damit wird nicht nur dem Betroffenen, sondern der gesamten Gesellschaft geholfen.

Ebenfalls Noeres (2013) et al. stellten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Teilhabe an einer Heilbehandlungsmaßnahme

85 Noeres et al. 2013, S. 1908; Mehnert u. Koch 2007, S. 81–100

86 Tamminga et al. 2010, S. 645–647

87 Thies et al. 2008, S. 315–317; Mehnert et al. 2012, S. 509

88 Pottins et al. 2009, S. 272

89 Böttcher et al. 2013, S. 329

90 Böttcher et al. 2013, S. 329–334; Mehnert et al. 2012, S. 512

und der Rückkehr in den Berufsalltag fest. Von den befragten 227 deutschen Brustkrebspatientinnen kehrten 99 Frauen ein Jahr nach der Akutbehandlung in den Job zurück. 140 Patientinnen absolvierten eine Reha-Maßnahme, 72 entschieden sich gegen eine Heilbehandlung, von 15 Betroffenen lagen keine Daten vor. Von den 140 Teilnehmerinnen der Reha-Maßnahme kehrten 69 % (97 von 140 Betroffenen) innerhalb eines Jahres in den Beruf zurück. Überraschenderweise nahmen 93 % (67 von 72 Erkrankten) der Brustkrebspatientinnen ohne Rehabilitation innerhalb desselben Zeitraums wieder eine berufliche Tätigkeit auf.⁹¹ Das heißt, die Teilnahme an einer stationären Reha-Maßnahme beeinflusste die Entscheidung für einen Wiedereinstieg in den Beruf signifikant negativ.⁹² Ebenfalls Koch und Mehnert (2006) untersuchten 750 deutsche Brustkrebspatientinnen, die an einer stationären Reha-Maßnahme teilnahmen. Auch hier kehrten lediglich 69 % der ehemaligen Rehabilitanden wieder in den Job zurück. Demgegenüber stiegen wieder 93 % aus der Gruppe, die keine Reha-Maßnahme in Anspruch, in den Beruf ein.⁹³

Hoving et al. (2009) sowie Tamminga et al. (2010) analysierten 4⁹⁴ bzw. 19⁹⁵ internationale Studien. Insgesamt wurden die Effekte einer Rehabilitationsmaßnahme als nicht nachhaltig und zu wenig auf die Rückkehr in den Beruf eingeschätzt.⁹⁶ Gleichfalls verweisen Islam et al. (2014) in ihrem Studienüberblick auf die noch mangelnde Kenntnis der individuellen Berufsanforderungen betroffener Onkologieklientinnen.⁹⁷ Bereits zu Beginn des Rehabilitationsprozesses – respektive in der Planungsphase – sind die jeweiligen Erfordernisse, beispielsweise durch Befragungen, Auswertungen von Arztbefunden, Einbeziehung des Arbeitgebers, zu erfragen und in das Rehabilitationsprogramm einzubauen. Diese Prozessschritte fehlen noch immer in unserem deutschen – aber auch im internationalen – Gesundheitssystem.

In diesem Kontext befragten Driesel et al. (2014) 1473 stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zu deren berufsbezogenen Leistungsangeboten für Krebspatientinnen und Krebspatienten. Von den 908 antwortenden Einrichtungen boten 283 Rehabilitationszentren 454 einschlägige Gruppenschulungen an. Allerdings bezogen sich die Inhalte vorwiegend auf Bewerbungstraining und Arbeitslosigkeit. Ein deutliches Defizit ergab sich im berufs- und arbeitsbezogenen Schulungsbedarf.⁹⁸ Diese Befragung bestätigt damit die Aussagen der angeführten aktuellen Studien zu der

91 Noeres et al. 2013, S. 1905

92 Noeres 2013, S. 15

93 Koch u. Mehnert 2006, S. S72–S73

94 Hoving et al. 2009, S. 2–6

95 Tamminga et al. 2010, S. 641–644

96 Tamminga et al. 2010, S. 645–646; Hoving et al. 2009, S. 7–8

97 Islam et al. 2014, S. 12

98 Driesel et al. 2014, S. 81–86

noch notwendigen zielgerichteten praktischen Berufsausrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Bereits in einer Studie aus 1985 für Großbritannien belegten Maguire et al. (1983) den Erfolg einer individuellen und zielgerichteten mehrmonatigen Betreuung von 75 Brustkrebspatientinnen durch entsprechend geschultes Personal. Die rehabilitierenden Maßnahmen endeten nicht nach der Akutbehandlung, sondern es erfolgte weiterhin eine 12- bis 18-monatige Betreuung im heimischen Umfeld. Der Anteil (89 %) der so in den Job zurückgekehrten betreuten Patientinnen war deutlich höher im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von 77 Befragten, die nur die Standardbegleitung erhielten.⁹⁹

Trotz allem wird der Erfolg von der Deutschen Rentenversicherung, die in der Regel Trägerin der beruflichen Rehabilitation ist, als positiv eingeschätzt. Die Deutsche Rentenversicherung sieht aber ebenfalls Verbesserungspotenzial insbesondere in der psychoonkologischen Begleitung und Nachsorge.¹⁰⁰ So verweisen Rick et al. (2012) auf weiteren Forschungsbedarf zur qualitativen Wirksamkeit von Anschlussheilbehandlungen.¹⁰¹

In Deutschland gilt nach dem § 8 Abs. 2 SGB IX der Grundsatz „Reha vor Rente!“.¹⁰² Dies kann die Studienergebnisse verzerren, da über diesen in der Praxis gelebten bürokratischen Automatismus keine Vorselektion über den möglichen Erfolg einer Reha-Maßnahme erfolgt, selbst wenn eine amtsärztliche Begutachtung stattfindet.¹⁰³

Demgegenüber verweisen Short et al. (2005) auf einen höheren Effekt für den Wiedereinstieg in den Beruf, wenn dieses Ziel konkret im Beginn der Rehabilitationsmaßnahme benannt wurde. Eine wesentliche Herausforderung für Onkologen wird zukünftig darin bestehen, arbeitsfähige und arbeitswillige Krebspatienten wieder in eine berufliche Tätigkeit zurückzuführen und die Betroffenen dabei so frühzeitig als möglich zu unterstützen. Das Berufsbild des Onkologen wird sich erweitern und nicht nur den rein medizinischen Fokus einnehmen.¹⁰⁴

Häufig fehlt den Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtungen eine zielgerichtete Ausbildung für die Bedürfnisse von Krebspatienten im Kontext eines Wiedereinstiegs in den Beruf. So befragten Verbeek et al. (2003) 100 niederländische Arbeitsmediziner, die in onkologischen Rehabilitationseinrichtungen Krebspatienten betreuten und behandelten. Lediglich 3 % der Ärzte wiesen eine geeignete berufliche Qualifikation für die Behandlung von Krebspatienten im Kontext des Return-to-Work-Management auf. Insbesondere tauschten sich

99 Maguire et al. 1983, S. 319–324

100 Koch et al. o.J., S. 27; Pottins et al. 2009, S. 271–273

101 Rick et al. 2012, S. 707

102 Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 2001

103 Noeres et al. 2013, S. 1907

104 Short et al. 2005, S. 1299–1300

die Ärzte der Rehabilitationseinrichtungen nicht mit den jeweiligen Fachärzten ihrer Patienten aus. Hierunter litten die Qualität und das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme. Überwiegend positiv wurde jedoch hervorgehoben, dass rund 60 % der Arbeitsmediziner in der Rehabilitationseinrichtung auf das Verhältnis zwischen Krebspatienten und Arbeitsplatz eingingen, teilweise fanden direkte Gespräche mit den jeweiligen Arbeitgebern statt.¹⁰⁵

Finnische Jobrückkehrer (640 Krebsüberlebende) bemängelten einen fehlenden systematischen Wiedereingliederungsplan, den Krebspatienten, Arbeitgeber und medizinisches Fachpersonal als Team gemeinsam entwickeln, im Joballtag umsetzen und regelmäßig überprüfen respektive anpassen.¹⁰⁶

Ullrich et al. (2012) verweisen auf die geschlechtsspezifischen Anforderungen von Unterstützungsmaßnahmen bei einer betrieblichen Wiedereingliederung. Frauen benötigen hier scheinbar eine umfangreichere individuelle Unterstützung im Vergleich zu Männern, wie die Analyse von 44 internationalen Studien ergab. Ursachen liegen unter anderem in der Rolle der Frau, neben dem Beruf noch Kinder und Haushalt versorgen zu müssen, Einkommenseinbußen sowie einer dauerhaften Reduzierung der Arbeitszeit.¹⁰⁷

Bereits vor gut 20 Jahren setzte in Deutschland ein Umdenken ein. Die Qualität der Rehabilitationsmaßnahmen wird regelmäßig, beispielsweise durch die Deutsche Rentenversicherung, evaluiert. Hierzu werden unter anderem Patientenfragebögen ausgewertet, aber auch die jeweiligen Reha-Einrichtungen einer wiederholten Kontrolle unterzogen. Forschungsstudien unter anderem im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie die Berücksichtigung aktueller internationaler Forschungsergebnisse fließen in die onkologische Rehabilitation ein. Die Bedeutung einer individuellen berufsorientierten Rehabilitation erhielt Einzug in die Rehabilitationspläne.¹⁰⁸ Allerdings fehlen noch immer mittel- und langfristige Betreuungen der Rehabilitanden, die allein über eine telefonische Nachsorge nicht abgedeckt werden können.¹⁰⁹ Selbst wenn für Telefongespräche die zeitliche Flexibilität und räumliche Unabhängigkeit aller Beteiligten spricht, reicht diese Kommunikation lediglich als ein Ausgangspunkt. Andererseits steht die Deutsche Rentenversicherung unter einem Kostendruck.¹¹⁰

105 Verbeek et al. 2003, S. 354

106 Taskila et al. 2006, S. 434

107 Ullrich et al. 2012, S. 524–531

108 Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation 2009, S. 11–34

109 Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation 2009, S. 34; Mehnert et al. 2012, S. 510–511

110 Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation 2009, S. 34–36

Damit Ihre Rehabilitation erfolgreich verlaufen kann, müssen Sie wirklich wollen. Das heißt, Ihre subjektive Einstellung zu Ihrer Erwerbstätigkeit bestimmt den Erfolg Ihrer Maßnahme zentral.¹¹¹ Es ist Ihre Lebenszeit, die Sie in Ihre Rehabilitation investieren. Dabei ist der Erfolg nicht von der Frage einer ambulanten oder stationären onkologischen Maßnahme abhängig.¹¹²

Park und Shubair (2013) sprechen sich für ein Umdenken und die Berücksichtigung alternativer bzw. unkonventioneller Methoden aus, die in einschlägige „Disability-Management-(Behinderungsmanagement-) Programme“ einfließen sollten.¹¹³ Mehnert (2011) schlägt vor, die Betroffenen aktiv in die Entwicklung und Evaluierung von Rehabilitationsprogrammen einzubinden,¹¹⁴ denn Sie und ich als Betroffene können eher beurteilen, in welchem Kontext wir Unterstützung benötigen im Vergleich zu Sachbearbeitern, die eine Maßnahme bewilligen. In einem qualitativen Evaluierungsprozess können Betroffene direkt Einfluss auf die Modifizierung von Maßnahmen nehmen. Ich selbst erfuhr diese Möglichkeit in begrenztem Umfang, indem ich nach Abschluss meiner Reha-Maßnahmen diese evaluieren sollte. Ihr langfristiger Rehabilitationserfolg ist das Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit, und Sie sind Teammitglied. Hier entwickelt sich ein langsamer Transformationsprozess, der in Deutschland bereits umgesetzt wird, aber Kostenrestriktionen unterworfen ist.¹¹⁵

Letztendlich fehlen sowohl in der Forschung als auch in der Praxis noch immer systematische Untersuchungsansätze, um den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zu messen und Modifikationen der Behandlungsmaßnahmen herbeizuführen.¹¹⁶ In diesem Kontext verweisen Chopra et al. (2012) darauf, dass das langfristige Wohlbefinden (ehemaliger) Krebspatienten starken Schwankungen unterliegt. Dieser Aspekt wird von den Entscheidungsträgern, beispielsweise den Krankenversicherungen oder Rentenversicherungsträgern, bei der Bewilligung von Maßnahmen noch immer nicht ausreichend gewürdigt.¹¹⁷

Zudem ist sowohl für die Krebspatienten als auch die behandelnden Ärzte häufig unklar,¹¹⁸ wer die Verantwortung für die langfristige Weiterbetreuung von Ihnen als Betroffene übernimmt. Konkret geht es um die Frage, behandelt der Hausarzt, der Facharzt (beispielsweise

111 Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation 2009, S. 23

112 Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation 2009, S. 32

113 Park u. Shubair 2013, S. 1

114 Mehnert 2011, S. 128

115 Mehnert et al. 2012, S. 514

116 Spelten et al. 2002, S. 129–130; Wilson u. Cleary 1995, S. 63; Mehnert et al. 2012, S. 513

117 Chopra u. Kamal 2012, S. 13

118 Miller et al. 2015, S. 4

Gynäkologe, Brustzentrum) oder der Onkologe Sie als erster Ansprechpartner mittel- und langfristig weiterhin? Dies betrifft nicht nur die Nachsorge Ihrer Ersterkrankung, sondern auch die Früherkennung/Vorsorge von Folgeerkrankungen, Beantragungen weiterer Reha-Maßnahmen, Rezeptausstellungen, Gutachten für Versicherungen etc.¹¹⁹ Miller et al. (2015) kommen zu dem Ergebnis, dass eine interdisziplinäre Weiterbehandlung für Sie als Krebspatientin langfristig den besten Erfolg verspricht. Dies kann eine Weiterbetreuung in einer Spezialklinik sein, aber auch eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Ihren behandelnden Ärzten, die durch Vertrauen und Kommunikation gekennzeichnet ist.¹²⁰ Ebenfalls verweisen Mehnert et al. (2012) auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung einer interdisziplinären, individuellen Langzeitnachsorge.¹²¹ In meinem Fall erfolgt eine enge Betreuung durch meine Onkologin und das Brustzentrum der Uniklinik Leipzig, sodass ich „jederzeit“ im Tumorboard besprochen werden kann. Aber auch ich als Patientin sehe mich als Teil des Behandlungsteams, indem ich die Kommunikation und den Austausch von Befunden zu und von meinem Hausarzt bzw. zu/von meiner Gynäkologin zum Brustzentrum und meiner Onkologin aufrechterhalte. Ich verstehe mich hier als Schnittstellenmanagerin.

Letztendlich führt die mangelnde Fundierung durch ein ganzheitliches Konzept häufig dazu, dass Ihnen angediehene Rehabilitationsmaßnahmen nicht wirklich im Berufsalltag helfen. Verwehrt ich mich beispielsweise während der Reha dem Ballwerfen in der Gymnastikgruppe, bei dem ich bereits als Schulkind katastrophale Leistungen zeigte, wurde mir in der Rehabilitationsklinik lediglich mitgeteilt: „Dies ist Standardprogramm. Aus dieser Nummer kommen Sie nicht heraus.“ Was mir diese Aktivitäten im meinem Büroalltag bringen sollen, ist für mich noch immer nicht nachvollziehbar. Auch die durch mich immer wieder angesprochenen Konzentrationsprobleme im stressigen Joballtag, bei dem unterschiedlichste Reize gleichzeitig auf mich einprasseln, wurde mit dem stetig wiederholten Lösen einfacher Kopfrechenaufgaben in absoluter Stille „trainiert“. Der individuelle Ansatz fehlte.

Seit 2008 liegt beispielsweise für Brustkrebspatientinnen ein Leitlinienreport vor, der durch die Deutsche Rentenversicherung Bund gefördert wurde.¹²² Die Behörde behielt sich vor, die Empfehlungen und Ergebnisse in eigenem Ermessen umzusetzen.¹²³ In 2009 wurde eine entsprechende verbindliche Leitlinie für Brustkrebspatientinnen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund erlassen, die zunächst in einer einjährigen Pilotphase getestet¹²⁴ und nach 3 Jahre einer ersten Prüfung

119 Cheung et al. 2009, S. 2491–2492

120 Miller et al. 2015, S. 6

121 Mehnert et al. 2012, S. 513

122 Deutsche Rentenversicherung Bund 2008, S. 1–148

123 Deutsche Rentenversicherung Bund 2008, S. Vorblatt S. 2

124 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 9

unterzogen werden sollte. Insbesondere ist der jeweils aktuelle Stand der Forschung zu berücksichtigen.¹²⁵ Beispielsweise finden die Bögen zur Beurteilung der abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme durch die Patientinnen bereits Anwendung. So soll die individuelle Zufriedenheit und die Qualität der Behandlungen insgesamt evaluiert werden. Auch verfolgen die Reha-Kliniken durchaus einen interdisziplinären Ansatz im Verständnis von physischen und psychischen Maßnahmen und geben den Patientinnen praktische Umsetzungsempfehlungen, verschreiben Reha-Sport im Verein etc. Interessanterweise sind individuelle Einzelmaßnahmen in einer Rehabilitation möglich, allerdings in Abstimmung zwischen dem Reha-Team und dem zu behandelnden Arzt.¹²⁶ Wo bleiben Sie als Betroffene? An welcher Stelle wird der Arbeitgeber eingebunden?

Lediglich an Berufsgruppen orientierte Maßnahmen sind in der Leitlinie denkbar, wobei die Deutsche Rentenversicherung Bund einschränkend anmerkt, dass aus Kosten-, Zeit- und Platzgründen in den Rehabilitationseinrichtungen häufig keine konkrete Umsetzung erfolgen kann.¹²⁷ Es sind zwar soziale Beratungen zu beruflichen Perspektiven mit Zeiteinheiten von 30 Minuten abrechenbar. Auch können Arbeitsplatzbesuche und gegebenenfalls Gespräche mit dem Arbeitgeber durchgeführt werden.¹²⁸ Doch häufig fehlen hier in der Praxis Zeit und Raum für die Reha-Einrichtungen. Auch scheitern individuelle Konzepte an der Nichtabrechenbarkeit dieser Bemühungen durch die Rehabilitationskliniken beim jeweiligen Rehabilitationsträger, beispielsweise der Deutschen Rentenversicherung Bund.¹²⁹ Eine Überarbeitung dieser Leitlinie in 2010 führte zu keinen zentralen Veränderungen dieser kritischen Punkte. Insbesondere sieht die Deutsche Rentenversicherung ihre Leitlinien lediglich als Ergänzung zu den Standards der einzelnen Fachgremien, Fachorganisationen und Verbände.¹³⁰ Zwar kann die Reha-Einrichtung Ihnen individuelle Empfehlungen aussprechen und Behandlungen über die abrechenbaren Leitlinien hinaus durchführen.¹³¹ Ob eine Reha-Einrichtung in der Kürze Ihres Reha-Aufenthaltes/Ihrer Behandlung jedoch das Risiko eingeht, noch nicht finanzierte Leistungen umzusetzen, mag dahingestellt bleiben. Es stellen sich noch einmal die Fragen nach der konkreten Einbeziehung Ihrer individuellen Anforderungen und die Ihres tatsächlichen Arbeitsumfeldes. Diese scheinen noch immer unterrepräsentiert. Auf meine E-Mail-Anfrage vom 02. November 2015 teilte

125 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 12

126 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 11

127 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 10

128 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 23–24

129 Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, S. 9

130 Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 5

131 Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 10

mir die Deutsche Rentenversicherung Bund am 03. November 2015 folgendes mit:

» Sehr geehrte Frau Dr. Otto,
 die Deutsche Rentenversicherung hat im Oktober 2013 ein wissenschaftliches Projekt in Auftrag gegeben, um alle vorliegenden neun Reha-Therapiestandards an den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand, neue Konzepte und Modelle sowie die KTL 2015 anzupassen. Das Projekt zur „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“ wurde Ende September 2015 beendet. Derzeit werden die neuen RTS in unseren zuständigen Gremien beraten. Wir gehen davon aus, dass die neuen RTS Anfang Dezember als pdf-Datei bzw. Download auf unseren Internetseiten zur Verfügung stehen. Die Broschüre wird im 1. Quartal 2016 erscheinen. Für die Einführung ist ein Übergangszeitraum (voraussichtlich bis Ende 2016) eingeplant.
 Zu Ihrer speziellen Frage bzgl. einer stärkeren Berücksichtigung der Arbeits- und Berufssituation von Rehabilitandinnen kann ich mitteilen, dass die überarbeiteten RTS Brustkrebs – anders als bislang – ein neues Therapiemodul „Funktionelle und arbeitswelt-bezogene Therapien“ (inkl. Leistungen zur Arbeitstherapie) vorsehen. Darüber hinaus wurden die zwei vorhandenen Therapiemodule zur klinischen Sozialarbeit zu dem neuen Modul „Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“ zusammengefasst. Ein spezifisches MBOR-Therapiemodul wird es nicht geben, da entsprechende Leistungen im Rahmen der Reha-Therapiestandards erbracht werden können und über die Zuordnung der Kategorie „MBOR“ (Medizinisch-Beruflich-Orientierte Rehabilitation) im (neuen) Reha-Entlassungsbericht im Rahmen der Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung separate Auswertungen möglich sind. Es muss allerdings angemerkt werden, dass derzeit ca. 2/3 der Rehabilitandinnen mit der Indikation Brustkrebs, die eine Leistungen von der Deutschen Rentenversicherung erhalten, bereits Rentnerinnen sind und dies bei der Formulierung der Mindestanforderungen (Dauer, Anteil an zu behandelnden Rehabilitanden) in dem entsprechenden Therapiemodul berücksichtigt wurde.“

2.6 Mangelnde theoretische und interdisziplinäre Fundierung

Bisher existiert kein gezieltes Wiedereingliederungsprogramm in den Beruf für Brustkrebspatientinnen, die einen großen Anteil an der Gesamtanzahl von Krebserkrankungen ausmachen. Diverse Maßnahmen, beispielsweise Disease Management Programme (DMP), auch als Chronikerprogramme oder strukturierte Behandlungsprogramme bezeichnet, werden zwar von Krankenkassen in Deutschland

durchgeführt. (Meine Krankenkasse sprach mich allerdings nie auf ein derartiges Programm an). Gleichfalls gezielte Rehabilitationsmaßnahmen, beispielsweise Lymphdrainagen, werden angeboten. Doch noch zu wenig wird die individuelle – berufliche – Situation von Ihnen als Betroffene berücksichtigt. Désiron et al. (2013) kritisieren denn auch die mangelnde theoretische Fundierung zur Entwicklung eines Rahmenkonzepts. In ihrer Literaturanalyse definieren die Wissenschaftler 9 Modelle, von denen lediglich das MOHO (Model of Human Occupation) nach Kielhofner (1980)¹³² einen potenziellen Ausgangspunkt für eine weitere Entwicklung eines theoretischen Ansatzes liefern könnte.¹³³

Das MOHO verbindet theoretische Überlegungen mit empirischer Evidenz und leitet daraus praktische Anleitungen für den Therapeuten ab, der die Rückkehr in den Beruf begleitet.¹³⁴ So kann Sie ein Therapeut beispielsweise darin begleiten, wie Sie in einem Bürojob eine ergonomische Tastatur, ggf. mit Sprachunterstützung, in Ihren Arbeitsaufgaben anwenden können und das in dem Tempo, das für Sie geeignet ist. Oder Sie lernen mit dem Therapeuten gemeinsam Techniken, wie Sie Panikattacken im Joballtag in den Griff bekommen können. Ich selbst erfuhr durch autogenes Training kleine, auf mich beruhigend wirkende Stimuli durch Aktivierung bestimmter Akupunkturpunkte mit den Fingern. Mein Gegenüber bekommt im Gespräch davon nichts mit. Ich bewahre damit auch mein Gesicht, zeige nicht nur äußerliche Ruhe, sondern fühle mich innerlich nicht mehr angespannt.

Dabei verweist das MOHO darauf, dass der Therapeut/Betreuer den betroffenen Krebspatienten in seinem gesamten – nicht nur beruflichen – Umfeld erleben muss, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung begleiten zu können. Im Rahmen des MOHO-Ansatzes werden Sie als individuell Betroffene durch Ihre Willenskraft (Volition), Ihren Habitus und Ihre Leistungsfähigkeit wahrgenommen und integriert.¹³⁵

Speziell für Brustkrebspatientinnen gibt es bisher kein Programm, das die aktuellen theoretischen Forschungsergebnisse, praktische Maßnahmen und ein in Deutschland bereits praktiziertes Disease Management Programm (DMP) in einem gezielten Wiedereinstiegsprogramm/Rehabilitationsprogramm zusammenfasst. Désiron et al. (2013) versuchten erstmals, diesem ganzheitlichen Ansatz einen Rahmen zu geben (■ Abb. 2.1).¹³⁶

Désiron et al. (2015) befragten belgische Abteilungsleiter von einschlägigen Einrichtungen für die berufliche Rehabilitation sowie Therapeuten in der Onkologie nach notwendigen Veränderungen in der Rehabilitation, um speziell Brustkrebspatientinnen einen beruflichen Wiedereinstieg zu ermöglichen. Die Studie versucht hier, den

132 Kielhofner u. Burke 1980, S. 572–581

133 Désiron et al. 2013, S. 516–517

134 Désiron et al. 2013, S. 520

135 Cole u. Tufano 2008, S. 95–106; Kielhofner u. Burke 1980, S. 573–574; Reed u. Sanderson 1999, S. 225–233

136 Désiron et al. 2013, S. 524

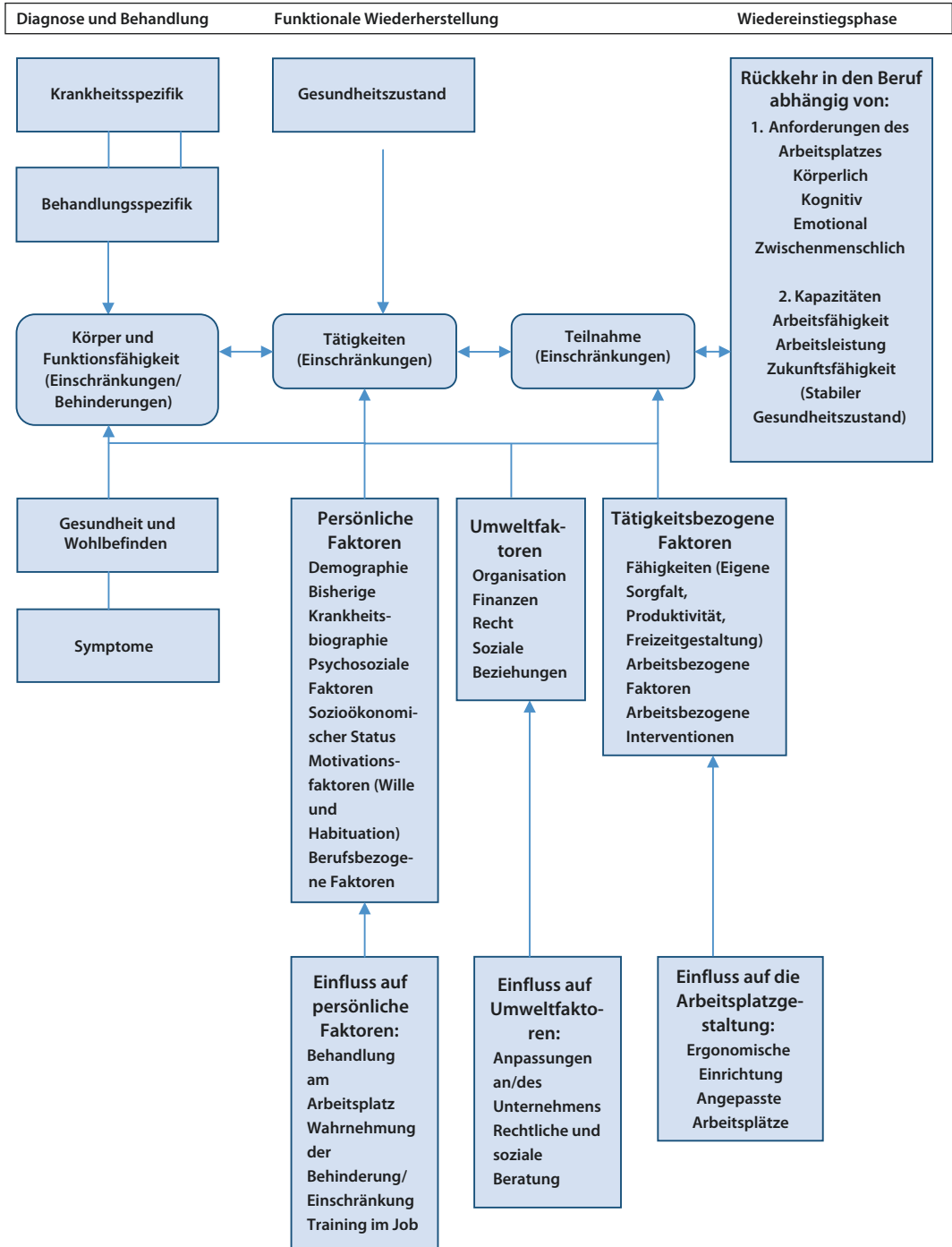


Abb. 2.1 Kombination MOHO mit einem Wiedereinstiegsprogramm in den Beruf. (Modifiziert nach Désiron et al. 2013, S. 524)

Blickwinkel der Therapeuten aufzunehmen. Folgende zentrale Punkte konnten herausgearbeitet werden:

1. Die Arbeitstherapie sollte Bestandteil eines integrierten, auf den individuellen Patienten fokussierten holistischen (ganzheitlichen) Ansatzes sein, der durch die notwendigen rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen begleitet wird.
2. Aus medizinisch-fachlicher Perspektive sollte die berufliche Rehabilitationsmaßnahme nur einen Aspekt darstellen und – neben weiteren therapeutischen Maßnahmen – auch durch eine psychoonkologische Betreuung integrativ begleitet werden.
3. Die beruflich ausgerichtete Rehabilitation sollte bereits in der frühen Akutbehandlungsphase von Brustkrebspatientinnen beginnen.
4. Der Wiedereinstieg in den Beruf sollte durch klare, auf die individuelle Situation der Betroffenen ausgerichtete, realistische Zielsetzungen im Rahmen der Rehabilitation umgesetzt werden.
5. Ein erfolgreicher Wiedereingliederungsprozess in den Beruf muss durch die wiederholten Begutachtungen des Arbeitsplatzes der Betroffenen, der individuellen Lebenssituation der Brustkrebspatientin sowie im dauerhaften Gespräch mit allen Stakeholdern abgestimmt und regelmäßig geprüft werden, um notwendige Anpassungen umzusetzen.¹³⁷

2.7 Fazit: Umdenken bei Beteiligten und Betroffenen

Tendenziell entscheiden sich eher die Krebspatienten für einen Austritt aus der Berufstätigkeit, die über einen geringeren Bildungsabschluss verfügten, finanzielle Probleme hatten, über Mobbing am Arbeitsplatz oder veränderte Arbeitsbedingungen berichteten. Insofern kann die Krebserkrankung – auch wenn es hart klingt – als Alibi dienen.¹³⁸

Die Teilnahme an einer (stationären) Rehabilitationsmaßnahme führt nicht automatisch zu einem Wiedereinstieg in den Beruf.¹³⁹ Vielmehr beeinflusst Ihre individuelle Einstellung zu Ihrer Lebenssituation maßgeblich den Erfolg einer Reha-Behandlung. Die Studienergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit individualisierter – auf Sie zugeschnittener – Reha-Anwendungen. Hier schließt sich der Kreis: Lassen Sie sich auf die für Sie zugeschnittenen Therapien ein, können Sie gestärkt aus der Heilbehandlung entlassen werden. Dieses Ziel wird jedoch nicht erreicht, sofern Ihnen eine Standardlösung angeboten wird. Das heißt, auch die Leistungsträger sind gefordert.¹⁴⁰

137 Désiron et al. 2015, S. 277

138 Noeres et al. 2013, S. 1907

139 Noeres et al. 2013, S. 1907; Thies et al. 2008, S. 315–317

140 Pottins et al. 2009, S. 275; Thies et al. 2008, S. 311–317

Arbeiten trotz Krebserkrankung
Hilfreiche Tipps für neue Herausforderungen
Otto, S.
2018, XIII, 207 S. 5 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-662-54882-0