



# Wiedereingliederung junger Erwachsener in die Arbeitswelt nach Krebsbehandlung

## „Return to work“

Patienten im Alter von 15 bis 39 Jahren, die wegen einer malignen Erkrankung (ICD10-GM: C00–C97, D37–D48) in Behandlung sind, werden nach internationaler Definition in der Gruppe Jugendliche und junge Erwachsene („adolescents and young adults“, AYA) zusammengefasst.

### Häufigkeit maligner Erkrankungen bei AYA

Bei einer auf alle Altersgruppen entfallenden Gesamtzahl von ca. 500.000 Krebserkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland pro Jahr erkrankten nach den Erhebungen des Robert-Koch-Instituts in der Alterskohorte 15 bis 39 Jahre im Mittel der letzten 10 Jahre (2003 bis 2012) jährlich ca. 16.300 Personen [1]. Systematisch erhobene Zahlen liegen aus dem Krebsregister Rostock vor [2]. Sie werden in diesem Beitrag mit Daten von Patienten in der stationären Rehabilitation (Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen) herangezogen (Tab. 1).

### Diagnostik von Einschränkungen und Belastungen

Bei der Diagnostik von Störungen, funktionellen Einschränkungen und seelischen Belastungen kommen folgende Methoden zum Einsatz:

- Ärztliche Untersuchung inkl. labormedizinischer und apparativ-technischer Untersuchungen
- Im Rahmen der psychologischen Basisdiagnostik ein psychologisches Erstgespräch, zusätzlich erweiterte Diagnostik durch anerkannte Testinstrumente (Tab. 2)
- Pflegerische Anamnese mit Erfassung von Ressourcen und Selbsthilfekompetenz des Patienten, Ermittlung des Pflegebedarfs, wobei die aktivierende Pflege im Zentrum steht

In der Praxis zeigen AYA Besonderheiten, die dadurch entstehen, dass die psychosoziale und berufliche Entwicklung häufig nicht vollständig abgeschlossen ist. Dies betrifft insbesondere folgende Bereiche:

- Identitätsbildung, Ablösung von primären Bezugspersonen unvollständig
- Wertesystem nicht voll entwickelt
- Berufliche Entwicklung (Berufswahl, Berufsausbildung, Berufseinstieg, Etablierung im Beruf) nicht vollständig abgeschlossen
- Partnerwahl und Familiengründung offen

Tritt im jungen Erwachsenenalter eine Lebenskrise, z. B. eine maligne Erkrankung, auf, können sich mit der Krebserkrankung und -behandlung Veränderun-

gen des Körper- und Selbstbildes und damit zusammenhängend auch Veränderungen des Lebenskonzepts ergeben. Sozialer Rückzug und Isolation mit den entsprechenden Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität können die Folge sein, v. a. dann, wenn Defizite der Unterstützungsstrukturen im häuslichen Umfeld bestehen.

### » Die Krebserkrankung führt beim jungen Erwachsenen zu besonderen Belastungen

Das Trauma der Erkrankung und der Therapie wird für den jungen Erwachsenen stärker wirksam, sodass insgesamt die psychosoziale Entwicklung, der Beruf und die Partnerschaft beeinträchtigt werden können. In der Konsequenz resultiert eine doppelte Krisensituation, die eine besondere Belastung für den jungen Erwachsenen bedeutet.

### Folgestörungen

Nach intensiver Behandlung einer malignen Erkrankung kommt es als Erkrankungs- oder Therapiefolge (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, z. T. auch multimodale Therapie) häufig zu folgenden Beeinträchtigungen [4, 5]:

- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche (Fatigue-Syndrom)
- Infektanfälligkeit bei persistierender Leukopenie
- Blutungsneigung bei persistierender Thrombozytopenie

### Autor



**Dr. med. V. König**  
 Klinik Bad Oexen,  
 Bad Oeynhausen

**Tab. 1** Verteilung der Primärdiagnosen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (AYA) im Alter von 15 bis 39 Jahren

Diagnose	ICD	Relativer Anteil (%)	
		A	B
Melanom	C43	19,1	1,1
Maligne Systemerkrankungen	C81–C96	13,6	37,7
Mammakarzinom	C50	13,1	11,6
Tumoren der männlichen Geschlechtsorgane	C60–C63	11,6	17,5
Schilddrüsenkarzinom	C73	11,4	3,1
Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane	C51–C58	10,7	6,2
Tumoren der Verdauungsorgane	C15–C25	7,2	5,9
Tumoren der Atmungsorgane	C30–C39	3,1	0,3
Tumoren der Harnorgane	C64–C68	2,9	1,6
Tumoren von Auge, Gehirn und sonstigen Teilen des ZNS	C69–C72	2,8	3,6
Tumoren von Lippe, Mundhöhle und Pharynx	C00–C14	2,5	0,5
Tumoren des mesothelialen und Weichteilgewebes	C45–C49	1,5	1,9
Tumoren von Knochen und Gelenkknorpel	C40–41	0,4	3,2

A Krebsregister Rostock (Zeitraum 2001 bis 2011), n = 1402 (Nach [2]). B Patienten in der stationären Rehabilitation, Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen (01/2010 bis 12/2015, n = 3263)

**Tab. 2** Testinstrumente für die erweiterte Diagnostik

Diagnostikparameter	Testinstrument
Depression und Angst	HADS-D, PHQ-9, GAD-7, PAF-K-12
Krankheitsverarbeitung	ADNM-20, FBK-R23, HSI
Lebensqualität	SF-36, EORTC QLQ-C30
Berufliche Integration	AVEM, WAI, WS
Selbstständigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens	BARTHEL, MOSES

*HADS-D* Hospital Anxiety and Depression Scale (Erfassung von Angst und Depression), *PHQ-9* Patient Health Questionnaire, *GAD-7* Generalized Anxiety Disorder, *PAF-K-12* Progreddienzangstfragebogen (Kurzform), *ADNM-20* Adjustment Disorder-New Module (Erfassung von Anpassungsstörungen), *FBK-R23* Fragebogen zur Belastung von Krebskranken, *HSI* Hornheider Screening Instrument, *SF-36* Short Form Health Survey, *EORTC QLQ-C30* EORTC Quality of Life Questionnaire, *AVEM* arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, *WAI* Work Ability Index (Erfassung der subjektiven Arbeitsfähigkeit [3]), *WS* Würzburger Screening (Identifizierung beruflicher Problemlagen), *BARTHEL* Barthel-Index (Erfassung von Selbständigkeit und Pflegebedürftigkeit), *MOSES* Fragebogen zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung

- Toxische Polyneuropathie der Hände/Füße
  - Restriktive Ventilationsstörung
  - Toxische Kardiomyopathie
  - Sterilität/Infertilität
  - Konzentration-/Merkfähigkeitsstörungen (kognitive Dysfunktion)
- insbesondere folgende Störungen in Erscheinung:
- Anpassungsstörungen, seltener Depressionen
  - (Rezidiv-)Ängste
  - Rumination (Grübeleien)
  - Kognitive Funktionsstörungen
  - Fatigue
  - Schlafstörungen

Seit Langem ist bekannt, dass nach intensiver Behandlung des Hodgkin-Lymphoms zusätzlich zu den somatischen Folgewirkungen auch relevante psychosoziale Folgen eintreten können [6]. Diese Folgewirkungen können sich auch nach Behandlung anderer maligner Erkrankungen zeigen. Dabei treten

In sämtlichen Subskalen (körperliche, emotionale, soziale, funktionale Dimension sowie Symptome) des von der European Organisation for Research and Treatment of Cancer vorgeschlagenen Fragebogens zur Lebensqualität, des EORTC QLQ C30, fanden sich für junge

erwachsene Krebspatienten auffällige Unterschiede im Vergleich zur gleichaltrigen deutschen Allgemeinbevölkerung auch Jahre nach der Krebsdiagnose [7, 8].

Daraus lassen sich folgende Zielsetzungen für den weiteren Genesungsprozess ableiten:

- Verbesserung von Ausdauer, Kondition und Kraft
- Linderung von Ernährungsstörungen
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
- Hilfestellung bei der Kommunikation und sozialen Interaktion
- Beseitigung von Informationsdefiziten hinsichtlich der Krebserkrankung (Krankheitsfolgen, Umgang mit der Erkrankung bzw. gesundheitsbewusste Lebensführung)
- Unterstützung bei der beruflichen Reintegration (Motivation, Weiterqualifikation etc.)

## Berufliche Reintegration

Für die Bundesrepublik Deutschland gibt es noch keine wissenschaftliche Aufarbeitung zum Thema berufliche Reintegration junger Erwachsener nach Krebsbehandlung. Zahlen aus den USA von 2012 zeigen, dass mehr als 72 % der Patienten, die zum Zeitpunkt der Diagnose Schüler gewesen waren oder vollschichtig gearbeitet hatten, innerhalb von 15 bis 35 Monaten nach der Diagnose wieder berufstätig waren [9]. Allerdings sind diese Zahlen mit der Situation in Deutschland wegen der unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherung nicht vergleichbar.

In der Praxis sind bei den AYA im Hinblick auf die berufliche Reintegration verschiedene Gruppen zu unterscheiden:

1. Schüler
2. Auszubildende mit und ohne körperliche Belastung
3. Studierende
4. Hausmänner/Hausfrauen
5. Alleinerziehende Mütter
6. Berufstätige
7. Arbeitslose

Je nach persönlicher Situation können sich besondere Belastungen (z. B. bei alleinerziehenden Müttern oder Vätern) oder Entlastungen (z. B. bei Schülern,

Hausmännern oder -frauen) manifestieren. Be- bzw. Entlastungen wirken sich unterschiedlich auf die Krankheitsverarbeitung und indirekt auf die spätere berufliche Reintegration aus.

Eine besondere Gruppe unter den AYA stellen die Transitionspatienten dar, die noch keine Ausbildung begonnen haben und keinen Beruf ausüben. Hier ist – gerade unter den Jugendlichen – die Verunsicherung oft besonders hoch. Einerseits ist das erste Ziel, die Reintegration in die Schule (möglichst ohne Verlust eines Schuljahrs und den damit verbundenen Verlust der Peergroup, d. h. der Schulklasse) und in der Folge einen Schulabschluss zu erreichen, der eine Ausbildung oder ein Studium ermöglicht. Andererseits geht es um die Wahl einer geeigneten Ausbildung bzw. eines geeigneten Berufs. Dabei spielt in dieser vulnerablen Phase die Auseinandersetzung mit einem ggf. veränderten Körperbild und veränderten körperlichen und geistigen Fähigkeiten genauso eine Rolle wie die Auseinandersetzung mit den Vorurteilen der Umgebung. Häufig werden jugendlichen Krebspatienten Berufe im Bürotätigkeitsbereich angeraten, die weder ihren Neigungen noch ihren tatsächlichen Einschränkungen und Ressourcen gerecht werden.

Deshalb ist eine Objektivierung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit und der vorhandenen Ressourcen, z. B. durch eine Spiroergometrie und ggf. Hirnleistungstests im Verlauf, von großer Bedeutung.

Unserer Erfahrung nach haben Patienten mit Hirntumoren und konsekutiven kognitiven Einschränkungen das langfristig höchste Risiko einer nicht gelingenden beruflichen und sozialen (Re-) Integration und Teilhabe.

## Eigene Ergebnisse

Erste Zwischenergebnisse einer eigenen (bis 2017 laufenden) Untersuchung zur beruflichen Integration (davon  $n = 400$  Patienten <40 Jahre) geben Hinweise auf die Stellung im Erwerbsleben von 105 vor der Krebserkrankung erwerbstätigen jungen Patienten 1 Jahr nach onkologischer Rehabilitation (ohne Patienten in palliativer Therapiesituation und ohne Patienten mit Rezidiv nach der

FORUM 2016 · 31:315–319 DOI 10.1007/s12312-016-0106-9  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

V. König · K. A. Krauth · T. Schulte

## Wiedereingliederung junger Erwachsener in die Arbeitswelt nach Krebsbehandlung. „Return to work“

### Zusammenfassung

Somatische Folgestörungen und psychische Belastungen, die sich als Folge einer intensiven Krebsbehandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickeln, können nicht nur die Lebensqualität beeinträchtigen, sondern auch die berufliche Wiedereingliederung erschweren oder sogar einen Berufswechsel erforderlich machen. Zusätzlich können auch psychische Belastungsfaktoren die berufliche Wiedereingliederung beeinträchtigen. Anpassungsstörungen bilden sich nach unserer Erfahrung im Zeitverlauf nicht

spontan wieder zurück und stellen daher ebenfalls eine Barriere für die berufliche Wiedereingliederung dar. Von entscheidender Bedeutung ist daher die frühzeitige Diagnose und Einleitung einer stützenden psychologischen Betreuung, die bei Identifizierung von Risikofaktoren für ein mögliches Scheitern der beruflichen Reintegration durchgeführt werden sollte.

### Schlüsselwörter

Psychologischer Stress · Soziale Anpassung · Nachsorge · Rehabilitation · Psychotherapie

## Reintegration of young adults into the working environment after cancer treatment. Return to work

### Abstract

Physical and psychological disorders that develop in adolescents and young adults after intensive cancer therapy may not only affect the quality of life but may also impede a return to work or even necessitate a change in career. In addition, mental stress factors may also affect the return to work. In our experience, adjustment disorders do not improve spontaneously over time and thus also form a barrier to reintegration into

working life; therefore, an early diagnosis of adjustment disorders is of crucial importance to initiate supportive psychological care. If risk factors for a potential failure of professional reintegration are identified, psychotherapy should be implemented.

### Keywords

Psychological stress · Social adjustment · Aftercare · Rehabilitation · Psychotherapy

Rehabilitation). Von den 105 ehemaligen Krebspatienten arbeiten 86,7 % wieder, 10,5 % sind noch arbeitsunfähig und 2,9 % haben ihren Arbeitsplatz verloren und sind arbeitsuchend. Laut Befragung anhand des Work Ability Index (WAI) glauben 6,1 %, dass es unwahrscheinlich ist, dass sie ihre derzeitige Arbeit in den nächsten 2 Jahren noch ausüben werden (75,6 % sind sich sicher und 18,3 % unsicher).

## » Die berufliche Hauptbelastung liegt im kognitiven und emotionalen Bereich

Beachtenswert ist, dass die berufliche Hauptbelastung nicht im körperlichen, sondern im kognitiven und emotionalen Bereich liegt. Im WAI-Fragebogen geben

nur 6,2 % an, vorwiegend körperlich tätig zu sein. Von einer aktuellen schlechten Arbeitsfähigkeit bezüglich körperlicher Anforderungen berichten „nur“ 10,7 %, wohingegen doppelt so viele Patienten (22,1 %) diese Einschätzung für psychische Arbeitsanforderungen abgeben. Bei 36,4 % der Patienten liegt der Work Ability Score noch <7 auf einer Dezimalskala, was auf weiteren Interventionsbedarf hinweist. Die häufigsten individuellen Antworten auf die offene Frage „Was beeinträchtigt Ihre berufliche Leistungsfähigkeit am stärksten?“ sind Konzentrationsstörungen (22,9 %), Müdigkeit/Energiemangel (13,7 %), psychische Belastungen (13,0 %), Schmerzen (9,2 % mit heterogener Lokalisation), körperliche Leistungsminderung (8,4 %), beruflicher Stress (7,6 %), Schlafstörungen (3,8 %)

und polyneuropathische Beschwerden (3,1 %).

## Barrieren

**Somatische Folgestörungen.** Somatische Folgestörungen können sich je nach Ausbildung, beruflicher Erfahrung und Lebensalter unterschiedlich auswirken. Patienten, die vor Diagnose der Erkrankung eine körperlich schwere Arbeit ausführen konnten, können nach Abschluss der Therapie hierzu evtl. nicht mehr in der Lage sein. Im Rahmen der Sozial-/Berufsberatung müssen dann dementsprechend Alternativen zur bisherigen beruflichen Tätigkeit entwickelt und konkret geplant werden.

**Einstellungen.** Auch bestimmte Einstellungen des Patienten müssen als Barrieren für die berufliche Reintegration gewertet werden. Häufig werden solche Einstellungen von Ärzten und Psychotherapeuten nicht als Barrieren erkannt. Eine aus somatischer Sicht durchaus mögliche berufliche Reintegration kann daher daran scheitern, dass sich ohne zusätzliche therapeutische Interventionen oder weitere Hilfen die entsprechenden Einstellungen des Patienten spontan nicht ändern.

Ängste, Rumination (Grübeleien), Schlafstörungen, kognitive Funktionsstörungen und Fatigue interagieren hierbei im Sinne einer gegenseitigen Verstärkung mit der Konsequenz, dass die berufliche Reintegration nicht gelingt. Häufig spielen hierbei Progredienzangst und eine durch die Erkrankung selbst sowie durch die Behandlung der Erkrankung aufgetretene Anpassungsstörung die Hauptrolle.

## Unterstützung durch Hilfsleistungen

Sind die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, können Versicherte/Rehabilitanden zusätzlich zu einer stufenweisen Wiedereingliederung Hilfsleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) erhalten. Zielsetzungen sind dabei die Sicherung, Erhaltung oder Erlangung

eines leidensgerechten Arbeitsplatzes. Folgende Hilfen sind möglich:

- Technische Hilfsmittel, z. B. orthopädischer Bürostuhl, höhenverstellbarer Schreibtisch, Kraftfahrzeughilfe
- Berufsvorbereitung, u. a. Veranstaltungen, die die berufliche Eingliederung unterstützen, z. B. EDV-Kurse
- Berufliche Anpassung und Weiterbildung, u. a. Weiterqualifizierung/Weiterbildungsmaßnahmen
- Berufliche Ausbildung, u. a. Finanzierung von Erstausbildung oder Studium
- Gründungszuschuss, u. a. Zuschüsse für eine Existenzgründung

Die Kosten werden vom Rentenversicherungsträger oder bedarfsweise von der Agentur für Arbeit getragen.

## Fazit für die Praxis

- Screenings auf medizinisch-beruflichen Interventionsbedarf sollten bereits im ambulanten Versorgungsetting frühzeitig erfolgen, da die möglichen Barrieren oft nicht erkannt werden.
- Für die berufliche Wiedereingliederung stellen Anpassungsstörungen häufig eine höhere Barriere dar als körperliche Folgestörungen.
- Sind Risikofaktoren für einen ungünstigen Rehabilitationsverlauf und ein mögliches Scheitern der beruflichen Wiedereingliederung identifiziert worden, sollten im Rahmen der Nachbehandlung frühzeitig, möglichst bereits während der Rehabilitation, die Weichen für eine häufig notwendige ambulante Psychotherapie gestellt werden.

## Korrespondenzadresse

**Dr. med. T. Schulte**  
Klinik Bad Oexen  
Oexen 27, 32549 Bad Oeynhaus, Deutschland  
tschulte@badoexen.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** V. König, K. A. Krauth und T. Schulte geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Robert-Koch-Institut Krebsdaten (2016), Datenbankabfrage. <http://www.krebsdaten.de>. Zugegriffen: 24. Mai 2016
2. Hilgendorf I et al (2011) Onkologische Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Zahlen aus dem Klinischen Krebsregister Rostock als Arbeitsgrundlage für eine interdisziplinäre Herausforderung. *Tumordiagn Ther* 32(2):85–92
3. Hasselhorn H-M, Freude G (2007) *Der Work-ability-Index: Ein Leitfaden*. Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss., Bremerhaven
4. Smith AW et al (2013) Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: The Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience study. *J Clin Oncol* 31(17):2136–2145
5. König V (2012) Junge Erwachsenen Rehabilitation – Welche Hilfe junge Patienten nach der onkologischen Erkrankung brauchen. *Im Focus Onkol* 15(5):52–57
6. Fobair P et al (1986) Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 4(5):805–814
7. Geue K et al (2014) Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population. *Qual Life Res* 23(4):1377–1386
8. Bergelt C (2013) Cancer Survivorship: Lebensqualität jüngerer Krebspatientinnen und -patienten in den Jahren nach Diagnosestellung. 12. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO), Dresden, S 28 (Abstractband)
9. Parsons HM et al (2012) Impact of cancer on work and education among adolescent and young adult cancer survivors. *J Clin Oncol* 30(19):2393–2400