

Berufliche Wiedereingliederung und Rehabilitation nach Krebs – aktuelle Ergebnisse aus der Forschung

K. Hiltrop¹, C. Breidenbach², P. Heidkamp¹

¹ Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung (CHSR), Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn; ² Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Im Jahr 2014 wurden in Deutschland ca. 476.000 Krebserkrankungen neu diagnostiziert. Von den Betroffenen waren etwa 37 % bei Diagnose unter 65 Jahren alt und somit im erwerbsfähigen Alter [1]. Dank des Fortschritts bei der Diagnostik und Therapie sind die Überlebenschancen der Betroffenen deutlich gestiegen [2]. Dadurch wird die berufliche Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung für die Betroffenen selbst [3] und auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive immer relevanter.

Forschungslücke

Es zeigt sich jedoch, dass viele Betroffene nicht in die Erwerbstätigkeit zurück gehen und ein erhöhtes Risiko für einen frühzeitigen Renteneintritt besteht [4, 5]. Die berufliche Wiedereingliederung von Krebsbetroffenen hängt sowohl mit krankheits-, behandlungs- und arbeitsbezogenen, als auch soziodemografischen und psychosozialen Faktoren zusammen [4, 6–9]. Eine wichtige Rolle bei der Wiedereingliederung in den Beruf spielen Rehabilitationsmaßnahmen, die die Betroffenen bei körperlichen und psychosozialen Herausforderungen nach einer Brustkrebserkrankung unterstützen. Dennoch deutet sich auch hier an, dass die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsleistungen mindestens stagniert bis rückläufig ist [10]. Erste Untersuchungen zeigen, dass Faktoren für eine Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von persönlichen über familiäre bis hin zu beruflichen und praktischen Motiven und Barrieren reichen [11–13]. Die Studienlage für Deutschland ist jedoch noch nicht zufriedenstellend. Es mangelt an Untersuchungen, die die berufliche Wiedereingliederung von Krebspatientinnen und -patienten deutschlandweit, über einen längeren Zeitraum sowie über objektive Faktoren hin-

ausgehend betrachten. Außerdem bedarf es weiterer Forschung, um Motive, Barrieren und Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zu identifizieren.

B-CARE-Studie

Das Forschungsprojekt B-CARE (Breast Cancer Patients' Return to Work) hat an dieser Forschungslücke angesetzt: Mit dem Ziel zu klären, welche Faktoren die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen und die Rückkehr in das Berufsleben für Krebspatientinnen und -patienten am Beispiel von Brustkrebs beeinflussen, wurden 184 Frauen, die zum Zeitpunkt der Operation erwerbstätig waren, 5–6 Jahre nach ihrer Brustkrebsdiagnose schriftlich per Fragebogen befragt. Eine Teilmenge dieser Frauen nahm zudem an qualitativen Interviews teil. Die Ergebnisse des Mixed-Methods-Ansatzes wurden mit den Daten der PIAT-Studie (Strengthening patient competence: Breast cancer patients' information and training needs) verknüpft, womit Daten von vier Messzeitpunkten über 5–6 Jahre berücksichtigt werden konnten. Das 2,5-jährige, von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderte Projekt wurde von der Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und

Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Bonn gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. sowie der Frauenselbsthilfe nach Krebs durchgeführt und Ende 2020 abgeschlossen.

Rehabilitation

Die schriftliche Befragung der B-CARE-Studie ergab eine Inanspruchnahme-Rate von 72 % bezüglich der onkologischen Rehabilitation. Eine Barriere für die Inanspruchnahme stellte mangelnde Informiertheit über den Ablauf und die Inhalte einer medizinischen Rehabilitation dar. Viele Befragte berichteten, dass sie keine Vorstellung davon hatten, was sie in der Rehabilitation erwarten würde. Außerdem waren Interviewpartnerinnen über ambulante Rehabilitationsmaßnahmen oder solche, die Kinder einbeziehen, selten informiert.

Patientinnen, die auf eine organisierte Rehabilitationsmaßnahme verzichteten, verfolgten häufig individuelle alternative Strategien zur Genesung, z. B. in den Urlaub zu fahren. Eine solche individuelle Rehabilitation ließ sich besser mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung vereinbaren, welcher aus

Sicht einzelner Interviewpartnerinnen im Rahmen einer organisierten Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichend gewahrt werden konnte. Das häusliche Umfeld zu verlassen, fiel einigen Befragten nach der Akutbehandlung schwer, besonders, wenn kleinere und hilfsbedürftige Kinder im Haushalt lebten und eine weitere Mehrbelastung der Partnerinnen und Partner vermieden werden sollte. Eine weitere Barriere stellte das Bedürfnis dar, die Konfrontation mit der Erkrankung zu vermeiden. So bestand der Wunsch, mit der Krankheit abzuschließen, in den Alltag zurück zu kehren sowie die Sorge vor dem Aufeinandertreffen mit anderen Betroffenen während der Rehabilitationsmaßnahme.



© adobe.stock.com

Eine wesentliche Rolle bei der Abwägung bezüglich der Reha-Inanspruchnahme spielte für die Befragten der subjektiv wahrgenommene gesundheitliche Bedarf zur Rehabilitation. War dieser nicht vorhanden, wurde die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme als nicht notwendig erachtet. Einige der Befragten äußerten, dass sie sich mehr Zeit zwischen dem Abschluss der Behandlung und dem Beginn der Anschlussheilbehandlung gewünscht hätten. In diesem Sinne, stellte auch eine noch nicht abgeschlossene Wundheilung ein Hindernis für die Teilnahme an einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme dar, da diese die dortigen Möglichkeiten reduzierte (z. B. Schwimmengehen). Auf arbeitsbezogener Ebene können Sorgen vor einer wochenlangen Abwesenheit vom Arbeitsplatz hinderlich sein. Organisatorisch spielte der Prozess der Antragstellung bis hin zur Bewilligung eine Rolle, da mehrfache Ablehnungen von Anträgen die Inanspruchnahme verzögerten, was von den Befragten als belastend empfunden wurde.

Berufliche Wiedereingliederung

Unverändert in die frühere berufliche Tätigkeit zurückgekehrt waren 77 % der Befragten. Diese unveränderte Rückkehr erfolgte im Durchschnitt freiwillig. Die Freiwilligkeit bezüglich der Rückkehr in den Job wird durch die qualitativ erhobenen Motive verdeutlicht. Diese spiegeln eine hohe intrinsische Motivation, in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren, wider, da diese unter anderem Spaß macht, Normalität bedeutet, das Bedürfnis nach Aktivität und Anerkennung erfüllt sowie Struktur und Halt nach der Zeit der Erkrankung gibt.

Bezüglich des Ablaufs der Wiedereingliederung erfolgte die Rückkehr mit Hilfe einer stufenweisen Wiedereingliederung bei 44 % der Befragten. Von denjenigen Befragten, die mindestens eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hatten, kehrte ein höherer Anteil stufenweise zurück, als bei denjenigen ohne Reha-Inanspruchnahme.

Seit der 5 bis 6 Jahre zurückliegenden Diagnose ergab sich bei 57 % der Teilnehmerinnen mindestens eine berufliche Veränderung seit der Diagnose. Zu den am häufigsten berichteten Veränderungen zählten die Reduzierung der Arbeitszeit und Arbeitsbelastung sowie eine verringerte Bezahlung. Während die Befragten die beruflichen Veränderungen im Durchschnitt als eher freiwillig bewerteten, erfolgten 16 % der beruflichen Veränderungen (eher) unfreiwillig. Die häufigsten unfreiwilligen beruflichen Veränderungen sind der Anstieg des Arbeitsumfangs und der Arbeitsbelastung, der Renteneintritt sowie die Reduktion der Arbeitszeit. Diese Veränderungen deuten darauf hin, dass es für einige der Betroffenen schwierig gewesen sein kann, den (steigenden) beruflichen Anforderungen gerecht zu werden, sodass sie sich dazu veranlasst sahen, die Arbeitszeit zu reduzieren oder in die Rente einzutreten (frühzeitige Altersrente oder Erwerbsminderungsrente).

Ausblick für Praxis und Forschung

Um die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen zu erhöhen, scheint es sinnvoll, Patientinnen und Patienten konkreter und bedürfnisorientierter zu Rehabilitationsleistungen zu informieren, z. B. hinsichtlich des Zeitpunkts der Anschlussheilbehandlung und der Vereinbarkeit mit der Familie. Neben der klassischen Beratung sollten Patientinnen und Patienten beispielsweise auch Informationen über ambulante Leistungen und Angebote mit Kind erhalten. Dies trifft insbesondere auf Patientinnen und Patienten ohne Rehabilitationsabsicht zu.

Die Ergebnisse der B-CARE-Studie legen nahe, dass die berufliche Wiedereingliederung von Krebspatientinnen und -patienten kein singuläres Ereignis nach Ende der Akutbehandlung darstellt, sondern als langfristiges Ziel angesehen werden sollte. Um die Betroffenen auch Jahre nach der Krebserkrankung in ihrer Erwerbsfähigkeit zu unterstützen und unfreiwilligen beruflichen Entwicklungen vorzubeugen sollten langfristige rehabilitative Nachsorgeangebote kommuniziert und verfügbar gemacht werden.

Zukünftige Forschung sollte weiter Schnittstellenprobleme und Versorgungsdefizite am Übergang zwischen onkologischer Rehabilitation

und beruflicher Wiedereingliederung identifizieren. Ein Ansatzpunkt könnte sein, die Rolle von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dabei zu untersuchen.

Die Ergebnisse der B-CARE-Studie sind in ausführlicher Form als Abschlussbericht unter folgendem Link www.ukbonn.de/chsr verfügbar und werden auf dem Rehawissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung 2021 vorgestellt.

Literatur:

1. Robert Koch-Institut. Krebsdiagnosen im Lebensverlauf. In: Krebsdaten. 2021. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publicationen/Kurzbeitraege/Archiv2018/2018_4_Thema_des_Monats_lebensverlauf.html. Letzter Aufruf am 9. März 2021
2. Robert Koch-Institut. Krebs in Deutschland für 2015/2016. Robert Koch-Institut, Berlin, 2019
3. Tamminga SJ et al. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. *Scand J Work Environ Health* 2012; 38: 144–54
4. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109–30
5. Noeres D et al. Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support Care Cancer* 2013; 21: 1901–9
6. Arndt V et al. Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. *Acta Oncol* 2019; 58: 811–18
7. Islam T et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health* 2014; 14: 58
8. Kiasuwa Mbengi R et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action - rapid review and expert consultation. *Syst Rev* 2016; 5: 35
9. Heuser C et al. Sociodemographic and disease-related determinants of return to work among women with breast cancer: a German longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 1000
10. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Reha-Bericht 2018. Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
11. Deck R, Babaev V, Katalinic A. Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. *Rehabilitation* 2019; 58: 243–52
12. Maiwald P et al. Antragsverhalten zur onkologischen Reha – eine Expertenstudie. DRV-Schriften Band 117, 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019
13. Noeres D, Röbbel L, Geyer S. Wer geht in die Reha? Inanspruchnahme nach Brustkrebsoperation im Kontext beruflicher Belastungen. DRV-Schriften Band 117, 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019

Korrespondenzadresse:

Clara Breidenbach
Deutsche Krebsgesellschaft
breidenbach@krebsgesellschaft.de

In Kooperation mit:

DKG
KREBSGESELLSCHAFT



SCHNELL FORTBILDEN GEHT SO EINFACH.

Im kostenfreien CME-Portal sammeln Sie in maximal 90 Minuten bis zu 4 CME-Punkte von unterwegs oder zuhause.

cme.mgo-fachverlage.de