

Abschlussbericht

Kurzversion

Wiederaufnahme der Arbeit nach Krebs –
eine Untersuchung am Beispiel von
Brustkrebspatientinnen (B-CARE)

05/2018 – 12/2020

Gefördert durch



Durchgeführt von



Förderkennzeichen 8011 - 106 - 31/31.128

Paula Heidkamp, Kati Hiltrop, Clara Breidenbach,
Dr. Christoph Kowalski, Prof. Dr. Nicole Ernstmann

Projektleitende: Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Dr. Christoph Kowalski

Mitarbeitende: Paula Heidkamp, Kati Hiltrop, Clara Breidenbach

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Nicole Ernstmann

Universitätsklinikum Bonn AöR

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung (CHSR)

Auenbruggerhaus (Gebäude 02)

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

☎ 0228/287-15763 ✉ nicole.ernstmann@ukbonn.de

www.ukbonn.de/chsr

Danksagung

Wir bedanken uns bei der Deutsche Rentenversicherung Bund für die Förderung unseres Vorhabens und die Unterstützung bei der Umsetzung während der Projektlaufzeit.

Weiterhin möchten wir uns herzlich bei unseren Projektpartnerinnen von der Frauenselbsthilfe Krebs und der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bedanken. Ihr persönliches Engagement hat das Forschungsprojekt sehr bereichert.

Unser besonderer Dank gilt den Studienteilnehmerinnen, die das Forschungsvorhaben durch ihr Mitwirken erst ermöglicht haben. Wir freuen uns sehr darüber, dass wir Sie so lange begleiten durften und Sie uns Einblicke in Ihre Lebenswelt ermöglicht haben.

Außerdem bedanken wir uns bei unseren Kollegen und Kolleginnen der Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung (CHSR) für die Unterstützung bei der Durchführung des Projektes.

Das B-CARE Projektteam

Inhalt

1. Publikationen.....	1
2. Hintergrund	1
3. Ziele und Fragestellungen	2
4. Studiendesign und Methoden	2
5. Ergebnisse	4
5.1 Standardisierte Befragung	4
5.1.1 Deskriptive Ergebnisse.....	4
5.1.2 Bivariate und multivariate Ergebnisse	5
5.2 Semi-strukturierte Interviews	6
5.2.1 Motive und Barrieren der medizinischen Rehabilitation	6
5.2.2 Motive und Barrieren der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit.....	8
5.2.3 Grounded Theory	9
6. Diskussion.....	10
7. Verwendungsmöglichkeiten, Umsetzung	14
Literatur	15

1. Publikationen

Heidkamp, Paula; Hiltrop, Kati; Kowalski, Christoph; Ernstmann, Nicole (2019): Berufliche Wiedereingliederung nach Brustkrebs – Vorstellung der B-CARE-Studie. In: Forum 34 (1), S. 57–59. DOI: 10.1007/s12312-018-0547-4.

Hiltrop, Kati; Heidkamp, Paula; Kowalski, Christoph; Ernstmann, Nicole (2019): Breast cancer patients' return to work (B-CARE): protocol of a longitudinal mixed-methods study aiming to explore medical and occupational rehabilitation of patients with breast cancer in Germany. In: BMJ open 9 (12), e033533. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033533.

Breidenbach, Clara; Heidkamp, Paula; Hiltrop, Kati; Pfaff, Holger; Enders, Anna; Kowalski, Christoph; Ernstmann, Nicole (2020): Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors (eingereicht).

Heidkamp, Paula; Breidenbach, Clara; Hiltrop, Kati; Kowalski, Christoph; Enders, Anna; Pfaff, Holger; Weltermann, Birgitta; Geiser, Franziska; Ernstmann, Nicole (2020): Trajectories and determinants of fear of cancer recurrence in long-term breast cancer survivors with and without recurrence (eingereicht).

Hiltrop, Kati; Heidkamp, Paula; Breidenbach, Clara; Kowalski, Christoph; Enders, Anna; Pfaff, Holger; Ansmann, Lena; Geiser, Franziska; Ernstmann, Nicole (2020): Involuntariness of job changes and its association with work satisfaction in breast cancer survivors 5-6 years after diagnosis (eingereicht).

Ernstmann, Nicole; Hiltrop, Kati; Heidkamp, Paula; Breidenbach, Clara; Enders, Anna; Pfaff, Holger; Stock, Stephanie; Röthlin, Florian; Streibelt, Marco; Kowalski, Christoph (2021): Changes over time and sensitivity to change of the German version of the HLS-EU-Q16: A 6-year prospective and observational study of health literacy with breast cancer survivors (eingereicht).

2. Hintergrund

Das relativ junge Erkrankungsalter sowie steigende Überlebensraten bei einer Brustkrebserkrankung (Robert Koch-Institut 2019) führen zu einer zunehmenden Bedeutung von medizinischen sowie beruflichen Rehabilitationsleistungen, um die soziale Teilhabe der Überlebenden sicher zu stellen. Auch wenn (entsprechend versicherte) onkologische Patienten und Patientinnen in Deutschland die Möglichkeit zu einer Anschlussheilbehandlung sowie weiteren Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung haben, deuten bisherige Ergebnisse auf eine Stagnation bis hin zu einem Rücklauf der

Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsleistungen hin (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018; Dresch et al. 2020; Noeres et al. 2019).

Bisher gibt es nur wenig Forschung, die den Blick auf mögliche Barrieren einer Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von onkologischen Patienten und Patientinnen richtet. Erste Ergebnisse zeigen aber, dass die Hindernisse divers sind und von persönlichen über familiäre bis hin zu beruflichen Gründen reichen (Deck et al. 2019; Geyer und Schlanstedt-Jahn 2012).

Mit Blick auf die berufliche Wiedereingliederung zeigt sich, dass der berufliche Wiedereinstieg für Krebspatienten und Krebspatientinnen erschwert ist und ein erhöhtes Risiko zur frühzeitigen Berentung besteht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018; Noeres et al. 2013). Eine aktuelle Publikation zeigt, dass nur 64% der Brustkrebspatientinnen zu ihrem alten Arbeitsplatz zurückkehren. Von diesen Patientinnen sowie von Befragten, die nach ihrer Erkrankung eine andere Stelle annahmen, reduzierten ca. 19% die Arbeitszeit krankheitsbedingt und ca. 5% kündigten ihr Arbeitsverhältnis innerhalb von 5 Jahren aufgrund der Krebserkrankung (Arndt et al. 2019). Die Studienlage für Deutschland ist jedoch noch nicht zufriedenstellend. Hier setzte die B-CARE Studie an. Die Forschungsmethoden und Ergebnisse der Studie werden im Folgenden beschrieben.

3. Ziele und Fragestellungen

Das Ziel des Forschungsvorhabens ist es, sozialstrukturelle und psychosoziale Determinanten der Rehabilitations-Inanspruchnahme und des beruflichen Wiedereingliederungserfolgs von onkologischen Patienten und Patientinnen am Beispiel von Brustkrebs zu untersuchen. Die beiden Hauptfragestellungen des Vorhabens lauten:

- (1) Gibt es soziale Ungleichheiten sowie psychosoziale Unterschiede in der Rehabilitations-Inanspruchnahme von Brustkrebspatientinnen?
- (2) Gibt es soziale Ungleichheiten sowie psychosoziale Unterschiede in der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach einer Brustkrebserkrankung?

4. Studiendesign und Methoden

Bei B-CARE handelt es sich um eine längsschnittliche, multizentrische, deskriptive Beobachtungsstudie. Die Studie wurde von Mai 2018 bis Dezember 2020 durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurden quantitative Daten mittels eines schriftlichen Fragebogens sowie qualitative Daten anhand von semi-strukturierten Interviews erhoben. Die Daten wurden unter

Hinzunahme bereits erhobener Fragebogendaten sowie Routinedaten- und Zertifizierungsdaten personenbezogen verknüpft.

Bei der Stichprobe der B-CARE Studie handelt es sich um eine Teilstichprobe der Teilnehmenden, der von 2012 bis 2015 durchgeführten Studie „Strengthening patient competence: Breast cancer patients’ information and training needs“ (PIAT Studie, Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Krebsplans). In der PIAT Studie wurde eine konsekutive Stichprobe von Brustkrebspatienten und Brustkrebspatientinnen mit gesicherter Erstdiagnose Brustkrebs (C50.x oder D05.x) und erfolgter Operation zwischen Februar und August 2013 in n = 60 zertifizierten Brustkrebszentren rekrutiert. Es erfolgte eine standardisierte Befragung der Teilnehmenden zu drei Messzeitpunkten: während des Krankenhausaufenthaltes (T1, n = 1359) sowie zehn Wochen nach Entlassung (T2, n = 1248) und 40 Wochen nach Entlassung (T3, n = 1202).

Im Rahmen der B-CARE Studie wurden n = 530 PIAT Teilnehmende

- mit gesicherter Erstdiagnose Brustkrebs im Jahr 2013
- die vor der Brustkrebserkrankung erwerbstätig waren
- die vor und während einer Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme befragt wurden sowie
- die ihre Einwilligung zur Nachbefragung gegeben haben

fünf bis sechs Jahre nach der Diagnose (T4) für die B-CARE Studie zur erneuten Befragung eingeladen. Insgesamt nahmen n = 184 Frauen an der aktuellen Befragung teil (Ausschöpfung = 35%). Es wurden soziodemographische, psychosoziale, krankheits-, therapie-, rehabilitations- sowie berufsbezogene Variablen erhoben (für mehr Informationen zu den erhobenen Variablen siehe Langversion).

Mit n = 26 B-CARE Teilnehmerinnen wurden ergänzend zur schriftlichen Befragung semi-strukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt.

Die bereitgestellten Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung umfassten Daten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Daten über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Daten über Rentenleistungen sowie Beitragsdaten.

Die Zertifizierungsdaten der Deutschen Krebsgesellschaft beinhalten Informationen über die Brustzentren, in denen die Teilnehmerinnen behandelt wurden (z. B. Quote Sozialdienst 2013, Quote Psychoonkologie 2013).

Die Daten aus den verschiedenen Quellen wurden sowohl getrennt als auch trianguliert im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes ausgewertet (O’Cathain et al. 2010). Im vorliegenden

Abschlussbericht werden die Ergebnisse getrennt nach quantitativer und qualitativer Auswertung dargestellt.

5. Ergebnisse

5.1 Standardisierte Befragung

5.1.1 Deskriptive Ergebnisse

Stichprobe

Die Stichprobe bestand ausschließlich aus Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 57 Jahren. Die Befragten waren mehrheitlich verheiratet (72,8%) und hatten durchschnittlich 1,5 Kinder. Zum Zeitpunkt der schriftlichen B-CARE Befragung (T4) war die Mehrheit der Teilnehmerinnen erwerbstätig (73,9%).

Rehabilitation

94,0% der Befragten gaben an, dass mit Ihnen über die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme gesprochen wurde. Am häufigsten erfolgten diese Gespräche durch den Sozialdienst des behandelnden Brustzentrums (65,8%), die behandelnden Ärzte und Ärztinnen im Brustzentrum (39,1%) oder den niedergelassenen Gynäkologen/die niedergelassene Gynäkologin (36,4%). 71,8% der Befragten nahmen mindestens eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Brustkrebserkrankung in Anspruch. Davon nahmen 51,5% an einer, 39,4% an zwei und 9,1% an drei Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund des Brustkrebses teil. Im Durchschnitt wurde(n) die in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahme(n) von den Studienteilnehmerinnen mit der Note „gut“ bewertet (MW = 2,02; SD = 1,05). Hinsichtlich der Art der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme handelte es sich in 97,5% der Fälle um stationäre und in 2,5% der Fälle um ambulante Maßnahmen. Bezüglich des Vorhandenseins arbeitsbezogener Elemente während der ersten Rehabilitation gaben 13,6% der Befragten an, die Möglichkeit zu einer berufsbezogenen Belastungserprobung gehabt zu haben.

Berufliche Wiedereingliederung

Bezüglich der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach der Brustkrebserkrankung gaben 76,7% der Befragten an, ihre frühere berufliche Tätigkeit unverändert wieder aufgenommen zu haben. Die unveränderte Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit wurde im Durchschnitt als

freiwillig bewertet (1 = „unfreiwillig“ - 5 = „freiwillig“; MW = 4,6; SD = 0,8). 43,5% der Befragten gaben an, mit Hilfe einer stufenweisen Wiedereingliederung in den Beruf zurückgekehrt zu sein. Insgesamt gaben n = 105 der Befragten 410 berufliche Veränderungen an (MW = 2,23), welche sich seit der Brustkrebsdiagnose bis zu dem Erhebungszeitpunkt fünf bis sechs Jahre nach der Diagnose ergeben hatten. Zu den am häufigsten genannten Veränderungen zählten die Reduzierung der Arbeitszeit, eine verringerte Bezahlung, die Reduzierung der Arbeitsbelastung und der Renteneintritt. Die Befragten gaben an, „eher zufrieden“ mit den beruflichen Veränderungen gewesen zu sein (1 = „unzufrieden“ - 5 = „zufrieden“; MW = 4,0; SD = 1,23) und bewerteten diese als „eher freiwillig“ (1 = „unfreiwillig“ - 5 = „freiwillig“; MW = 3,9; SD = 1,35). Von den 410 beruflichen Veränderungen wurden 16,1% als (eher) unfreiwillig bewertet. Insgesamt zeigte sich, dass die Befragten mit ihrer beruflichen Entwicklung seit dem Erhalt der Diagnose Brustkrebs eher zufrieden waren (1 = „unzufrieden“, - 5 = „zufrieden“; MW = 4,19; SD = 0,96).

5.1.2 Bivariate und multivariate Ergebnisse

Rehabilitation

Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Reha-Inanspruchnahme und (1) der unveränderten Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz, (2) der Anzahl beruflicher Veränderungen, welche sich seit der Diagnose ergeben hatten, oder (3) der wahrgenommenen Freiwilligkeit der beruflichen Veränderungen. Hinsichtlich der stufenweisen Wiedereingliederung zeigte sich dagegen ein signifikanter positiver Zusammenhang mit der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme ($\chi^2(1) = 6,04$, $p = 0,014$; $N = 184$), sodass Befragte, die eine Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine stufenweise Wiedereingliederung hatten.

Um Determinanten der Rehabilitations-Inanspruchnahme von Patientinnen mit Brustkrebs zu untersuchen, wurde eine logistische Regressionsanalyse mit der Reha-Inanspruchnahme (1 = Inanspruchnahme, 0 = keine Inanspruchnahme) als abhängiger Variable berechnet. Folgende unabhängige Variablen wurden schrittweise in die Regressionsanalyse einbezogen:

Modell 1: Alter (T1), Familienstand (T1), Anzahl Kinder (T4), Berufsbildung (T1), Erwerbsstatus (T1), Berufsgruppe (T4).

Modell 2: zusätzlich Tumorklassifikation (T1), präoperativer Gesundheitszustand (T1), Chemotherapie (T1-T3), Strahlentherapie (T1-T3).

Modell 3: zusätzliche Gesundheitskompetenz (T1), Angst und Depression (T3).

Keines der Modelle erreichte statistische Signifikanz.

Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit

Um die Determinanten einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung nach Brustkrebs zu untersuchen, wurde eine lineare Regressionsanalyse mit der beruflichen Gesamtzufriedenheit seit der Brustkrebsdiagnose (metrisch; T4) als abhängiger Variable berechnet.

Folgende unabhängige Variablen wurden schrittweise in die Regressionsanalyse einbezogen:

Modell 1: Alter (T1), Familienstand (T1), Anzahl Kinder (T4), Berufsbildung (T1), Tumorklassifikation (T1), Rezidiv (T4), Veränderung des Gesundheitszustandes von T2-T3 sowie von T3-T4, Rehabilitations-Inanspruchnahme (T4), Progredienzangst (T3), Fatigue (T4), Sozialkapital am Arbeitsplatz (T4).

Modell 2: zusätzlich Anzahl beruflicher Veränderungen (T4).

Modell 3: zusätzlich gemittelte Unfreiwilligkeit der beruflichen Veränderungen (T4).

Modell 1 erreichte statistische Signifikanz ($F(12,70) = 4,704$; $p < 0,01$) und erklärte 35,1% der Varianz der beruflichen Gesamtzufriedenheit der Befragten fünf bis sechs Jahre nach der Brustkrebsdiagnose (korrigiertes R^2).

Modell 2 erreichte ebenfalls statistische Signifikanz ($F(13,69) = 4,328$; $p < 0,01$) und erklärte 34,5% der Varianz der beruflichen Gesamtzufriedenheit.

Modell 3 erreichte statistische Signifikanz ($F(14,68) = 4,790$; $p < 0,001$) und erklärte 39,3% der Varianz der beruflichen Gesamtzufriedenheit der Befragten.

In Modell 3 zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit der beruflichen Gesamtzufriedenheit für die Variablen Alter ($\beta = 0,033$; $t = 2,232$ $p < 0,05$), Anzahl Kinder ($\beta = -0,214$; $t = -2,227$; $p < 0,05$), Berufsbildung ($\beta = 0,462$; $t = 2,638$; $p < 0,05$), Gesundheitszustand ($\Delta T2 - T3$) ($\beta = 0,341$; $t = 2,677$; $p < 0,01$), Gesundheitszustand ($\Delta T3 - T4$) ($\beta = 0,288$; $t = 2,072$; $p < 0,05$) und Fatigue ($\beta = -0,017$; $t = -2,037$; $p < 0,05$). Überdies konnte eine negative Assoziation zwischen der beruflichen Gesamtzufriedenheit und der Unfreiwilligkeit beruflicher Veränderungen ($\beta = -0,220$; $t = -2,528$; $p < 0,05$) festgestellt werden. Demnach war mehr wahrgenommene Unfreiwilligkeit also mit geringerer beruflicher Zufriedenheit assoziiert.

5.2 Semi-strukturierte Interviews

5.2.1 Motive und Barrieren der medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurden persönliche, gesundheitliche, arbeits(platz)bezogene, organisatorische und familiäre Motive sowie Barrieren für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation analysiert. Im Entscheidungsprozess für

oder gegen eine Rehabilitationsmaßnahme spielten mehrere Motive und Barrieren eine Rolle, die von den Interviewten gegeneinander abgewogen wurden.

Tabelle 1. Motive und Barrieren für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme.

Motive	Barrieren
Persönlich	
Etwas für sich tun/sich auf sich fokussieren	Mehr Zeit gewünscht
Zur Ruhe kommen	Zur Ruhe kommen
Ablenkung durch Rehabilitationsmaßnahme	Normalität/Alltag leben
Möglichkeiten als Versicherte nutzen	Bagatellisierung der Erkrankung
(Eigene) Vorerfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen	(Eigene) Vorerfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen
Rehabilitationsmaßnahme zum Abschließen mit der Erkrankung	Eingeschränkte Selbstbestimmung (z. B. Wahl der Therapierenden)
Rehabilitationsmaßnahme zur Vorbereitung auf das Leben nach Krebs bzw. die Rückkehr zur Arbeit	Abschließen wollen
Selbstsicherheit gewinnen	Zweifel, dass Zusammensein mit Betroffenen guttut
Status von vor der Erkrankung wieder erreichen	Status von vor der Erkrankung wieder erreichen
Neugier auf Rehabilitationsmaßnahme	Individuelle Alternative zur Reha bevorzugen (z. B. Urlaub, Freunde treffen)
Austausch mit anderen Betroffenen	
Mit Bekannten in Reha gehen wollen	
Gesundheitlich	
Energie mobilisieren	Gute Prognose gibt Vertrauen
Genesen	Wundheilung noch nicht abgeschlossen
Gesundheitliche Notwendigkeit spüren	Rehabilitationsstätten eignen sich nicht für komorbide Personen
	Keine gesundheitliche Notwendigkeit spüren
Arbeits(platz)bezogen	
Gefährdete Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten wollen	Neuer Job hindert Inanspruchnahme
Rehabilitationsmaßnahme vor drohendem Jobverlust	
Organisatorisch	
Rehabilitationsstätte in der Nähe	Prozess der Antragstellung bis zur Bewilligung
Präferierte Rehabilitationsstätte angeben können	Keine präferierten Rehabilitationsstätte angeben können
Empfehlung folgen (Sozialdienst, Rehabilitationsstätten bei 1. Reha, Ärzte und Ärztinnen)	Empfehlung folgen (Ärzte und Ärztinnen)
Rehabilitationsmaßnahme gehört dazu/Zwang	Privatversichert sein
Notwendig für Verlängerung der Erwerbsminderung/Behindertenausweis	Mangelndes Wissen zu Rehabilitationsmaßnahmen
Angst vor den Folgen einer Ablehnung der Rehabilitationsmaßnahme	
Rehabilitationsmaßnahme als Informationsquelle	

Familiär	
Betreuungsperson für Kinder vorhanden	Häusliches Umfeld verlassen fällt schwer
Sich als Last für die Familie fühlen aufgrund des Gesundheitszustandes	Jüngere/hilfsbedürftige Kinder im Haushalt
	Mehrbelastung für den Partner durch Abwesenheit vermeiden wollen
	Soziale Unterstützung
	Prekäre familiäre Situationen (z. B. Scheidung)

5.2.2 Motive und Barrieren der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit

In Bezug auf die Wiederaufnahme der Arbeit wurden persönliche sowie gesundheitliche Motive und Barrieren entdeckt. Zudem wurden arbeits(platz)bezogene und organisatorische Motive identifiziert. Da die Interviewpartnerinnen nach der Brustkrebserkrankung überwiegend wieder erwerbstätig waren, ist den Barrieren, die eine zeitnahe Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit verzögern, besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Tabelle 2. Motive und Barrieren für die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit.

Motive	Barrieren
Persönlich	
Ablenkung	Mehr Zeit gewünscht
Normalität/Alltag leben	Aus Verantwortungsbewusstsein nicht wieder ausfallen wollen
Status von vor der Erkrankung wieder erreichen	Zur Ruhe kommen
Erwerbstätigkeit gibt Kraft/Halt	
Erwerbstätigkeit gibt Struktur/Routinen	
Bedürfnis nach Aktivität	
Erwerbstätigkeit nicht aufgeben wollen	
Erwerbstätigkeit ist Teil der Identität	
Spaß an der Arbeit/den Beruf mögen	
Gebraucht werden/nützlich sein	
Anerkennung/Bestätigung durch Arbeit	
Etwas zurückgeben wollen	
Etwas für sich tun/sich auf sich fokussieren	
Finanzielle Gründe	
Bestreben es „richtig“ zu machen/zu schaffen wieder zu arbeiten	
Abschließen	
Gesundheitlich	
Gute Prognose gibt Vertrauen	Arbeit ist (zu) anstrengend

Gesundheitlich bereit fühlen	Noch nicht arbeitsfähig sein
	Leistungsfähigkeit einschätzen lernen
	Behandlungen stehen noch bevor
	Gesundheitlich noch nicht bereit fühlen
Arbeits(platz)bezogen	
Flexibilität erleichtert Arbeit	
Wunsch nach Teamzugehörigkeit/soziale Kontakte	
Kundenkontakt/sozialer Austausch	
Vor und nach der Erkrankung in Teilzeit zu arbeiten	
Beförderung (während Abwesenheit angeboten bzw. zukünftig möglich)	
Empathische/n Vorgesetzten haben	
Lange bestehendes Arbeitsverhältnis	
Kein Ersatz während der Abwesenheit	
Ablehnung der Erwerbsminderungsrente	
Organisatorisch	
Empfehlung folgen (Ärzte und Ärztinnen, Krankenkasse)	

5.2.3 Grounded Theory

Um die Lebenswirklichkeit der ehemaligen Brustkrebspatientinnen umfassender zu verstehen, wurde auf Basis der qualitativen Interviewdaten eine in den Daten verankerte Theorie (engl. „grounded theory“) entwickelt. Die Ergebnisse ermöglichen es, Entscheidungen der Befragten mit Bezug zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu erläutern.

In den Interviews zeigte sich, dass vor Erhalt der Diagnose die vier Lebensbereiche Familie, Arbeit, Freizeit und Haushalt für die interviewten Frauen relevant waren. Seit Erhalt der Diagnose stellte die Erkrankung einen fünften relevanten Lebensbereich dar. Dieser hinzugekommene Bereich ist auch fünf bis sechs Jahre nach der Diagnose noch Teil des Lebens der Befragten. Die Anforderungen des hinzugekommenen Lebensbereiches „Erkrankung“ bergen ein erhöhtes Konfliktpotential für die Vereinbarkeit aller Lebensbereiche.

In Folge von Spannungen zwischen den Lebensbereichen kann es zu Prioritätensetzungen zu Gunsten einzelner Bereiche kommen. Dieses Präferieren von Lebensbereichen zeigt sich in Bezug auf die Erwerbstätigkeit z. B. in Form von einer Arbeitszeitreduktion oder dem frühzeitigen Renteneintritt, in Bezug auf die Gesundheit durch das Vernachlässigen des Rehabilitationsbedarfes. Insgesamt setzten die Interviewpartnerinnen Prioritäten häufig zu Lasten des beruflichen und gesundheitlichen Lebensbereiches.

6. Diskussion

Limitationen

Die angewandten Methoden der Studie gehen mit Limitationen einher, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Eine detailliertere Beschreibung von Limitationen kann der Langversionen dieses Berichts entnommen werden.

Rehabilitation

Trotz der hohen Informiertheit über die Möglichkeit zur Rehabilitation, wurde in den Interviews deutlich, dass einige Betroffene wenig konkrete Vorstellungen davon hatten, was sie in der Rehabilitation erwarten würde. Zudem zeigte sich, dass die Interviewten wenig über ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sowie über Maßnahmen mit Kind informiert wurden. Um diese Informationslücken zu schließen, könnte es hilfreich sein, konkreter und bedürfnisorientierter zu informieren und auch alternative Rehabilitationsmöglichkeiten bei der Beratung stärker zu thematisieren.

Mit Blick auf die Informationsquellen zeigen die Ergebnisse, dass ca. zwei Drittel der Befragten die entsprechenden Informationen über den Sozialdienst des Brustzentrums, in welchem sie operiert wurden, erhielten. Beim übrigen Drittel bleibt unklar, ob die Teilnehmerinnen das entsprechende Angebot nicht in Anspruch genommen haben, ihnen ein solches Angebot nicht gemacht wurde oder, ob sie sich an die Beratung nicht mehr erinnerten. Insgesamt ist das Ergebnis in jedem Fall als zu gering zu bewerten. Die frühzeitige Vermittlung von Informationen und Zugängen zu Leistungen der onkologischen Rehabilitation ist laut dem Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) (Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) 2018) ein Ziel der psychosozialen Erstberatung, welche allen Patienten und Patientinnen mit einer onkologischen Neu- und/oder Wiedererkrankung zugänglich sein sollte. Da es sich bei der untersuchten Stichprobe ausschließlich um Patientinnen von zertifizierten Brustzentren handelt, lassen sich die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf Patienten und Patientinnen übertragen, welche in Krankenhäusern ohne Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft oder in onkologischen Schwerpunktpraxen (weiter)behandelt werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, um Aussagen über die Versorgungsqualität hinsichtlich der Vermittlung von Informationen und Zugängen zu Rehabilitationsmaßnahmen treffen zu können.

Hinsichtlich der Art der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme handelte es sich in 97,5% der Fälle um stationäre und lediglich in 2,5% der Fälle um ambulante Maßnahmen. Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass ambulante onkologische Rehabilitationsmaßnahmen die

Ausnahme darstellen. Mit Blick auf die sinkende Reha-Inanspruchnahme von onkologischen Patienten und Patientinnen ist dies kritisch zu betrachten, da sich die Nicht-Inanspruchnahme häufig durch private und persönliche Gründe, wie z. B. das Bedürfnis, das gewohnte Umfeld sowie die Familie nicht verlassen zu wollen, erklären lässt (Deck et al. 2019). Auch die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es den Befragten schwerfällt, nach der Behandlung das häusliche Umfeld zu verlassen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn kleinere und hilfsbedürftige Kinder im Haushalt leben und die Befragten eine weitere Mehrbelastung des Partners vermeiden möchten. Um diese Bedürfnisse zu berücksichtigen und die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationen zu fördern, könnte es sinnvoll sein, ambulante Maßnahmen stärker in den Fokus zu rücken.

Frauen, die sich gegen eine medizinische Rehabilitation entschieden, nutzten häufig alternative individuelle Strategien (z. B. in den Urlaub fahren), um die eigenen Ressourcen zu mobilisieren und sich von der Zeit der Erkrankung zu erholen. Die sich hier ausdrückende Individualität könnte vielleicht auch bei der Rehabilitationsmaßnahme stärker berücksichtigt werden.

Insbesondere die berufsbezogene Belastungserprobung könnte einen wichtigen Baustein darstellen, um eine realistische Einschätzung der eigenen Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit zu entwickeln und so einen langfristigen Wiedereingliederungserfolg zu sichern. Dies könnte besonders für Rehabilitierende wichtig sein, die vor der Krebserkrankung einen guten Gesundheitszustand und eine hohe Leistungsfähigkeit aufweisen und dazu tendieren, die eigene Belastbarkeit nach der Brustkrebserkrankung zu überschätzen. Auch die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben Hinweise auf die Relevanz von arbeits(platz)bezogenen Angeboten während der medizinischen Rehabilitation. So zeigen die Interviewdaten, dass es für eine baldige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit der Betroffenen ausschlaggebend ist, sich körperlich und psychisch wieder bereit zum Arbeiten zu fühlen. Aufgrund der körperlichen und geistigen Auswirkungen der Erkrankung und deren Behandlung spüren die Befragten die Notwendigkeit, vor der Wiederaufnahme der Arbeit zu lernen, ihre Leistungsfähigkeit besser einzuschätzen. Neben der medizinischen Rehabilitation stellt hier auch die stufenweise Wiedereingliederung eine geeignete Möglichkeit dar, die eigene Leistungsfähigkeit nach der Erkrankung zu erproben.

Die Ergebnisse zeigten, dass keines der Regressionsmodelle statistische Signifikanz erreichte und sich somit die Reha-Inanspruchnahme in der untersuchten Stichprobe nicht durch die gewählten Variablen vorhersagen ließ. Eine Erklärung für die fehlende Vorhersagbarkeit der Reha-Inanspruchnahme in der vorliegenden Studie könnte sein, dass die Ursachen einer Reha-Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahmen individueller Natur sind und sich schwer mit einer standardisierten Befragung erfassen lassen.

Berufliche Wiedereingliederung

In der vorliegenden Studie lag der Anteil der Befragten, der nach der Erkrankung unverändert an den früheren Arbeitsplatz zurückkehrte, bei 76,7%. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Entscheidung, nach der Erkrankung wieder unverändert an den früheren Arbeitsplatz zurück zu kehren, freiwillig getroffen wird. Eine hohe Freiwilligkeit bezüglich der Rückkehr in den Job wird auch durch die qualitativen Ergebnisse verdeutlicht. Diese betonen die hohe intrinsische Motivation der Frauen, in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren.

In der vorliegenden Studie stellte die Reduzierung der Arbeitszeit die häufigste berufliche Veränderung dar. Dabei wird eine hohe durchschnittliche Zufriedenheit und Freiwilligkeit bezüglich der Arbeitszeitreduktion deutlich. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Reduzierung der Arbeitszeit eine bedürfnisorientierte Adaption der Befragten darstellt, und trotz damit einhergehender finanzieller Einbußen als positiv wahrgenommen wird. Diese Veränderungen in der Prioritätensetzung konnte auch im Rahmen der qualitativen Datenanalyse aufgezeigt werden. Ergänzend zeigte sich anhand der qualitativen Ergebnisse, dass die Betroffenen aufgrund des neu hinzugekommenen relevanten Lebensbereichs „Brustkrebs“, Entscheidungen zu Lasten des beruflichen Lebensbereiches im Sinne von Veränderungen, wie der Arbeitszeitreduktion oder dem frühzeitigen Renteneintritt, treffen. Diese Prioritätensetzung resultiert aus Spannungen zwischen den verschiedenen Lebensbereichen Arbeit, Familie, Haushalt, Freizeit und der Brustkrebs-Erkrankung.

Neben eher freiwilligen beruflichen Veränderungen wurden jedoch auch 16% aller berichteten Veränderungen von den Befragten als unfreiwillig bewertet. Zu den am häufigsten genannten unfreiwilligen beruflichen Veränderungen zählen 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 sein kann den (steigenden) beruflichen Anforderungen gerecht zu werden, sodass sie sich dazu gezwungen sehen die Arbeitszeit zu reduzieren oder in die Rente einzutreten (frühzeitige Altersrente oder Erwerbsminderungsrente).

Mit Blick auf die berufliche Gesamtzufriedenheit der Befragten fünf bis sechs Jahre nach Erhalt der Brustkrebsdiagnose zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit dem Alter. Das Ergebnis betont die Notwendigkeit, jüngere Betroffene stärker bei der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen. Einen Ansatzpunkt hierfür könnte die verstärkte Bereitstellung arbeits(platz)bezogener Unterstützungsangebote für jüngere Rehabilitandinnen während der medizinischen Rehabilitation darstellen.

Weiterhin zeigte sich eine negative Assoziation zwischen der beruflichen Gesamtzufriedenheit und der Anzahl der Kinder der Befragten. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Betroffene mit (mehr) Kindern eine höhere finanzielle Verantwortung tragen und ihre berufliche Laufbahn

weniger an den eigenen Bedürfnissen orientieren können. In der (mehrheitlich nicht-betroffenen) Gesamtbevölkerung deutet sich dieser Zusammenhang nicht an (Bundeszentrale für politische Bildung et al. 2018), weswegen die Ergebnisse darauf hindeuten, dass Betroffene mit (mehr) Kindern eine vulnerable Gruppe darstellen, die bei der beruflichen Wiedereingliederung besonderer Unterstützung bedarf.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine niedrigere Berufsbildung mit einer höheren beruflichen Gesamtzufriedenheit assoziiert ist. Eine Erklärung für diesen Zusammenhang könnte in der Art der beruflichen Tätigkeit liegen. So ist es denkbar, dass Betroffene mit einer höheren Berufsbildung eher Tätigkeiten nachgehen, welche eine höhere kognitive Leistungsfähigkeit, wie Konzentrations- und Gedächtnisleistungen verlangen. Diese Fähigkeiten können im Sinne von kognitiver Fatigue nach einer Krebserkrankung eingeschränkt sein (Beutel et al. 2006), was wiederum zu weniger beruflicher Zufriedenheit führen kann.

In Bezug auf die gesundheitsbezogenen Variablen zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand der Befragten und der beruflichen Gesamtzufriedenheit. Dagegen wies die Tumorklassifikation sowie das Auftreten eines Rezidivs keine signifikante Assoziation mit der beruflichen Gesamtzufriedenheit auf. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass subjektive Kennzahlen möglicherweise besser zur Vorhersage der beruflichen Zufriedenheit geeignet sind als objektive. Zudem wird deutlich, dass eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität einen Risikofaktor bei der beruflichen Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung darstellt und Betroffene weitere Unterstützung benötigen.

Weiterhin konnte ein negativer Effekt von Fatigue auf die berufliche Gesamtzufriedenheit fünf bis sechs Jahre nach der Diagnose festgestellt werden. Dieses Ergebnis kann anhand von Ergebnissen früherer Studien erklärt werden, welche zeigen konnten, dass bei Krebsüberlebenden Fatigue mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Arbeitsunfähigkeit (Spelten et al. 2003), beeinträchtigte berufliche Leistungsfähigkeit (Soejima und Kamibeppu 2016), Reduktion der Arbeitszeit sowie Veränderungen in der beruflichen Rolle (Steiner et al. 2008) assoziiert ist.

Während die reine Anzahl beruflicher Veränderungen keinen signifikanten Prädiktor für die berufliche Gesamtzufriedenheit darstellte, zeigte sich jedoch ein negativer Zusammenhang zwischen der beruflichen Gesamtzufriedenheit und der Unfreiwilligkeit beruflicher Veränderungen. Der Effekt zeigt sich derart, dass mehr wahrgenommene Unfreiwilligkeit von beruflichen Veränderungen mit einer niedrigeren beruflichen Gesamtzufriedenheit einhergeht. Ein Ansatzpunkt, um dem negativen Effekt unfreiwilliger beruflicher Veränderungen vorzubeugen, könnte in der Bereitstellung langfristiger rehabilitativer Nachsorgeangebote liegen. Diese könnten dazu dienen, die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen auch Jahre nach der

Erkrankung zu stärken, um unfreiwillige berufliche Veränderungen, wie z. B. die Reduktion der Arbeitszeit, zu verhindern.

7. Verwendungsmöglichkeiten, Umsetzung

Rehabilitation

Um die Rate der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahme zu erhöhen, können aus den Studienergebnissen folgende Ansatzpunkte abgeleitet werden:

- Patienten und Patientinnen konkreter und bedürfnisorientierter zur Rehabilitation informieren.
- Neben der klassischen Beratung ausdrücklich auch über ambulante Angebote sowie Rehabilitationsmaßnahmen mit Kind informieren.
- Insbesondere bei Patienten und Patientinnen ohne Rehabilitationsabsicht Alternativen zur stationären Rehabilitation aufzeigen (z. B. Rehasport).
- Eine Bedürfnisorientierung ist wichtig, z. B. bzgl. des Beginns der Rehabilitationsmaßnahme (flexibleres Timing), der Vereinbarung mit der Familie, des körperlichen Leistungsniveaus.
- Berufsbezogene Belastungserprobung während der onkologischen Rehabilitation verstärkt anbieten.
- Expliziter über die Möglichkeit zur stufenweisen Wiedereingliederung informieren. Diese als Versuch kommunizieren, wieder zu arbeiten und als Möglichkeit, die eigene Leistungsfähigkeit zu erproben.
- Während der Rehabilitationsmaßnahme verstärkt über ambulante Angebote für die Zeit nach der Rehabilitation, wie z. B. Reha-Sport und Gesundheitskurse informieren.

Berufliche Wiedereingliederung

- Die Krebserkrankung kann zu Spannungen zwischen verschiedenen Lebensbereichen (Haushalt, Freizeit, Arbeit, Familie) führen. In der Folge kann es zu Prioritätensetzungen auf Kosten der Erwerbstätigkeit kommen, z. B. in Form von einer Arbeitszeitreduktion oder dem frühzeitigen Renteneintritt. Es werden Unterstützungsangebote benötigt, welche die Betroffenen bei der Vereinbarkeit von Erkrankung und den anderen relevanten Lebensbereichen unterstützen (z. B. Haushaltshilfen, Flexibilisierung von Arbeitszeiten).
- Bei der beruflichen Wiedereingliederung besteht besonderer Unterstützungsbedarf für jüngere Patientinnen, Patientinnen mit (mehreren) Kindern, Patientinnen mit einer schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Patientinnen, die unter Fatigue leiden.

- Forcierung und Kommunikation von langfristigen rehabilitativen Nachsorgeangeboten, um die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen auch Jahre nach der Erkrankung zu stärken, um so unfreiwilligen beruflichen Veränderungen, wie z. B. einer Arbeitszeitreduktion, vorzubeugen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) (2018): Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innendurch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA). Version 1.0. Berlin. Online verfügbar unter <https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/03Onkologie/Expertenstandard-PEOPSA-2018v1.pdf>, zuletzt geprüft am 23.11.2020.
- Arndt, Volker; Koch-Gallenkamp, Lena; Bertram, Heike; Eberle, Andrea; Holleczeck, Bernd; Pritzkeleit, Ron et al. (2019): Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. In: *Acta Oncologica* 58 (5), S. 811–818. DOI: 10.1080/0284186X.2018.1557341.
- Beutel, M. E.; Hinz, A.; Albani, C.; Brähler, E. (2006): Fatigue Assessment Questionnaire: Standardization of a Cancer-Specific Instrument Based on the General Population. In: *OCL* 70 (5), S. 351–357. DOI: 10.1159/000098108.
- Bundeszentrale für politische Bildung; Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2018): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Deck, Ruth; Babaev, Valentin; Katalinic, Alexander (2019): Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren [Reasons for the non-utilisation of an oncological rehabilitation. Results of a written survey with patients of oncological healthcare centers]. In: *Rehabilitation* 58 (04), S. 243–252. DOI: 10.1055/a-0642-1411.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Reha-Bericht 2018. Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Dresch, C.; Weis, J.; Bartsch, H. H.; Kurlemann, U. (2020): Das Phänomen stagnierender Antragszahlen. In: *Pflegez* 73 (8), S. 54–56. DOI: 10.1007/s41906-020-0755-2.
- Geyer, S.; Schlanstedt-Jahn, U. (2012): Gibt es soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation bei Mammakarzinompatientinnen? In: *Gesundheitswesen* 74 (2), S. 71–78. DOI: 10.1055/s-0030-1269840.
- Noeres, D.; Röbbel, L.; Geyer, S. (2019): Wer geht in die Reha? Inanspruchnahme nach Brustkrebsoperation im Kontext beruflicher Belastungen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation – Shaping healthcare for the future. Berlin (DRV-Schriften, 117), S. 137–139. Online verfügbar unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_28_reha_kolloqu_15th_efrr.pdf#page=138, zuletzt geprüft am 23.11.2020.
- Noeres, Dorothee; Park-Simon, Tjong-Won; Grabow, Jördis; Sperlich, Stefanie; Koch-Gießelmann, Heike; Jaunzeme, Jelena; Geyer, Siegfried (2013): 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. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 21 (7), S. 1901–1909. DOI: 10.1007/s00520-013-1739-1.

O'Cathain, Alicia; Murphy, Elizabeth; Nicholl, Jon (2010): Three techniques for integrating data in mixed methods studies. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 341, c4587. DOI: 10.1136/bmj.c4587.

Robert Koch-Institut (2019): Krebs in Deutschland für 2015/2016. Berlin.

Soejima, Takafumi; Kamibeppu, Kiyoko (2016): Are cancer survivors well-performing workers? A systematic review. In: *Asia-Pacific journal of clinical oncology* 12 (4), e383-e397. DOI: 10.1111/ajco.12515.

Spelten, E. R.; Verbeek, J.H.A.M.; Uitterhoeve, A.L.J.; Ansink, A. C.; van der Lelie, J.; Reijke, T. M. de et al. (2003): Cancer, fatigue and the return of patients to work—a prospective cohort study. In: *European Journal of Cancer* 39 (11), S. 1562–1567. DOI: 10.1016/S0959-8049(03)00364-2.

Steiner, John F.; Cavender, Tia A.; Nowels, Carolyn T.; Beaty, Brenda L.; Bradley, Cathy J.; Fairclough, Diane L.; Main, Deborah S. (2008): The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. In: *Psycho-oncology* 17 (2), S. 138–147. DOI: 10.1002/pon.1204.



Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung,
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Bonn AÖR