

Veränderung der beruflichen Situation nach einer Tumorerkrankung: Empirische Studie zur beruflichen Rehabilitation

Joachim Weis, Uwe Koch, Micheline Geldsetzer

Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Psychologisches Institut der Universität Freiburg i. Br.

Wie kaum ein anderer Lebensaspekt bestimmen Arbeit und Berufstätigkeit das Leben und die gesellschaftlichen Werte unserer westlichen Industriegesellschaft. Die kulturelle und normative Bedeutung der Arbeit wird vor allem dort deutlich, wo bedingt durch eine schwere körperliche Erkrankung es dem Betroffenen nicht mehr oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist, seiner Berufstätigkeit nachzugehen oder einen seinen verbleibenden Fähigkeiten angemessenen Arbeitsplatz zu finden. Insofern ist die Frage der beruflichen Integration allgemein zu einem wichtigen Themenbereich innerhalb der Rehabilitation chronischer Erkrankungen geworden. In der Bundesrepublik Deutschland sind mehr als 30% aller jährlich an Krebs erkrankten Patienten jünger als 60 Jahre, wobei die relevanten Altersausschnitte in Abhängigkeit von der Diagnose sehr stark variieren¹. Aufgrund dieser Tatsache gewinnt die Frage einer Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Erkrankung für einzelne Diagnose- und entsprechende Altersgruppen zunehmend an Bedeutung. Im Urteil der Allgemeinbevölkerung wird die Diagnose Krebs immer noch mit Erwerbsunfähigkeit und baldigem Tod gleichgesetzt und in der Arbeitswelt aufgrund der Unsicherheit in der Prognose als ökonomischer Risikofaktor angesehen².

Im Zuge einer allgemeinen Diskussion um Stellung und Effektivität der Rehabilitation von Tumorkranken gewinnt das Thema der beruflichen Rehabilitation bzw. Integration nach einer Tumorerkrankung zunehmend auch an wissenschaftlicher Bedeutung. Die berufliche Integration stellt in der Erforschung der Lebensqualität einen wichtigen Teilaspekt dar^{3,4}; es existieren jedoch vergleichsweise wenige Forschungsarbeiten, die sich speziell mit den Problemen der beruflichen Integration befassen. In der US-amerikanischen Forschungsliteratur finden sich die meisten Studien zu Problemen der beruflichen Integration und Rehabilitation nach einer Tumorerkrankung. Erste deskriptive Studien der 70iger Jahre zeigen, dass die beruflichen Integrationsraten zwischen 70 und mehr als 90% liegen^{5,6,7,8,9}, wobei unterschiedliche Katamnese-Zeiträume zugrundegelegt werden. Ein Literaturüberblick zum Thema zeigt, dass die Rate der Integration vorrangig von der Diagnose sowie dem Alter der Patienten abhängig ist¹⁰. Ebenso finden sich eine Reihe von Hinweisen, dass Ange-

stellte leichter beruflich zu integrieren sind als Arbeiter¹¹. Einzelne Studien befassen sich speziell mit den Problemen der Diskriminierung am Arbeitsplatz^{12,13,14} und der Veränderung in der Arbeitsleistung und ihre Kompensation^{7,15,5,16}.

In Deutschland wurde in ersten Ansätzen das Problem der Frühberentung infolge einer Tumorerkrankung untersucht^{17,18}. Aus den Statistiken des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger geht hervor, dass die Frühberentung bei Tumorerkrankungen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den psychischen Erkrankungen an dritter bzw. vierter Stelle steht¹⁸. Der relativ frühzeitige Beginn der Berentung bei Frauen im Alter von 44 und bei Männern im Alter von 46 Jahren deutet darauf hin, dass die hohe Frühberentungsrate infolge der Tumorerkrankung nicht allein mit dem hohen Altersdurchschnitt erklärt werden kann. Insgesamt ist das Wissen um die Inanspruchnahme der verschiedenen Möglichkeiten beruflicher Rehabilitationsmassnahmen sehr gering. In der Literatur existieren eine Reihe von Hinweisen, die darauf hindeuten, dass die verschiedenen Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation wie beispielsweise die stufenweise Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder betriebliche Eingliederungsmassnahmen nicht optimal ausgeschöpft werden. Von den im Jahre 1987 durch die Bundesanstalt für Arbeit durchgeführten beruflichen Rehabilitationsmassnahmen liegt der Anteil der Massnahmen für Tumorkranken unter 2%¹⁹. In einer Studie²⁰ zeigt sich, daß der Anteil ehemaliger Krebspatienten in Berufsförderungswerken weniger als 5% beträgt. Eine von uns durchgeführte, neuere Befragung zeigt, dass sich die Zahl in den letzten Jahren noch weiter verringert hat¹⁰. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von inhaltlichen Arbeiten zum Thema^{2,21,1}; nur wenige empirische Arbeiten befassen sich mit der Frage der Beeinträchtigung beruflicher Leistungsfähigkeit infolge einer Tumorerkrankung^{22,23}.

Da das Problem der beruflichen Integration ausser durch die genannten Faktoren auch durch das jeweilige System der sozialen Sicherung sowie der jeweiligen Arbeitsmarktsituation beeinflusst wird, sind Studienergebnisse aus den USA nur schwer auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Das geteilte System der Rehabilitation mit einem schwerpunktmässigen Ausbau der stationären Rehabilitation

macht es notwendig, die Frage der beruflichen Integration im Kontext einer umfassenden medizinischen und psychosozialen Rehabilitation zu betrachten. So gilt allgemein die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit als eine wesentliche Zielsetzung der medizinischen Rehabilitationsmassnahme. Wenngleich Krebspatienten unabhängig von der genannten Zielsetzung drei Rehabilitationsmassnahmen im Abstand eines Jahres durchführen können, erscheint es sinnvoll zu untersuchen, inwieweit sich die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmassnahme auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit auswirkt. Diese Fragestellungen sind bislang jedoch kaum bearbeitet worden, wobei hier erste Ergebnisse aus der Reha-Verlaufs-Statistik zu erwarten sind.

Zielsetzungen und Fragestellungen

Aufgrund dieser Ausgangssituation ist es Ziel der hier vorgestellten empirischen Studie, die Frage der beruflichen Situation sowie der Inanspruchnahme von medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmassnahmen zu analysieren. Dabei zielt diese Studie darauf ab, das Ausmass beruflicher Veränderungen für einzelne ausgewählte Diagnosegruppen zu beschreiben und im Hinblick auf mögliche Einflussfaktoren wie die prämorbid berufliche Integration, soziodemographische Merkmale, die medizinische Diagnose sowie Prognose zu analysieren. Darüber hinaus sollen mögliche Einflussfaktoren auf die Frühberentung untersucht werden. Die Fragestellungen im einzelnen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wie unterscheiden sich die ausgewählten Diagnosegruppen hinsichtlich der beruflichen Beeinträchtigung und anderen Problemen der beruflichen Integration?
- Welche Rolle spielen spezifische Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation?
- Welche Bedeutung hat die Art und das Ausmass der prämorbid beruflichen Integration (Art der Tätigkeit, Angestellte vs. Arbeiter, Geschlechtsspezifität) für die berufliche Integration?
- Welche Bedeutung hat die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmassnahmen für die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit?
- Welche subjektiven und objektiven Ursachen beeinflussen eine frühzeitige Berentung (EU/BU)?

Untersuchungsplan, Untersuchungsinstrument und Durchführung der Studie

Als Untersuchungsansatz wurde eine retrospektive Querschnittstudie in Form einer Fragebogenuntersuchung gewählt mit dem Ziel einer thematisch breit angelegten, primär deskriptiv ausgerichteten Pro-

blemanalyse. Die Durchführung erfolgte in Kooperation und mit Unterstützung des Tumorzentrums Freiburg¹. Bei der Auswahl der Diagnosegruppen sollte einerseits der Geschlechtsspezifität Rechnung getragen werden, andererseits sollten unterschiedliche Ausmasse der Behinderungen infolge der Erkrankung und Behandlung Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sollte ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Tumorlokalisationen vertreten sein, so dass schliesslich folgende Diagnosegruppen ausgewählt wurden:

- Tumoren im Bereich des Mundes, Mundhöhle u. Rachens (ICD 140 bis 149) (im folgenden kurz Gesichts-Ca genannt)
- Brustkrebs (ICD 174)
- Darmkrebs (Colon und Rektum, ICD 153, 154)
- Prostata- und Hodenkrebs (ICD 185, 186)

Entsprechend der Fragestellung wurden Patienten ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Erstdiagnose im erwerbsfähigen Alter (unter 60 Jahre) waren.

Aufbauend auf einer Literaturanalyse wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, der in drei inhaltlich gegliederten Teilen Informationen zur Krankheit, Behandlung und medizinischen Rehabilitation (Teil 1), zur Berufstätigkeit und ihre Veränderung durch die Krebserkrankung (Teil 2) sowie Informationen zum Prozess und Bewältigung der Frühberentung (Teil 3) erfasst. Der Fragebogen beinhaltet offene und gebundene Fragen, ergänzt durch abgestufte Ratingskalen, die teilweise bereits in anderen Forschungsvorhaben der Abteilung erprobt worden sind.

Angeschrieben wurden Patienten der genannten Diagnosegruppen, die in den Jahren 1983 bis 1988 in den verschiedenen Abteilungen (Kieferchirurgie, Radiologie, allg. Chirurgie und Urologie) des Klinikums Freiburg erstdiagnostiziert und behandelt worden sind. Insgesamt wurden 720 Fragebögen über das Tumorzentrum Freiburg ausgesandt. Die 380 auswertbaren Fragebögen entsprechen einer Rücklaufquote von insgesamt 52,7% mit leichten klinikspezifischen Unterschieden. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind keine genauen Angaben zu Selektionsprozessen möglich. Die medizinischen Daten weisen jedoch darauf hin, dass das untersuchte Kollektiv in Relation zu den jeweiligen Diagnosegruppen als prognostisch eher günstige Teilgruppe anzusehen ist. Als statistische Auswertungsmethoden wurden neben der deskriptiven Analyse explorative Kovarianzanalysen durchgeführt.

¹ An dieser Stelle sei dem Geschäftsführer des Tumorzentrums Freiburg Herrn Kirsch, Herrn Dr. Henss sowie den Mitarbeitern Hr. Aisslinger und Hr. Simonis für Ihre Unterstützung bei der Durchführung der Studie ganz herzlich gedankt. Ebenso gilt unser Dank den Leitern der verschiedenen Abteilungen Prof. Farthmann, Prof. Kirchner, Prof. Frommhold, Prof. Sommerkamp sowie Prof. Schilli für ihre Kooperationsbereitschaft.

Tab. 1. Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.

Soziodemographische Variable	N	%
Geschlecht:		
weiblich	167	44,3
männlich	210	55,7
Familienstand:		
verheiratet	263	69,8
ledig	50	13,3
verwitwet	32	8,5
geschieden	28	7,4
getrennt lebend	4	1,1
Schulbildung:		
Hauptschule ohne Abschluss	32	8,8
Hauptschule mit Abschluss	200	54,9
Fachschule – Mittlere Reife	76	20,9
Abitur, Hochschulabschluss	56	15,3
Berufliche Situation:		
Erwerbstätig	154	43,4
Frühberentet	94	26,5
Hausfrau	59	16,6
Arbeitslos	12	3,4
Altersruhestand	21	5,9
Vorruhestand	14	3,9
in Ausbildung	1	2,8
Wohnort:		
Dorf	145	39,5
Kleinstadt	98	26,7
Stadt (25–100000 Einwohner)	61	16,6
Großstadt (über 100000 Einwohner)	63	17,2

Darstellung der Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Die Zusammensetzung der Stichprobe in Tabelle 1 zeigt eine in etwa ausgewogene Geschlechtsverteilung bei einem geringfügigen Überwiegen der Männer. Bezüglich der Schulbildung haben die Hälfte der Befragten Hauptschulabschluss und nur 15,3% Abitur oder Hochschulabschluss. Bezogen auf die

Situation vor der Erkrankung besteht der überwiegende Anteil aus Angestellten (N = 117) oder Arbeitern (N = 93). Nur eine geringe Anzahl war selbständig (N = 35) oder Beamter (N = 25). Der Anteil der Hausfrauen liegt bei N = 59 (vgl. Tabelle 1).

Der überwiegende Anteil ist in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert (83,3%). Die Rentenversicherungsträger sind BfA (N = 121, entspricht 38,1%), LVA (N = 144, entspricht 45,3%) und sonstige private Versicherungsträger (N = 53, entspricht 16,7%). Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe beträgt zum Zeitpunkt der Befragung 52,1 Jahre bei grossen diagnosespezifischen Unterschieden, wie die nachfolgende Tabelle (Tabelle 2) zeigt. Entsprechend der epidemiologischen Verteilung der Altersgruppen ist die Gruppe der Prostatakrebs-Patienten im Durchschnitt die älteste, und die Hodenkrebs-Patienten die jüngste Altersgruppe. Im Hinblick auf die Anzahl der Rezidive und die TNM Klassifikation handelt es sich um eine prognostisch günstige Teilgruppe. So findet sich in der Mehrzahl der Fälle kein Befall der regionären Lymphknoten (N^o) und keine Metastasierung (M^o). Relativ gesehen weist die Gruppe der Gesicht-Ca-Patienten die ungünstigste Prognose auf. Darüber hinaus sind die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen geringfügig und nicht signifikant. Zum Zeitpunkt der Befragung befindet sich der überwiegende Teil der Befragten nicht in aktueller Behandlung; nur 8,4% müssen sich einer erneuten Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen.

In den gemischtgeschlechtlichen Diagnosegruppen überwiegen in der Gruppe Gesicht-Ca die Männer (81,9%), während in der Darmkrebs-Gruppe die Frauen mit knapp zwei Drittel überwiegen (62,0%). Die Krankheitsdauer liegt im Gesamtdurchschnitt

Tab. 2. Medizinische Dokumentation.

Merkmal	Diagnosegruppen				
	Gesicht	Darm	Brust	Prostata	Hoden
Anzahl (N)	73	72	155	30	50
(%)	19,2	18,9	40,8	7,9	13,2
Alter (MW in Jahren)	49,8	51,1	49,6	56,4	35,0
(MW Gesamtgruppe: 52,1 Jahre)					
Rezidivrate (%)	19,4	15,7	19,9	14,3	14,0
Erkrankungsdauer (MW in Monaten)	47,3	48,2	48,8	46,4	47,8
TNM Klassifikation (%):					
T 1–2	58,7	58,5	84,2	85,7	66,7
T 3–4	41,3	41,5	15,8	14,3	33,3
N 0	58,6	65,0	53,4	71,4	76,6
N 1–2	25,9	30,0	46,6	28,5	19,2
N → 3	15,5	5,0	0,0	0,0	4,2
M 0	100,0	94,5	100,0	92,9	93,3
M 1	0,0	5,5	0,0	7,1	6,7

bei 4 Jahren, wobei die Gruppe der Hodenkrebs-Patienten die kürzeste (46,4 Monate) und die Gruppe der Brustkrebs-Patientinnen die längste Erkrankungsdauer (48,8 Monate) haben. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen nicht signifikant.

Berufliche Veränderungen infolge der Tumorerkrankung

Die berufliche Situation zum Zeitpunkt der Befragung zeigt, dass knapp die Hälfte in der untersuchten Stichprobe noch im Erwerbsleben stehen (N = 154), während ca. ein Viertel infolge der Krebserkrankung frühberentet (N = 94) wurde. Ein geringer Teil ist im Altersruhestand (N = 21) bzw. im Vorruhestand (N = 14). Entsprechend der aktuellen Behandlungssituation kann die Mehrzahl der erwerbstätigen Patienten ihrer Berufstätigkeit nachgehen; nur ein geringer Teil der befragten Patienten ist zum Zeitpunkt der Befragung arbeitsunfähig (krank) (N = 27).

Der Grad der individuellen Beeinträchtigung durch die Krebserkrankung wurde auf einer 5-stufigen Skala von 1 = "gar nicht" bis 5 = "sehr stark" erfasst. In der Gesamtgruppe zeigt sich bezüglich der *körperlichen Beeinträchtigung*, dass 48,3% gar keine oder geringe Beeinträchtigungen erfahren, 26% eine mittlere und 25,7% eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung (MW = 2,59). Bezüglich der *seelischen Belastungen* geben 48% keine bis geringe Belastungen, 26% eine mittlere Belastung und 26% eine starke bis sehr starke seelische Belastung an (MW = 2,66). Die *berufliche Beeinträchtigung* ist mit einem Mittelwert 2,48 am geringsten; hier geben 58,5% keine bis geringe Beeinträchtigungen im Beruf an, 12,6% eine mittlere Beeinträchtigung und 28,9% eine starke bis sehr starke Beeinträchtigung im Beruf an.

Unsere Daten liefern nur relativ wenig Information zu den spezifischen Beeinträchtigungen im Beruf. Dies dürfte mit daran liegen, dass der Anteil spezieller Behinderungen infolge der Tumorerkrankung wie bspw. Anus präter (n = 21) an sich gering ist und nur noch zu einem kleinen Teil im Erwerbsleben steht (33,3%). In gleicher Weise sind von den im Kopf- und Gesichtsbereich operierten Patienten (N = 26) 34,6% noch im Erwerbsleben, während 57,5% frühberentet sind. Als spezielle Beeinträchtigungen werden vor allem die verminderte Leistungsfähigkeit und spezielle Leistungsdefizite (N = 76) sowie körperliche Beschwerden wie erhöhte Nervosität und vermehrte Müdigkeit (N = 10) genannt.

Ausgehend von verschiedenen Hinweisen aus der Literatur, dass u.U. die prämorbid berufliche Situation auch die Möglichkeiten eines späteren beruflichen Wiedereinstiegs mitbestimmt, wurde neben dem allgemeinen Berufsstatus die Art des Berufs (entsprechend der Klassifikation des statisti-

schen Bundesamtes) und die Grösse des Betriebs erfasst. Der grösste Teil ist im Dienstleistungsbereich (60,4%) tätig, ein knappes Drittel (31,1%) in der industriellen Fertigung oder Bauwesen, 4,8% im Bereich der Technik und 3,7% im Pflanzenbau oder Tierzucht. Aufgrund der ungleichen Verteilung hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche liess sich der Einfluss statistisch nicht weiter analysieren. Die Betriebsgrösse spielte in allen nachfolgenden statistischen Analysen für die Frage des Wiedereinstiegs, einer möglichen innerbetrieblichen Umsetzung oder der Frühberentung keine Rolle.

Insgesamt geben N = 146 (57%) Patienten an, dass und in welcher Form sich durch die Erkrankung ihre berufliche Situation verändert hat. Hierbei zeigt sich (siehe Tabelle 3), dass am häufigsten entweder der Beruf ganz aufgegeben wurde oder aber das Ausmass der Arbeit reduziert wurde. Nur in Einzelfällen wurden Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation wie Umschulung (N = 4) durchgeführt.

Die genauere Analyse der beruflichen Veränderungen vor und nach der Erkrankung zeigt, dass ein deutlicher Rückgang der Vollerwerbstätigkeit zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 4). Während vor Erkrankung immerhin noch ca. ein Drittel der Stichprobe vollerwerbstätig waren, beträgt dieser Anteil zum Zeitpunkt der Befragung noch 19%.

Entsprechend dem Überwiegen von Angestellten im Dienstleistungssektor ist die Art der Tätigkeit weniger durch industrielle Arbeitsbelastungen als durch Belastungen wie geistige Beanspruchung und Verantwortung für Personen und Sachen bestimmt. Im Vergleich vor und nach der Erkrankung zeigt sich, dass der Anteil der körperlich schweren Arbeit zurückgegangen, während die körperlich einseitige Arbeit ebenso wie die Arbeit unter störenden Auseneinflüssen nur einen leichten Rückgang verzeichnen lässt. Zugenommen haben die Arbeitstätigkeiten mit geistiger Beanspruchung und Verantwortung für Sachen und Personen. Trotz der genannten statistischen Einschränkungen lässt sich als ein Trend festhalten, dass eine Verschiebung von körperlicher hin zu mehr geistiger Tätigkeit aufgetreten ist und die Arbeitszeit quantitativ reduziert

Tab. 3. Allgemeine Veränderungen infolge der Tumorerkrankung (Mehrfachnennungen) N = 146.

Art der Veränderung	N	%
Aufgabe des Berufes	56	24,0
weniger Arbeit	55	23,6
geringer Verdienst, finanzielle Einbussen	25	10,7
mehr Pausen	24	10,3
andere Tätigkeit	23	9,9
Wechsel des Betriebes	14	6,0
Verbesserung des Kollegenverhältnis	10	4,3
allgemeine Verschlechterung	5	2,1
Umschulung	4	1,7
Sonstiges	17	7,3

Tab. 4. Veränderung der Arbeitstätigkeit vor und nach Erkrankung.

Arbeitstätigkeit	vor Erkrankung %	zur Zeit %
Arbeitszeit		
bis 20 Stunden	9,9	8,8
20 bis 30 Stunden	10,6	8,5
30 bis 40 Stunden	34,1	19,1
mehr als 40 Stunden	39,6	18,7
nicht berufstätig	5,8	44,9
Art der Arbeitszeit (Mehrfachn.)		
tagsüber, normale Arbeitszeit	72,4	76,7
Nacht- od. Wechselschicht, auch an Wochenenden	12,9	8,6
14,7		14,6
Art der Tätigkeit (Mehrfachn.)		
Einzel- od. Gruppenakkord	3,3	1,2
Fließband	0,6	0,0
körperlich einseitige Arbeit	14,1	12,8
körperlich schwere Arbeit	10,9	4,3
unter Zeitdruck	16,4	16,7
störende Ausseneinflüsse	12,1	8,9
hohe geistige Beanspruchung	21,1	27,6
große Verantwortung	21,5	28,4

wurde. Die Arbeitszufriedenheit vor der Erkrankung ist insgesamt gesehen eher hoch (MW = 3,7) und hat sich nach der Erkrankung nur geringfügig verschlechtert (MW = 3,5, n.s.), was inhaltlich nicht zu interpretieren ist.

Medizinische Rehabilitation

Die Inanspruchnahme einer Anschlussheilbehandlung (AHB) ist in unserer Untersuchungsgruppe eher gering und entspricht dadurch dem allgemein in der Krebsrehabilitation bekannten Trend. Von der Gesamtgruppe haben nur 18,8% (N = 71) eine AHB in Anspruch genommen, wobei sich grosse

Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen ergeben (vgl. Tabelle 5). So wird eine AHB überwiegend von den Brustkrebs-Patientinnen in Anspruch genommen (42,3%), während die Hodenkrebs-Patienten nur in Einzelfällen eine AHB durchführen. Eine stationäre Rehabilitationsmassnahme zu einem späteren Zeitpunkt (Festigungskur) wird demgegenüber häufiger in Anspruch genommen (N = 146, 38,4%); hiervon haben 64% (N = 94) keine AHB durchgeführt. Auch hier zeigen sich im Vergleich der Diagnosegruppen ähnliche Unterschiede wie bei der AHB. Darüber hinaus scheint der berufliche Status hierbei eine wichtige Rolle zu spielen. So wird die AHB von Selbständigen nur in 6,1% der Fälle in Anspruch genommen, während die Rate sowohl bei Arbeitern als auch bei Angestellten 21,1% bzw. 20,5% beträgt. In der Inanspruchnahme einer späteren stationären Rehabilitationsmassnahme relativieren sich die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen, wobei die Rate bei den Selbständigen zwar prozentual höher liegt (31,3%), dennoch im Vergleich zu Arbeitern (45,6) und Angestellten (40,9) am niedrigsten bleibt. Als subjektive Gründe, eine *Anschlussheilbehandlung* bzw. *Festigungskur* nicht in Anspruch zu nehmen, wurden von den Patienten am häufigsten angegeben, dass keine Notwendigkeit bestehe oder sie sich zu Hause am besten erholen können. Darüber hinaus ist offensichtlich ein erheblicher Teil zu wenig oder gar nicht über die Möglichkeit der AHB informiert.

Abschliessend sollten die Patienten beurteilen, inwieweit ihnen die Rehabilitationsmassnahme bezüglich ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, des seelischen Wohlbefindens sowie der Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit geholfen hat (vgl. Tabelle 6). Eine Hilfestellung durch die

Tab. 5. Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmassnahmen.

	Diagnosegruppen					Gesamt
	Gesicht	Darm	Brust	Prostata	Hoden	
Inanspruchnahme						
AHB (N)	16	16	30	5	4	71
(%)	22,5	22,5	42,3	7,0	5,6	18,8
Festigungskur (N)	39	22	70	8	7	146
(%)	26,7	32,4	47,9	5,5	4,8	38,4

Tab. 6. Bewertung des Reha-Erfolgs.

Kriterium	MW	s	N	Gering (%)	mittel (%)	hoch (%)
Körperliche Leistung	2,97	1,16	142	34,5	31,7	33,8
Seelisches Wohlbefinden	3,05	1,15	146	27,4	39,0	33,5
Arbeitsfähigkeit allgemein	2,40	1,23	103	55,3	22,3	22,4

(Skalierung: 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark).

Rehabilitationsmassnahme wird vor allem im Hinblick auf eine Verbesserung der subjektiv empfundenen *körperlichen Leistungsfähigkeit* (MW = 2,9) und des *seelischen Wohlbefindens* (MW = 3,05) erlebt, während der Nutzen für die *Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit* (MW = 2,4) von den Betroffenen am geringsten eingeschätzt wird. In allen Bewertungskriterien zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen oder dem Berufsstatus (Arbeiter, Angestellte vs. Selbständige).

Frühberentung infolge der Krebserkrankung

Wie die Übersichtstabelle (Tabelle 1) zeigt, sind zum Zeitpunkt unserer Befragung N = 95 (26,5%) frühberentet. Von der Frühberentung am stärksten betroffen sind die Patienten mit einer Tumorerkrankung im Gesichtsbereich (56,9%), gefolgt von den Patienten mit Darmkrebs (48,1%) und den Patientinnen mit Brustkrebs (24%). Die Prostata-Ca-Patienten sind nur zu 22% von der Frühberentung betroffen, weisen aber aufgrund des hohen Altersmittels die höchste Rate des Altersruhestands auf. Entsprechend dem Altersdurchschnitt sind nur 2% der Hodenkrebs-Patienten frühberentet. Arbeiter sind häufiger von der Frühberentung betroffen (52%) als Angestellte (26,2%). Allerdings ist der Berufsstatus mit der Diagnoseverteilung konfundiert; so überwiegt der Anteil der Arbeiter in der Gruppe der Patienten mit Gesicht-Ca (57,6%), während der Anteil bei den Brustkrebspatientinnen nur gering ist (16,8%).

Der überwiegende Anteil bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente (EU), wobei hier der Anteil der Dauerberenteten (N = 58) gegenüber dem Anteil der auf Zeit Berenteten (N = 22) überwiegt. Entsprechend der Entwicklung des Arbeitsmarkts ist der Anteil der Berufsunfähigkeitsrente (BU) sehr niedrig (N = 7; auf Zeit: 1; auf Dauer: 6). Die durchschnittliche Berentungszeit liegt bei knapp 4 Jahren (44,44 Monate). In 6 Fällen ist der Rentenanspruch noch in Bearbeitung; in 9 Fällen wurde ein Antrag auf Frühberentung abgelehnt.

Als subjektive Beweggründe für die Beantragung einer Frühberentung werden hauptsächlich die Beeinträchtigung des körperlichen Befindens und die erlebte Minderung der Leistungsfähigkeit genannt. Die Angst vor einer Verschlimmerung der Erkrankung und das Alter sind weitere wichtige Beweggründe. In geringerem Masse scheint die Frühberentung vom Fehlen eines leichteren Arbeitsplatzes, der Schwierigkeit einen Arbeitsplatz zu finden oder von finanziellen Überlegungen beeinflusst zu werden. Folgende Tabelle zeigt die Einflussgründe in einer Übersicht.

Betrachten wir den *Prozess der Frühberentung*, so zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Fälle (N = 34) eine sofortige Frühberentung auf Dauer erfolgte. Bei 20 Patienten wurde eine Frühberentung (EU oder BU) auf Zeit in eine Dauerrente umgewandelt.

Tab. 7. Subjektive Gründe der Frühberentung.

Gründe inhaltlich	MW	s	N
Angst vor Verschlimmerung	3,21	1,72	38
Fehlen leichterer Arbeitsplatz	2,76	1,81	26
Schwierigkeit Arbeit zu finden	2,57	1,74	26
geringe finanzielle Unterschiede zur Rente	2,27	1,46	29
verminderte Leistungsfähigkeit	4,10	1,30	50
Alter	3,10	1,30	39
körperliches Befinden	4,25	1,05	62

(Rangskala von 1 = garnicht bis 5 = sehr stark).

Eine Umwandlung von BU in EU erfolgte in 16 Fällen, eine Frühberentung nach erfolgloser Rehabilitation in 11 Fällen. Die aus dem Prozess der Antragstellung bekannte Umwandlung eines Antrags auf eine Rehabilitationsmassnahme in eine Frühberentung, wurde nur von 4 Patienten genannt. Von den unterschiedlichen Personen, die auf die Antragsstellung einen Einfluss genommen haben, wird an erster Stelle der Hausarzt genannt, gefolgt vom Partner und Familie. Weniger Bedeutung haben der Arbeitgeber oder die Kollegen.

Obwohl die Frühberentung primär über einen sozialadministrativen Entscheidungsprozess gesteuert wird, wurde im Fragebogen die subjektive Bewertung des Rentenprozesses erfragt. So gibt ein Grossteil der Patienten an, dass er sich nach längerer Überlegung selbst für eine Frühberentung entschieden hat (N = 46). Als primär eigene Entscheidung sahen es 36 Patienten. N = 20 geben an, dass ihre Entscheidung unter äusserem Druck gefällt wurde, wobei nicht ersichtlich wird, welcher Art dieser äussere Druck ist. Nur N = 11 Patienten geben an, dass sie eine Frühberentung sofort angestrebt haben. Zwischen der Primärbehandlung und Frühberentung haben ein Teil der Patienten (N = 18; 19%) noch einmal gearbeitet und hierbei grösstenteils negative Erfahrungen gemacht, die in Zusammenhang mit krankheitsbedingten Einschränkungen und Leistungsdefiziten standen. Die durchschnittliche Zeitspanne der Arbeitstätigkeit zwischen Krebsbehandlung und Frühberentung beträgt 20,5 Monate (s = 15,68).

Die Gruppe der Frühberenteten ist im Durchschnitt signifikant älter (p = 0,000) als die Erwerbstätigen. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalysen (vgl. Tabelle 8), dass sich die Erwerbstätigen signifikant weniger körperlich und seelisch beeinträchtigt fühlen (p = 0,000). Ebenso wird die Veränderung der beruflichen Situation von den Frühberenteten signifikant negativer bewertet (p = 0,000).

Einflussfaktoren auf die berufliche Integration

Entsprechend den eingangs formulierten Fragestellungen bestand neben der deskriptiven Problemanalyse ein wesentliches Ziel der Studie darin zu

Tab. 8. Vergleich zwischen Erwerbstätigen und Frühberenteten (ANOVA).

Merkmal	Erwerbstätige n = 58	Frühberentete n = 35	Haupteffekte		p Kovariate Alter
			F	p	
körperliche Beeinträchtigung	2,22	3,69	33,43	0,000	0,001
seelische Beeinträchtigung	2,43	3,54	14,74	0,000	0,05
Bewertung der beruflichen Veränderung	2,66	3,77	15,03	0,000	0,02

Kovariate Erkrankungsdauer: kein Einfluss.

Tab. 9. Vergleich der 5 Diagnosegruppen (Berufstätige; ANOVA).

Art der Beeinträchtigung	Mittelwerte der Diagnosegruppen					Haupteffekte		Signifikante Gruppenunter- schiede
	1 Gesicht n = 17	2 Darm n = 17	3 Brust n = 42	4 Prostata n = 12	5 Hoden n = 42	F	p	
körperliche	3,01	1,88	2,38	2,14	1,48	8,20	0,000	1 u. 5, 3 u. 5
seelische	3,24	2,24	2,57	2,42	1,88	3,08	0,02	1 u. 5, 3 u. 5
berufliche	3,00	1,65	2,40	2,17	1,26	8,53	0,000	1 u. 5, 3 u. 5

Kovariate Alter in allen drei Variablen hochsignifikant (0,000), Kovariate Erkrankungsdauer: kein Einfluss.

prüfen, inwieweit Merkmale wie Diagnose, beruflicher Status u. a. die berufliche Integration von Tumorkrankheiten beeinflussen. Mit dem Statistikprogramm SPSS-X wurden Kovarianzanalysen (ANOVA) berechnet, wobei der Einfluss von Alter und Dauer der Erkrankung in der Analyse statistisch kontrolliert wurde (Auspartialisierung von Kovariaten).

Zunächst wurde geprüft, inwieweit sich körperliche, seelische sowie berufliche Beeinträchtigungen zwischen den Diagnosegruppen unterscheiden. Sowohl hinsichtlich der körperlichen ($p = 0,000$; $F = 11,84$) und beruflichen Leistungsfähigkeit ($p = 0,000$; $F = 12,1$), als auch bezüglich des seelischen Wohlbefindens ($p = 0,000$; $F = 5,35$) zeigen sich in der Gesamtgruppe (d. h. alle Patienten unabhängig von der derzeitigen Berufssituation) hoch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei sich die Gesichts-Ca-Patienten am stärksten und die Hodenkrebs-Patienten am wenigsten beeinträchtigt fühlen. Die Erkrankungsdauer hat hierbei keinen Einfluss, während das Alter insofern einen signifikanten Einfluss auf die geprüften Variablen ($p = 0,001$ bzw. $0,01$) hat, dass sich ältere Patienten in allen drei Bereichen stärker beeinträchtigt fühlen. Nach Auspartialisierung des Alterseffekts bleibt jedoch der signifikante Unterschied zwischen den Diagnosegruppen bestehen.

Untersuchen wir nun die verschiedenen Formen der Beeinträchtigung (körperlich, seelisch und beruflich) in der Gruppe der erwerbstätigen Personen, so zeigt sich ein etwas verändertes Ergebnis (vgl. Tabelle 9). In allen drei Inhaltsbereichen hat die Kovariate „Zeitraum seit der Erstdiagnose“ wiederum keinen Einfluss, während sich ältere Patien-

ten in allen drei Bereichen stärker eingeschränkt fühlen ($p = 0,001$). Nach Auspartialisierung des Alterseffekts zeigen sich nur wenige signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. So sind nur die Patienten mit einem Carcinom im Bereich des Gesichts sowie die Brustkrebs-Patientinnen jeweils im Vergleich zu den Hodenkrebs-Patienten hinsichtlich der körperlichen und beruflichen Beeinträchtigung signifikant stärker beeinträchtigt ($p = 0,000$). Das seelische Wohlbefinden zeigt im Diagnosegruppenvergleich nur noch ein schwach signifikantes Ergebnis ($p = 0,05$).

Bezüglich des Vergleichs der Arbeitszufriedenheit vor und nach der Erkrankung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der Diagnosegruppen. Mit ihrer derzeitigen Arbeitssituation sind die Gesichts-Ca-Patienten am unzufriedensten ($MW = 3,13$), während die Darmkrebs-Patienten am zufriedensten sind ($MW = 4,00$) gefolgt von den Brustkrebs-Patientinnen ($3,6$), den Hodenkrebs-Patienten ($3,52$) sowie den Prostatakrebs-Patienten ($3,42$). Obwohl keiner der Diagnosegruppenunterschiede signifikant wird, stehen die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit im Einklang mit den bisherigen Ergebnissen zum Ausmass der körperlichen, seelischen und beruflichen Beeinträchtigung infolge der Erkrankung.

In der Bewertung der beruflichen Veränderung zeigt sich im Gesamtmittelwert eine deutliche Tendenz zur Mitte ($MW = 3,04$; $s = 1,26$). Negative bzw. positive Bewertungstendenzen sind ungefähr gleich stark ausgeprägt. So bewerten 41% die Veränderung positiv oder sehr positiv, während 42,6% die Veränderungen als negativ oder sehr negativ beurteilen. 16,4% bewerten die Veränderungen we-

der positiv noch negativ. Betrachten wir nur für die Erwerbstätigen die Bewertung der beruflichen Veränderungen im Vergleich der Diagnosen, so erleben wiederum die Patienten mit Gesicht-Ca (MW = 3,38) zusammen mit den Prostatakrebs-Patienten (MW = 3,38) die beruflichen Veränderungen am negativsten, während die Darmkrebs-Patienten die Veränderungen insgesamt eher positiver Art sehen (MW = 1,83). Aufgrund der sehr kleinen Gruppengrößen (teilweise < 10) erschien eine weitergehende statistische Analyse hier jedoch nicht sinnvoll.

Entsprechend unseren Ausgangsfragestellungen wurde weiterhin geprüft, inwieweit sich Arbeiter und Angestellte bezüglich beruflicher Leistungsbeeinträchtigung unterscheiden. Hier ergaben verschiedene Analysen keine signifikanten Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten, wenn sie nach der Erkrankung wieder im Erwerbsleben stehen. Allerdings handelt es sich bei dieser Gruppe offensichtlich um Arbeiter, die durch die Erkrankung kaum körperlich beeinträchtigt sind. Unterschiede zeigen sich in der Gesamtgruppe (also unter Einbeziehung der Arbeitslosen und Frührentner) nur in der Form, dass sich Arbeiter signifikant stärker körperlich und beruflich beeinträchtigt fühlen ($p = 0,01$ bzw. $0,000$). Die Ergebnisse liefern einige Hinweise darauf, dass Arbeiter sehr viel schlechter an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können und demzufolge sich die Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen deutlicher zeigen. Aufgrund der Konfundierung des Berufsstatus mit der Diagnose sind diese Ergebnisse nur mit Vorbehalt zu interpretieren und bedürfen einer weiteren Absicherung.

Diskussion der Ergebnisse

Die hier vorliegende Untersuchung beabsichtigte eine erste deskriptive Problemanalyse zur Frage der beruflichen Veränderungen und Einschränkungen infolge einer Krebserkrankung. Vor dem Hintergrund umfangreicher Literaturstudien wurde ein Untersuchungsansatz gewählt, der in einer retrospektiven Querschnittuntersuchung ehemalige Patienten der medizinischen Universitätsklinik Freiburg zu Problemen der beruflichen Integration bzw. der Frühberentung (EU/BU) infolge der Krebserkrankung befragt. Wenngleich die hier untersuchten Gruppen entsprechend dem Untersuchungskonzept sowohl im Hinblick auf die epidemiologische Verteilung, als auch auf die Altersverteilung und die Prognose als nicht repräsentativ für die Diagnosegruppen anzusehen sind, dürften die Ergebnisse die Probleme beruflicher Integration und Rehabilitation nach einer Tumorerkrankung für den entsprechenden Altersausschnitt gut widerspiegeln.

Die Ergebnisse bezüglich der beruflichen Veränderungen zeigen zunächst, dass knapp die Hälfte der

Untersuchungsstichprobe noch im Erwerbsleben steht. Als wichtigster Trend der beruflichen Veränderung erweist sich über die Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen, dass entweder frühberentet wird oder die Person ihre Berufstätigkeit ohne spezielle berufliche Fördermassnahmen wieder aufnimmt. Massnahmen zur *beruflichen Rehabilitation* spielen keine Rolle. Die klassischen beruflich-rehabilitativen Leistungen wie Umschulung kämen allein aufgrund arbeitsmarktorientierter Überlegungen nur für relativ junge Patienten wie etwa die Gruppe der Hoden-Ca-Patienten in Frage; allerdings sind gerade diese Patienten, wie die Ergebnisse zeigen, in ihrer körperlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit am wenigsten eingeschränkt und können in der Regel ihre alte Berufstätigkeit auf altem Niveau wieder aufnehmen.

Massnahmen zur *medizinischen Rehabilitation*, die als eine wesentliche Zielsetzung die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit haben, wurden in der hier untersuchten Gruppe nur von einem Teil in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme der Anschlussheilbehandlung (AHB) liegt hierbei noch deutlich unter der Rate einer späteren Festigungskur. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dies einerseits mit Informationsdefiziten bei Patienten und Ärzten zusammenhängt, andererseits auch mit der Einstellung, dass die Betroffenen sich von der Kur nichts versprechen oder sie nicht als notwendig angesehen wird.

Die Frage der Inanspruchnahme ist weiterhin vom Alter und auch von der Art der Berufstätigkeit abhängig. So nehmen Selbständige kaum eine medizinische Rehabilitationsmassnahme in Anspruch. Diese Tatsache dürfte einerseits darin begründet liegen, dass für sie der Kuraufenthalt mit Verdienstausschluss verknüpft ist, und andererseits durch die Art der Versicherung und möglichen finanziellen Zusatzbelastungen bedingt sein. Der Erfolg der Kur in bezug auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wird von allen Inanspruchnehmern am geringsten eingestuft, während die Kur offensichtlich am ehesten zu einer allgemeinen seelischen und körperlichen Stabilisierung beiträgt. Wie auch aus den Gründen der Nicht-Inanspruchnahme ersichtlich wurde, wird eine Kur von den betroffenen Patienten vor allem im Hinblick auf den allgemeinen Erholungswert beurteilt. Eine Verbindung der medizinischen Rehabilitationsmassnahme in Richtung der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sehen die Betroffenen kaum, selbst wenn anzunehmen ist, dass durch die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittelbar auch die berufliche Integration beeinflusst wird. Natürlich muss hier festgehalten werden, dass es sich hier nur um subjektive Bewertungen der befragten Patienten handelt und wir keine medizinische Information über den Erfolg der Rehabilitationsmassnahme besitzen. Inhaltlich entsprechen diese subjektiven Bewertungen durchaus den Sondervereinbarungen zur Gewährung der

Rehabilitationsmassnahmen für Tumorkranke, die unabhängig von der Zielsetzung des Erhalts der Erwerbsfähigkeit ist. Es erscheint unserer Ansicht nach wichtig, die Bedeutung der medizinischen Rehabilitationsmassnahmen bei Tumorkranken für die berufliche Integration und den „Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ sowohl aus subjektiver Sicht der Betroffenen als auch über objektive Verlaufsdaten weiter zu untersuchen. Derzeit werden von uns in diesem Bereich weitere Studien in verschiedenen Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Es lassen sich eine Reihe von *Veränderungen der Arbeitstätigkeit* feststellen, die darauf hinweisen, dass der berufliche Wiedereinstieg nicht ohne Schwierigkeiten und Umstellungen geschieht. Als wichtigste qualitative Veränderung infolge der Tumorerkrankung überrascht es wenig, dass der Anteil schwerer körperlicher Arbeit zurückgeht, während die Tätigkeiten im Bereich der geistigen Beanspruchung zugenommen haben. Inwieweit der Wechsel der Tätigkeit eine neue qualitative Belastungsquelle durch Umstellungsschwierigkeiten o. ä. darstellt, konnte im vorliegenden Untersuchungsansatz nicht überprüft werden, sollte aber in weiteren Untersuchungen als Arbeitshypothese untersucht werden. Die häufigste Veränderung infolge der Erkrankung besteht in der Reduzierung der Arbeitszeit, um den Leistungseinbussen gerecht werden zu können. Aufgrund unserer Ergebnisse lässt sich nicht mit Bestimmtheit angeben, inwieweit dies als eine gestufte Wiederaufnahme der Berufstätigkeit und somit als eine rehabilitative Massnahme im engeren Sinne anzusehen ist. Die Angaben zur Arbeitszeit vor und nach Erkrankung zeigen zwar eine klare Zunahme der Teilzeitarbeit, jedoch wird hier nicht deutlich, ob es sich hier um eine befristete Lösung handelt und inwieweit eine versicherungsrechtliche Absprache zwischen Krankenkasse, Arbeitsamt und Arbeitgeber die Frage der Entlohnung regelt. Die Art der beruflichen Veränderungen infolge der Tumorerkrankung lässt erkennen, dass v. a. flexible Lösungen der stufenweisen Wiederaufnahme der Berufstätigkeit mit den u. U. notwendigen Hilfen bei der behinderungsgerechten Umgestaltung des Arbeitsplatzes den spezifischen Erfordernissen beruflicher Integration bei Krebspatienten am ehesten entsprechen.

Im Vergleich der verschiedenen ausgewählten *Diagnosegruppen* lässt sich nicht eindeutig belegen, inwieweit sichtbare Behinderungen als Folge der Erkrankung und Behandlung eine berufliche Integration erschweren. Wenngleich unsere Untersuchungsgruppe mit Tumoren im Gesichtsbereich in verschiedenen Formen der individuellen Beeinträchtigung wie auch in objektiven Merkmalen wie Frühberentungsrate die ungünstigste berufliche Integration zeigt, finden sich nur in Einzelfällen Hinweise auf spezifische Probleme der Diskriminierung infolge ihrer Tumorerkrankung. Allerdings ist gerade diese Gruppe auch die prognostisch ungün-

stigste und zusätzlich eine im Durchschnitt ältere Gruppe.

Wenngleich die multivariaten Ergebnisse dieser Studie nur als erste Trends zu sehen sind, so ergeben sich doch Hinweise darauf, dass die *Frühberentung* infolge der Krebserkrankung neben dem Alter vor allem durch den Berufsstatus, den Schweregrad und die damit verbundene medizinische Prognose bestimmt wird. Wie verschiedentlich in der Literatur aufgezeigt^{24, 12, 13, 14}, können auch in unserer Studie Arbeiter seltener wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren und werden deshalb schneller frühberentet, während Angestellte häufiger ihre alte Arbeit wieder aufnehmen oder eine ähnliche Arbeit ausführen können. Die Ursachen sind hierbei neben der Art der Tätigkeit (körperlich schwere Arbeit) auch im Problem der Qualifizierung und flexibleren Einsetzbarkeit innerhalb und ausserhalb des alten Betätigungsfelds zu suchen. Es ist auch anzunehmen, dass u. U. für einen Arbeiter, der seine alte Arbeitstätigkeit nicht wieder aufnehmen kann, nur eine minderwertige Arbeit in Frage käme, die sowohl häufig mit geringerer Entlohnung als auch geringerem Status verbunden ist. Dies könnte wesentlich dazu beitragen, dass der ehemalige Krebspatient nach Abwägen dieser verschiedenen Aspekte eher in Richtung auf eine Frühberentung hin tendiert.

Unsere Ergebnisse geben weiterhin eine Reihe von Hinweisen, dass die Frühberentung von den Betroffenen selbst sowohl in den verschiedenen Aspekten der Beeinträchtigung als auch in der Veränderung der Berufssituation als negativ erlebt und bewertet wird. Die Frühberentung stellt ein komplexes Geschehen dar, in dem Art und Schweregrad der Erkrankung und ihre bleibenden Behinderungsfolgen, prämorbid Arbeitssituation, sozialadministrative Planung und subjektive Beweggründe sich wechselseitig beeinflussen. Der deskriptive Untersuchungsansatz kann hierzu nur erste Ergebnisse liefern, die in gezielten weiteren Untersuchungen geprüft werden müssen. Aus der subjektiven Sicht der Versicherten werden Art und Schweregrad der krankheitsbedingten beruflichen Beeinträchtigung und Gesichtspunkte der allgemeinen Lebensqualität bilanziert und abgewogen. Insofern sind die in der Retrospektive gewonnenen Eindrücke auch als subjektive Verarbeitung der krankheitsbedingten Frühberentung anzusehen, in der die einzelnen Entscheidungskomponenten im Nachhinein schwer auszumachen sind. So lässt sich nur in einzelnen Fällen aufzeigen, dass Patienten gegen ihren Willen berentet wurden. Betrachten wir die verschiedenen Analysen, so wird die Frühberentung zwar sicherlich negativ bewertet, jedoch in Anbetracht der körperlichen Beeinträchtigung durch die Erkrankung als die noch beste verbleibende Lösung angesehen, welche akzeptiert werden muss. Zugleich zeigen unsere Ergebnisse jedoch auch, dass häufig deshalb frühberentet wird, weil keine leichtere bzw.

andere Arbeit gefunden werden konnte. Dies weist wiederum auf die Bedeutung und das Fehlen von speziellen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten ausserhalb der Umschulung hin.

Insgesamt machen die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme deutlich, dass das Problem der beruflichen Integration neben dem Schweregrad der Erkrankung von verschiedenen Aspekten der Leistungsbeeinträchtigung und der Art der beruflichen Tätigkeit abhängig ist und Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne nicht von Bedeutung sind. Als eine primär deskriptiv ausgerichtete Bestandsaufnahme über eine Patientengruppe einer Akutklinik waren die Möglichkeiten der statistischen Auswertbarkeit begrenzt, u. a. durch die unterschiedlichen Stichprobengrössen in den einzelnen Diagnosegruppen. So erlaubt die ungleiche Zusammensetzung der gemischt-geschlechtlichen Diagnosegruppen nicht, geschlechtsspezifische Unterschiede in der beruflichen Integration statistisch zu analysieren. In weiteren Untersuchungen zur Problematik der beruflichen Integration sollten die spezifischen Probleme einzelner Diagnosegruppen vertieft werden und hierbei insbesondere die Probleme beim beruflichen Wiedereinstieg wie bspw. der Umgang mit der erlebten Leistungseinschränkung oder der Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten untersucht werden. Neben Querschnittstudien sollten vor allem Längsschnittstudien durchgeführt werden, die insbesondere den Prozess der beruflichen Integration vs. Ausgrenzung im Verlauf der Erkrankung untersuchen und die unterschiedlichen Massnahmen medizinischer Nachsorge und beruflicher Rehabilitation mitberücksichtigen. Nur über derartige Studien ist es möglich, den Bedarf gezielter beruflicher Fördermassnahmen für die Gruppe der Tumorpatienten zu ermitteln und somit Prozessen der vorzeitigen Berentung entgegen zu wirken.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren gewinnt die Frage der beruflichen Integration nach einer Tumorerkrankung immer mehr an Bedeutung, wenngleich die Literaturanalyse zeigt, dass der Themenbereich in der Forschung vor allem in deutschsprachigen Ländern vernachlässigt wurde. In der vorliegenden Studie wird die Frage der beruflichen Integration und Veränderung der beruflichen Situation infolge der Tumorerkrankung untersucht. Mit einem selbst entwickelten Fragebogen wurden 380 ehemalige Patienten einer Universitätsklinik mit unterschiedlichen Tumordiagnosen zu ihrer Behandlung und medizinischen Rehabilitation, zu ihren momentanen körperlichen und beruflichen Beeinträchtigungen, ihrer Beurteilung des bisherigen Rehabilitationserfolgs, ihren derzeitigen beruflichen Problemen und zu den beruflichen Veränderungen infolge der Tumorerkrankung befragt. Wie die Ergebnisse

zeigen, kehrte mehr als ein Drittel in den Beruf zurück, wobei oft die Arbeitszeit reduziert oder der Arbeitsplatz gewechselt wurde. Vor allem ältere Patienten mit schlechterer Prognose wurden frühberentet. Spezifische Massnahmen der beruflichen Rehabilitation spielten keine Rolle, wohingegen Massnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit grossen diagnosegruppenspezifischen Unterschieden wahrgenommen wurden. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird insbesondere durch das Alter, die Tumordiagnose, die Prognose und die Art der beruflichen Tätigkeit bestimmt. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der speziellen Probleme psychosozialer Rehabilitation bei Krebskranken diskutiert.

Résumé

Le changement professionnel suite à un cancer: Enquête sur la réintégration professionnelle

La réinsertion professionnelle a gagné en importance pendant ces dernières années, bien que l'analyse de la littérature indique que ce thème a fait l'objet de peu de recherches, particulièrement dans les pays de langue allemande. Cette enquête porte sur les problèmes d'intégration professionnelle et les changements professionnels suite à un cancer. A partir d'un questionnaire, nous avons posé des questions à 380 anciens patients d'une clinique universitaire présentant différents types de cancer; les questions portaient sur leur traitement, leur réhabilitation médicale, les préjugés physiques et professionnels, leur estimation concernant le succès de leur réinsertion, leurs problèmes actuels au niveau du travail et les changements professionnels. Les résultats montrent que plus d'un tiers des patients avaient repris leur travail, souvent en réduisant les heures ou en changeant de poste. Ce sont avant tout des patients plus âgés avec des pronostics peu favorables qui bénéficient d'une assurance invalidité. Les programmes spécifiques de réhabilitation professionnelle ne jouèrent aucun rôle contrairement aux programmes de réhabilitation médicale touchant des patients ayant des diagnostics très différents. La réintégration professionnelle est avant tout déterminée par l'âge, la localisation cancéreuse, le pronostic et l'activité professionnelle avant le début de la maladie. Les résultats sont traités en tenant compte des problèmes spécifiques à la réintégration psycho-sociale des cancéreux.

Summary

Changes in vocation after cancer: Empirical study in vocational rehabilitation

The importance of vocational integration has increased during the last years, whereas an analysis of the literature shows, that research in this field has been neglected especially in german speaking

countries. This study investigates the situation and the problems of vocational integration after cancer. 380 former patients with different diagnoses treated in a university medical center have been asked by a self developed questionnaire for their experiences in treatment and medical rehabilitation, their actual impairment in physical and vocational functioning, their estimation of rehabilitation success, their actual employment problems and the changes of job conditions due to cancer. As the results show, more than one third of the sample returned to work often reducing working time or changing their job. Especially older patients with worse prognoses have been retired early. Special programs of vocational rehabilitation are not used by patients we examined, whereas programs of medical rehabilitation are used showing great differences between diagnostic groups. The return to work is influenced by age, tumor localisation, prognosis and the former status in job. The results are discussed with regard to the problems of psychosocial rehabilitation of cancer patients.

Literaturverzeichnis

- 1 *Delbrück H, Lokossou R.* Berufliche Rehabilitation von Krebspatienten. *MMW* 1990; 132:93–96.
- 2 *Hahn M.* Berufsbereich – Gefahr des geräuschlosen Ausschlusses und Rückzuges. In: *Hahn M* Lebenskrise Krebs. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt, 1981: 72–100.
- 3 *Bloom J, Hoppe R, Fobair P, Cox R, Varghese A, Spiegel D.* Effects of treatment on the work experiences of long term survivors of hodgkins disease. *J. Psychosocial Oncology* 1988; 6:65–80.
- 4 *Lanham RJ, DiGiannantonio AF.* Quality-of-Life of cancer patients. *Oncology* 1988; 45:1–7.
- 5 *Wheatley G, Cunnick WR, Wright BP, van Keuren D.* The employability of persons with a history of treatment for cancer. *Cancer* 1974; 33:441–445.
- 6 *Bond M.* Employability of cancer patients. *Rocky Mountain Medical Journal* 1977; 74:153–156.
- 7 *Stone R.* Employing the recovered cancer patient. *Cancer* 1975; 36 (Suppl.):285–286.
- 8 *Greenleigh-Associates* Report on the social, economic and psychological needs of cancer patients in california: major findings and implications. San Francisco: American Cancer Society, California Division 1979.
- 9 *Morris T, Greer HS, White P.* Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year follow-up study. *Cancer* 1977; 40:2381–2387.
- 10 *Heckl U, Weis J.* Probleme der beruflichen Integration nach einer Tumorerkrankung. Eine Literatur- und Forschungsübersicht. In: *Muthny F* und *Haag G* (Hrsg.) *Psychosoziale Forschung in der Onkologie. Fragestellungen, Kontroversen, aktuelle Ergebnisse und künftige Anforderungen.* München: Münchner Medizin Verlag, im Druck.
- 11 *Mor V.* Work loss, insurance coverage, and financial burden among cancer patients. In: *American Cancer Society* (Ed.) *Proceedings of the workshop on employment, insurance and the patient with cancer.* New Orleans: 1987:5–30.
- 12 *Feldman FL.* Work and cancer health histories: A study of the experience of recovered patients. White collar study. Oakland, California: American Cancer Society 1976.
- 13 *Feldman FL.* Work and health histories – study of experiences of recovered blue-collar workers. Summary report. Oakland, California: American Cancer Society 1978.
- 14 *Feldman FL.* Work and Cancer health histories: work expectation and experiences of youth (ages 13–23) with cancer histories. Oakland, California: American Cancer Society 1980.
- 15 *Tebbi C, Bromberg C, Piedmonte M.* Long-term vocational adjustment of cancer patients diagnosed during adolescence. *Cancer* 1989; 63:213–218.
- 16 *Mellette S.* The cancer patients at work. *Cancer J. Clinicians* 1985; 35:360–373.
- 17 *Carsten PM, Schwarze F.* Rentengewährung beim Mamma- und Genital-Karzinom der Frau. *Deutsches Ärzteblatt* 1979; 11:735–740.
- 18 *Schuntermann M.* Der Einfluss ausgewählter Krankheiten und Behinderungen auf die Berentlichkeit wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – ein Beitrag zur Epidemiologie der Frühberentung. *Deutsche Rentenversicherung* 1987; 7:462–496.
- 19 *Braun G.* Stellenwert der beruflichen Rehabilitation bei Patienten mit Mammakarzinom. In: *Delbrück H* (Hrsg.) *Krebsnachsorge und Rehabilitation, Bd. 2, Lebensqualität in der Tumornachsorge.* München: Zuckschwerdt 1990:98–101.
- 20 *Kollmeier H.* Berufliche Rehabilitation von Patienten mit Krebsanamnese. In: *Flaskamp SW, Grundmann E* (Hrsg.) *Krebsbekämpfung Bd. 2, Krebsnachsorge.* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1980; 41–50.
- 21 *Delbrück H, Weiner S.* Zur Frage der Prognose, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei geheilten Hodgkin-Patienten. *Öff. Gesundheitsw.* 1985; 560–564.
- 22 *Wenderlein JM, Prötzel T, Lehl S.* Brauchen Frauen nach Brustkrebs- oder nach Genitalkrebs-Behandlung mehr psychosozial orientierte Rehabilitation? *Rehabilitation* 1979; 18:187–195.
- 23 *Delbrück H, Lokossou R.* Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der beruflichen Rehabilitation bei Patienten mit Magenfrühkarzinom – Erfahrungen bei 89 Patienten. *Rehabilitation* 1990; 29:121–124.
- 24 *Roepke B, Bernd H.* Die berufliche Rehabilitation Krebskranker. *Archiv f. Geschwulstforschung* 1979; 39:137–152.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Joachim Weis
Abteilung Rehabilitationspsychologie
Universität Freiburg
Belfortstr. 16
D-7800 Freiburg/Germany